

## **PLAN DE EGRESO**

en ke**kilen**an et

## ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: SANCHEZLANCHINBA MICHAEL AARON				EDAD:	5 años	MÉDICO:	DR KEVIN PIN	ΓΟ
		2023 FECHA DE EGRESO:		28/8/2023		H.CL: 305575		
EGRESA EN : SILLA DI	CAMILLA:		CAMINANDO: X		OTRO:	Х		
2. MEDICACIÓN : debe	tomar las s	siguientes n	nedicinas :					
MEDICACIÓN	V	DOSIS		VÍA	HORARIO			
FLUCONAZOL 150MG		40MG (DILUIR EN 5CC Y DAR1,3CC)		ORAL	TODOS LOS DIAS 14HOO			
COTRIMOXAZOL		3,9CC		ORAL	8AM 8PM VIERNES SABADO DOMINGO			
DEXAMETASONA		2 GOTAS EN CADA OJO		OFTALMICA		100 24H00 06		
				0.77.2.7	EL 29/06/2		HOO HASIA	
SALBUTAMOL INHALACION 1%		2PUFF	2PUFF		INHALATORIA		CON INALALOC	AMARA
							DIAS 30/08/202	
SALMETEROL +FLUTICASONA		2 PUFF	2 PUFF		INHALATORIA		CON INALALOC	
25/50					POR TRES (	DIAS 30/08/202	:3	
LOPERAMIDA		1MG	1MG		ORAL	ANTES DE A	ALMUERZO ALN	/UERZO
						MERIENDA		
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN								
								T
4. ACTIVIDAD	REPOSO F	RELATIVO, EVITAR GOLPES Y CAIDAS						
		A ELEMENTAL 3 MEDIDAS DIARIAS						
								<del></del>
SEGUIMIENTO POR GASTROENTEROLOGIA EL 29/08/2023								
CONTROL		OR ONCOPEDIATRIA EL 05/08/2023 CON RESULTADO DE EXAMENES Y DE VALORACION DE						
	GASTROENTEROLOGIA							
6. SIGNOS DE		A EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA						
ALARMA TOS, DIFIC		CULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO, LESIONES EN LA BOCA						
TELEFONOS :2419773 EXT:2202-2199 CEL 0963333000								
7. OTRAS BAÑO DIA								
		STRICTO DE MANOS						
		DNTACTO CON PERSONAS ENFERMAS ( GRIPE)						
	USO DE M	ASCARILLA						
——————————————————————————————————————								
		RGENCIA:						
		CLINICA DE HERIDAS						
9. RETIRO DE								
PUNTOS								
10. MANEJO DE	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas							as, ampollas
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia							
SANITARIOS EN EL	Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.							
DOMICILIO								
<del>***</del> *********************************				VI		<del>,</del>		
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE								
<b>-</b>				1				
NOMBRE: /ernondo /		THCHIME	chimbo NOMBRE: JROWDSINT					
$\mathcal{M}$						so L	olga núcleo de quit	O 20
FIRMA				FIRMA Y SELLO :	EN	FERMERA CUIDADO DIRECT C.I.: 1722864913		
<del></del>				-				
C.I: 100 39	744657							