

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: AGUIRRE				EDAD:			DRA AIRELIS TABLADA	
FECHA DE INGRESO:		2023	FECHA DE		5/9/20	23	H.CL: 300506	
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA:				CAMINANDO:	OTRO:			
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :								
MEDICACIÓN		DOSIS		VÍA	HORARIO			
SULFATO DE MAGNESIO		500MG		ORAL	9AM 9PM			
VORICINAZOL TABLETA		200MG		ORAL	6AM 6PM			
GABAPENTINA CAPSULA		300MG			ORAL	6AM 2PM 1	IOPM	
COTRIMOXAZOL TABLETA		160MG (1 TABLETA)			ORAL	8AM LUNES MARTES MIERCOLES		
COTRIMOXAZOL TABLETA		120 (1/4 TABLETA)			ORAL		IEGO DE LA MERIENDA	
SERETIDE 25/125		2PUFF			INHALATORIA	 -	CON INHALOCAMARA	
		-				0, 11, 0, 11, 1	2011 IVII AEOO IVIANA	
						<u> </u>		
<u> </u>								
·						<u>. </u>		
		<u> </u>) 		
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN								
		QUELITITICA			•			
4. ACTIVIDAD	REPOSO RELATIVO							
	EVITAR CAIDAS							
								
	ACUDID A	CONCURTAT		TYPE	/cc /ccca p.			
5. PRÓXIMO	ACUDIK A	ACUDIR ACONSULTA EXTERNA CON EXAMENES 21/09/2023 PARA QUIMIOTERAPIA						
CONTROL						_		
	<u></u> -							
- CICHOC DE	ACUDIR A	EMERGENO	IA SI PRESENT	T. DOLOR INT	ENSO, FIEBRE M	1AYOR A 38,	VOMITO, DIARREA	
6. SIGNOS DE		DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO						
ALARMA	TELEFONOS : 2419773 EXT:2202-2199							
		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		 -				
7. OTRAS	2400 244	D10						
		BAÑO DIARIO						
INDICACIONES		LAVADO ESTRICTO DE MANOS						
	EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS (GRIPE)							
	USO DE MASCARILLA							
	TAC DE TORAX 07/09/2023 10:00							
8. CURACIÓN	EN EMERGENCIA :							
9. RETIRO DE								
PUNTOS								
PONTO3								
10. MANEJO DE	Coloque	lantro de un	recipiente de	nlástico v ri	ígido con tana :	loringas con	aquia fiia aquiae amnollae	
DESECHOS	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia							
SANITARIOS EN EL	Recuerde	que estos d	esechos son: I	NFECCIOSO	S - PELIGROSOS.	anzacion o t	inergencia	
		·						
DOMICILIO								
VI								
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE								
1					••• •••••• •	, 1		
NOMBRE: Hordza Emilyucz				_	NOMBRE:		Saulanez / Fr.	
						spro	A NÚCLEO DE QUIT	
Harang Kamtova					FIDAAA V CELLO	46.	Ivan Gavilanez C ENFERMERO	
FIRMA				_	FIRMA Y SELLO	<u></u>	SP: 020708456-7	
c.i: 040184019-0.						J		
				_				