

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

	GARZON CRISTOPHER ALEJANDRO	EDAD:	5 años	MÉDICO:	DR PINTO	***	
FECHA DE INGRESO:	3/8/2023 FECHA DE	EGRESO:	4/8/20	23	H.CL:	312794	
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS: CAMILLA:			CAMINANDO:				
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :							
COTRIMOXAZOL				HORARIO			
MERCAPTOPURINA		6,5ML		8AM 8PM JUEVES VIERNES Y SABADO 8PM 2HORAS DESPUES DE LA MERIEND.			
WIERCAPTOPURINA	50MG		ORAL				
AACOCAOTOOUGUNA	2514	25146		SIN LACTEOS 4,5,6/08/2023			
MERCAPTOPURINA	25MG	ZSIVIG		8PM 2HORAS DESPUES DE LA MERIEND			
TDANAAL	25145 (4450) 4 740 (741)	SERAC (AMEDIA TADICTAL		7,8/08/2023			
TRAMAL ONDASETRON			ORAL	6AM 2PM 10PM POR 3 DIAS			
UNDASETRUM	4MG (MEDIA TABLETA)		ORAL	ANTES DEL	TRAMAL		
							
-	·						
· <u>-</u>			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
	<u> </u>		·	J			
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN							
3. DIETA	SEGUN ESQUEMA ENTREGADO POR	NUTRICION	<u> </u>				
4. ACTIVIDAD	O ESFUERZO FISICO						
4.70111070	NO CAIDAS						
	REPOSO						
	<u></u>						
5. PRÓXIMO CONTROL POR CONSULTA EXTERNA 09/08/2023 CON RESULTADOS DE EXAMENES							
·							
CONTROL				•			
ACTIONS A EMEDICANCIA SI DESSENT DOLOD INTENSO, SISORE MAYOR A 30 VOLUME DIAGOS						DOCA	
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO						
ALARMA	TELEFONOS: 2419773 EXT:2202-2199						
	1CFELOUO2 : \$4131.\2 EVI.SSOS-STAA						
7. OTRAS	BAÑO DIARIO LAVADO ESTRICTO DE MANOS						
INDICACIONES							
		NTACTO CON PERSONAS ENFERMAS (GRIPE)					
USO DE MASCARILLA							
8. CURACIÓN	EN EMERGENCIA :						
							
9. RETIRO DE		-					
					<u> </u>		
PUNTOS				_			
10. MANEJO DE	Colorest	.14.44				 	
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 Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.						
SANITARIOS EN EL	,						
DOMICILIO							
VI							
11. PACIENTE OFAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE							
NOMBRE: Frem Page ladous 3 NOMBRE: (10 Minuste							
MOINBRE: 1/2 / I / I / I / I / I / I / I / I / I /							
SOLCA NUCLEO DE QUITA Lic. Joseline Miranda							
FIRMA Y SELLO: C.L. SALOS							
CI: 0507A40009				•			
US 02	1 10007						