

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

	<u> </u>							
1. NOMBRE: CAYAPA CHAMIK ISAIAS GABRIEL				EDAD:	4 años	MÉDICO:	DR. LIZETH ESC	COBAR
FECHA DE INGRESO:	/2023 FECHA DE EGRESO:		23/8/20			297080		
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS: CAMILLA					CAMINANDO:	X OTRO: X		
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :								
MEDICACIÓN		DOSIS		VÍA	HORARIO			
MERCAPTOPURINA		TABLETA 75MG 1 TABLETA Y MEDIO		ORAL	DIA(1) 23-08-23 DIA (2)24-08-23			
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		SIN LACTEOS			2 HORAS LUEGO DE MERIENDA			
 -				•		<u> </u>		
MERCAPTOPURINA		TABLETA 50MG 1 TABLETA SIN		ORAL		08-23 DIA (7) 2		
		LACTEOS			2HORAS LU	EGO DE LA ME	RIENDA	
COTRIMOXAZOLFRASCO		5ML		ORAL		RAS BAM Y 20		
						LUNES MAI	RTES MIERCOLI	<u> </u>
_								
- 	 -				-			
						J 		
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN								
3. DIE!A	320023	404						
- '								 -
4. ACTIVIDAD	ELATIVO, EVITAR GOLPES Y CAIDAS							
5. PRÓXIMO ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA EL 31 DE AGOSTO DEL 2023								
CON EXAM								
CONTROL							·	
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA							REA
TOS, DIFIC		CULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO, LESIONES EN LA BOCA						
ALADRAA		OS :2419773 EXT:2202-2199 CEL 0963333000						
7. OTRAS	RIO							
		STRICTO DE MANOS						
		ONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS (GRIPE)						
		ASCARILLA						
8. CURACIÓN	EN EME	RGENCIA :					· · ·	
		ICA DE HERIDAS						
							•	
9. RETIRO DE			7					—··
PUNTOS		•			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
			·-					
10. MANEJO DE	Coloque d	entro de un	recipiente de .	plástico v ri	gido con tapa : I	Jeringas con	aguja fija, agu	ias, ampollas
DESECHOS	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, amy vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia						,,,	
SANITARIOS EN EL	ITARIOS EN EL Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.							
DOMICILIO								
				VI				
<u>.</u>								
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE							LÉ	
NOMBRE: Sonia Cha		imik			NOMBRE:	John	nna Jly	
- Oct	<u> </u>	1/1						
ω						anna Silva V		
FIRMA					FIRMA Y SELLO	_	l: 1725103129 ENFERMERA	J.S. ko E.I
c.i: <u>1200263081</u>					Reg Senescyt	1005-2020-218191		