



NÚCLEO DE QUITO

## PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA  
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: VALLE SALTOS ANITA DE LOS ANGELES EDAD: 72 años MÉDICO: DR CORRALES  
FECHA DE INGRESO: 21/08/2023 FECHA DE EGRESO: 22/08/2023 H.CL: 305815  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: CAMILLA: X CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
OMEPRAZOL 20MG	1 TABLETA	ORAL	A LAS 6AM POR 5 DIAS
PEGFILGASTRIM 10MG/ML	1 AMPOLLA	SUBCUTANEO	A LAS 16:30PM MAÑANA 23 DE AGOSTO ALREDEDOR DEL OMBLIGO
METOCLOPRAMIDA 10MG	1 TABLETA	ORAL	A LAS 7AM, 12PM, 17PM POR 7 DIAS
ONDASETRON 8MG	1 TABLETA	ORAL	A LAS 8AM Y 8PM POR 7 DIAS
SOLUCION ACIDOS GRASOS		TOPICO	A LAS 6AM, 2PM, 10PM POR 7 DIAS APLICAR EN ZONA SACRA
PARACETAMOL 500MG	1 TABLETA	ORAL	A LAS 6AM, 2PM, 10PM POR 5 DIAS
DOXAZOCINA 2MG	1 TABLETA	ORAL	A LAS 8PM POR 90 DIAS
CALCIO + VITAMINA D	1 TABLETA	ORAL	A LAS 10AM
ZOPLICONA 7.5MG	1 TABLETA	ORAL	A LAS 10PM

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

FORMULA NUTRICIONAL ENTERAL 20G PROTEINA PROTEICA 3 MEDIDAS EN 200ML A LAS 10AM

4. ACTIVIDAD

5. PRÓXIMO  
CONTROL

CITA DRA SORIA 12 DE SEPTIEMBRE DEL 2023 8:40AM/ CITA GASTROENTEROLOGIA 19/10/2023 9:30AM  
LABORATORIO DRA SORIA 11/8/2023 A LAS 7AM / CITA PSIQUIATRIA DR CAMINO EL 11/9/2023 7AM  
CITA MEDICINA INTERNA DR ARIAS 12/9/2023 A LAS 14:20PM

6. SIGNOS DE  
ALARMA

ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, SANGRADO

7. OTRAS  
INDICACIONES

SULFADIAZINA DE PLATA APLICAR EN AREA SACRA  
PROCTOGLYVENOL GEL A LAS 8AM Y 8PM YPOR RAZONES NECESARIAS EN REGION ANAL  
PICOSULFATO DE SODIO 5MG, VIA ORAL 2 PERLAS A LAS 10PM SUSPENDER EN DIARREA  
RISPERIDONA GOTERO TOMAR 2 GOTAS A LAS 10PM  
CLONAZEPAM 2.5MG/ML 2 GOTAS A LAS 9PM

8. CURACIÓN

EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE  
PUNTOS10. MANEJO DE  
DESECHOS  
SANITARIOS EN EL  
DOMICILIO

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  
Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.

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: Irene Martinez ValleNOMBRE: Jennifer M

FIRMA

C.I.:

FIRMA Y SELLO :

  
1500833171  
FIRMA Y SELLO