

PLAN DE EGRESO

ÁR <u>=</u>EDICA HOSPITALIZACIÓN

| NÚCLEO DE QUITO | <u> </u> | | | | | l | | |
|---|---|---|---------------|----------------|-------------------|---------------------------------|--|--------------|
| 1. NOMBRE: SALDAÑA | ABRIL SARA | ELISA | | EDAD: | 68 años | MÉDICO: | DE. VILI | AROEL |
| FECHA DE INGRESO: 31/07 | | 7/2023 FECHA DE I | | | 05/08/2 | | H.CL: | 298473 |
| EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: | | Х | CAMILLA: | | CAMINANDO: | | OTRO: | |
| 2. MEDICACIÓN : debe t | tomar las sig | uientes medi | cinas : | | | - | | |
| MEDICACIÓN | - | | DOSIS | | VIA | | HORARIO | |
| ONDASETRON 8MG | | 1 TABLETA | | | ORAL | 08H00-20H | 00 POR 5 DIAS | |
| RISPERIDONA GOTAS | | 2 GOTAS | | | ORAL | | Y EN LA NOCH | |
| METOCLOPRAMIDA 10 MG | | 1 TABLETA | | - | ORAL | PREVIO CAFÉ ALMUERZO Y MERIENDA | | |
| PARACETAMOL 500MG | | 1 TABLETA | | | ORAL | EN CASO DE | | MEMERICA |
| OMEPRAZOL 20 MG | | 1 CAPSULA | | | ORAL | AYUNAS PO | | |
| FILGASTRIM 300MCG | | JERINGA PRECARGADA | | | SUBCUTANEA | | AÑANA 18H00 | POR 7 DIAS |
| LAMOTRIGINA 100MG | | 1 TABLETA | | | ORAL | UNA VEZ AL DIA | | |
| VALPROATO SODICO 500MG | | 1 TABLETA | | | ORAL | UNA VEZ AL DIA | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | - | |
| | | | _ | | | | | - |
| 3. DIETA | SEGUN ESC | UEMA ENTRE | GADO POR I | NUTRICIÓN | | | | |
| <u> </u> | | | | | | | | |
| 4. ACTIVIDAD | REPOSO EN CASA | | | | | | | |
| 4. ACTIVIDAD | REPUSU EN CASA | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | - | - | | | | | | |
| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | | | |
| 5. PRÓXIMO CITA CON DR. VILLAROEL ONCOLOGIA CLINICA | | | | | | _ | | |
| CONTROL | EXAMENES DE LABORATORIO PREVIA CITA CON DR VILLAROEL 22/08/2023 A LAS 07H00 ACUDIR A CITAS CON DR ONTANEDA Y DR CRIOLLO ORTOPEDIA SEGUN FECHA AGENDADA EN | | | | | | | |
| | ACUDIR A C | ITAS CON DR | ONTANEDA | Y DR CRIOLL | O ORTOPEDIA SE | GUN FECHA | AGENDADA EN | I CARNE |
| 6. SIGNOS DE | ACUDIR A E | EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, DOLOR, SANGRADO, DIFICULTAD RESPIRATORIA | | | | | | |
| | | | | * <u> </u> | | | | |
| ALARMA | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 7. OTRAS | SERTRALINA 50MG TOMAR UNA TABLETA CON EL DESAYUNO | | | | | | | |
| INDICACIONES | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | _ | |
| | | | | | | ., | | |
| a. CURACIÓN | EN EMERGENCIA : | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 9. RETIRO DE | | | | | | | | |
| PUNTOS | | | · | | | | | |
| PUNTUS | | | | _ | <u>-</u> | | | |
| 10. MANEJO DE | Coloque de | ntro de un re | ciniente de r | lástico v rígi | do con tapa : Jer | ingas con ag | uia fiia aguias | ampollas fra |
| DESECHOS | | | | | | | | amponas, na |
| SANITARIOS EN EL | vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS. | | | | | | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | |
| | | | | | | | | (2.2 |
| 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 | | | | | | | LE | |
| NOMBRE: PHOON | GEANS | A. | | | NOMBRE: | , <i>II.</i> . | of | |
| TOWIBRE. | | | | - | HOMBRE. | · mm | move | |
| 12. | | > | | | | Sol. | CA NUCLEO DE QUITO Katherine Llumiquinge RERA CUIDADO DIPE | |
| FIRMA DA | CARRE | | | | FIRMA Y SELLO | ENFE | RMERA CUIDADO DIBE | |
| C.1: 1709 | 40092 | 26 | | - | | | -3103443 | |