

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

						<u></u>	
1. NOMBRE: TIMM SWO			EDAD:		MÉDICO:	DRA CALI	
		3/2023 FECHA DE EGRESO:		04/08/2023		H.CL: 301109	
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS:		X CAMILLA:		CAMINANDO: O		OTRO:	
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :							
MEDICACIÓN		*	DOSIS		VIA		HORARIO
OMEPRAZOL 20 MG		1 TABLETA		ORAL	30MIN ANTES DE DESAYUNO POR 10 DIA		
PARACETAMOL 500MG		1 TABLETA		ORAL	EN CASO DE DOLOR CADA 8 HORAS		
ONDASETRON8MG		1 TABLETA		ORAL	14PM 22PM 06AM POR 5 DIAS		
LACTULOSA		10CC		ORAL	21PM		
PREDNISONA 20MG		5 TABLETAS		ORAL	LUEGO DEL ALMUERZO DEDE EL 04/08/2		
					HASTA 07/0		
ACICLOVIR 400MG		1 TABLETA		ORAL	10AM 10PM POR 30 DIAS		
TRIMETROPIN SULFAMETOZAXOL				ORAL	LUN MIER VIER A LAS 14PM X2 SEM		
FILGRASTIM 300MCG		1 AMPOLLA		SUBCUTANEO			
						10/08/2023	7 DIAS
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN							
3. DIETA	SEGUN ESC	QUEMA ENT	REGADO POR N	UTRICION			
4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO							
· ·	REFOSO RELATIVO						
•	-						
5. PRÓXIMO ACUDIR A CITA CON DR. HIDALGO 17/08/2023 09:30 / PREVIO LABORATORIOS/							/
1 CONTROL	CITA CON DRA BEJAR 07/08/2023 // CITA CON DR. CAMINO 13/19/2023						
CONTINUE	CITA DRA.	SILVA 10/08	2/2023 //CITA DI	R. PEÑA CIT	A ABIERTA//CITA	DR. ESPINO	ZA 13/09/2023 13H30
6 6101106 05	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE						ON COAGULOS DE SANGRE
6. SIGNOS DE	UE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA						
ALARMA							
•							
7. OTRAS					<u> </u>		
INDICACIONES							
INDICACIONES	<u> </u>						
			·				
8. CURACIÓN	ENI ENAEI	RGENCIA :					
o. CURACION	EIN EIVIEI	TGENCIA .			-		
							
0.05710.05							
9. RETIRO DE							<u> </u>
PUNTOS							
40 4444510 05						•	
							uja fija, agujas, ampollas, fra
	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.						
SANTARIOS EN EL							
DOWICITIO							
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: Colleget Juny NOMBRE: LCDA ERIKA MONTALUISA						A MONTALUISA 🔪	
CR VEOU	1					so	ILCA NUCLEO DE QUITO
p 4	M. A	1 T'			PIRAL WATER		DICA NUCLEO DE QUITO da Erika Montaluisa ENFERMERA CL. 171833564
FIRMA Cal	wrest	1 lev	$\omega_{V_{V}}$		FIRMA Y SELLO		
1206	d41. x	たっ	. —				