

PLAN DE EGRESO

ÁREA MEDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: MUÑOZ			EDAD:		MÉDICO:	DR.J.FERNANDEZ		
FECHA DE INGRESO: 17/08 EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS:		FECHA DE EGRESO:		20/08/2023		H.CL: 149817		
		Х	CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:	
2. MEDICACIÓN : debe	tomar las sig	guientes m	edicinas :					
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO			
IBUPROFENO 400MG		1 TABLETA		ORAL	10AM-18PM23PM			
CLINDAMICINA 300MG		1 TABLETA		ORAL	12AM-18PM-24PM-06AM			
PARACETAMOL 500MG		2 TABLETAS		ORAL	14PM-22PM-06AM			
AMOXICILINA +ACIDO		1 TABLETA		ORAL	8AM-20PM			
CLAVULANICO 1 GRAMO								
OMEPRAZOL 20MG		1 TABLETA		ORAL	6AM-18PM			
ļ								
							-	
2 DIETA CECÚNI ECOLIENAS ENTRECADO DOR MUTRICIÓN								
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN CHUPAR HIELO								
4. ACTIVIDAD	AMBULAT	AMBULATORIO						
	DORMIR SEMIFOWLER 30GRADOS DOS ALMOHADAS DETRÁS DE LA ESPALDA							
					<u> </u>			
	EN CONSUI	TA EVTEDNA	ACENDAR CITA (CON DR II	UIO EERNANDE	20/09/202		
5. PRÓXIMO	RÓXIMO EN CONSULTA EXTERNA AGENDAR CITA CON DR. JULIO FERNANDEZ 29/08/2023 INICIAR 60 SESIONES DE CAMARA HIPERBARICA DESDE EL 22/08/2023							
CONTROL	INICIAN OU	3ESIONES (DE CAIVIANA HIPER	IDANICA D	E3DE EL 22/08/2	.025		
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, FIEBRE, INTOLERANCIA							
ALARMA	ORAL, SECRECION POR SONDA, DOLOR, AUSENCIA DE ORINA							
								
						<u>-</u>		
7. OTRAS	BAÑO DIARIO							
INDICACIONES	ENGUAJE BUCAL CON ENCIDENT CADA 8 HORAS POR 8 DIAS COLOCAR HIELO LOCAL CEPILLO DENTAL ESCRICTO DESPUES DE CADA COMIDA							
	CEPILLO D	ENTAL ESCR	ICTO DESPUES DE	CADA CO	MIDA			
		-						
8. CURACIÓN	EN CLINICA DE HERIDAS AGENDAR CITA EN CLINICA DE HERIDAS PARA EL DIA 22/08/2023							
	Y DE AHI C	ADA DOS D	IAS					
9. RETIRO DE	EN (CLINICA DE I	HERIDAS					
PUNTOS								
10 4444510 05								
10. MANEJO DE	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia							
DESECHOS	Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.							
SANITARIOS EN EL		•						
DOMICILIO				_				
RECONFIRMO QUE LAS INDICACIONES Y CUIDADOS PARA EL DOMICILIO FUERON ENTENDIDAS POR EL FAMILIAR Y/O PACIENTE								
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE								
NOMBRE: Horrad	/ 			NIONADDE:	ا و ے	sonia		
INDIVIDRE. 1 101 AC	71100 17 C	1702			NOMBRE:		<u> </u>	
1	7				•	endo Alis	aheth Light	
FIRMA TOM				FIRMA Y SELLO	ENFE	RMERA 16267701		
V. V.	81177	01						