

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

NOCEE DE CONO	<u>1</u>		<u> </u>			
1. NOMBRE: OLMEDO			EDAD:		MÉDICO:	DRA. LENNY
		8/2023 FECHA DE EGRESO:		07/08/2023		H.CL: 248846
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:						
2. MEDICACIÓN : debe t	omar las sig	uientes med	icinas :			
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO	
METOCLOPRAMIDA 10MG		1 TABLETA		ORAL	7AM, 12PM Y 5PM	
ONDANSETRON 8MG		1 TABLETA		ORAL	8AM Y 8PM POR 5 DIAS	
OMEPRAZOL 20MG		1 TABLETA		ORAL	6AM POR 7 DIAS	
LACTULOSA FRASCO		20ML		ORAL		PENDER EN CASO DE DIARREA
ENOXAPARINA 60MG		1 AMPOLLA		<del></del>	8PM	
PARACETAMOL 500MG		1 TABLETA		ORAL	8AM, 2PM Y 10PM	
GABAPENTINA 300MG		1 CAPSULA		ORAL	9AM Y 9PM	
			<del> </del>	+		
<u> </u>				-}		<u> </u>
<u> </u>						
				1 <u>.                                 </u>	<u> </u>	
DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN						
A ACTIVIDAD PROCO OF ATIVO						
4. ACTIVIDAD	REPOSO RELATIVO					
				<del></del>	•	
						<del></del>
5. PRÓXIMO CITA CON ONCOLOGIA CLINICA DRA. LENNY SEGÚN CARNET						
CONTROL	LABORATORIO PREVIO CONSULTA EXTERNA DRA. ABAD  CITA CON TERAPIA DEL DOLOR DRA. BEJAR 08/09/2023 07AM					
	CITA CON 1	TERAPIA DEL I	DOLOR DRA. BEJAR 08/0	9/2023 07AM		
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38*, DIARREA, NAUSEA, VOMITO,					
ALARMA	ORINA CON COAGULOS DE SANGRE, DOLOR QUE NO CEDE A LA MEDICACION, SANGRADO					SANGRADO
ALARIVIA	ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA, DIFICULTAD RESPIRATORIA,					
7. OTRAS CITA CON GASTROENTEROLOG			ROLOGIA DRA OJEDA 18	/07/2023 7AM		
INDICACIONES	IONES CITA CON MEDICINA INTERNA CON DRA JIMBO 22/08/2023 A LAS 11:20					
				,		
8. CURACIÓN	EN EME	RGENCIA:	<u> </u>			
					<del> </del>	
9. RETIRO DE						
PUNTOS		<u>_</u>	<del> </del>			<del></del>
		<u> </u>				
10. MANEJO DE Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra						
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.					
SANITARIOS 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: JOH	(N R)0U(	DIMEDO	BENAN7015	NOMBRE:		4 SUSILIVEN
	(F)				Cefa 3	Núcleo de austo Melanie Suárez M.
FIRMA	Timesto !	<del></del>		FIRMA Y SELLO		RA CUIDADO DIRECTO 1024-2020-2234755
		. 0 (				
C.1: 122	<u>3 6746</u>	185 <u> </u>				