

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA MEDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: VELASCO				EDAD:		MÉDICO:	DR. VIVANCO	
FECHA DE INGRESO: 28/08/			FECHA DE		30/08/2	2023	H.CL: 54622	
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS:		X CAMILLA:		:	CAMINANDO:		OTRO:	
2. MEDICACIÓN : debe t	tomar las sig	guientes med	dicinas :		,			
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO			
TRAMADOL 50MG		1 TABLETA CADA DIA		ORAL	10:00:00 POR 5 DIAS			
METOCLOPRAMIDA 10MG		1 TABLETA CADA DIA			ORAL	10:00 POR 5 DIAS		
PARACETAMOL 500MG		2 TABLETAS		ORAL	14:00-22:00-06:00 X 5 DIAS			
GABAPENTINA 300MG		1 TABLETA		ORAL	8:00-20:00			
CARVERIDOL 6,25MG		1 TABLETA		ORAL	06:00-18:00	)		
						<u> </u>	**************************************	
						<u> </u>		
						<u> </u>		
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN								
3. DIETA	SEGUN ESC	JUEMA FNIK	REGADO POR I	NUTRICION				
4. ACTIVIDAD DEAMBULAR SIN ACENTAR EL PIE POR 1 MES CON AYUDA DE BASTON								
<del></del>		ENER APOSITO COMPRESIVO EN PIE IZQUIERDO E INGLE NO MOJAR NI RETIRAR POR 72 HORAS						
	INIDIALEIAE	MAINTENER AT 03110 COMPRESIVO EN FIE IZQUIERDO E INGLE NO MIDJAR NI RETIRAR FOR 72 HORAS						
					<u>-</u>			
5. PRÓXIMO EN CONSUI		LTA EXTERNA AGENDAR CON EL DR VIVANCO EN 15 DIAS						
CONTROL								
CO.TT. C.								
C CICNOC DE	ACUDIR A F	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, CAMBIO DE						
COLORACI		ON EN LA HERIDA, SANGRADO, FIEBRE.						
ALARMA								
	-							
7. OTRAS REINICIAR		RIBAROXABAN HOY EN LA NOCHE						
INDICACIONES		MIDATOARDAN HOTEN EN NOCHE						
INDICACIONES								
8. CURACIÓN EN CLINICA DE HERIDAS AGENDAR EN 7 DIAS PARA VALORACION DE HERIDA Y EN 21 DIAS PARA							TN 34 DIAC DADA	
8. CURACION		INICA DE HERIDAS AGENDAR EN 7 DIAS PARA VALORACION DE HERIDA Y EN 21 DIAS PARA						
	KETIKU DE	RETIRO DE PUNTOS						
9. RETIRO DE	EN C	LINICA DE HI	ERIDAS					
PUNTOS								
10. MANEJO DE Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, f								
DESECHOS	Recuerde que estos deserbos son INFECCIOSOS - DELIGROSOS							
SAINTARIOS EN EL								
DOMICILIO								
RECONFIRMO QUE LAS	INDICACIO	NES Y CUID!	ADOS PARA E	L DOMICILIO	FUERON ENTEN	DIDAS POR	EL FAMILIAR Y/O PACIENTE	
							•	
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMA			FORMACION		12. ENFERMERA/O RESPONSABLE			
NOMBRE: Towny Leed		de L.			NOMBRE:		A Acquale los	
4				-				
	A MARIE	71					LCA NÚCLEO DE QUITO Eda. Alicia Arevalo J.	
FIRMA Jane	Albels	acc)			FIRMA Y SELLO:	:	ENFERMERA	
C.I:		20,1		-		<del></del>	5-11-11-10-10-20-8-2	
	000197	1924						