

PLAN DE EGRESO

ÁREA —EDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: MONTEROS MARMOL JAIME PATRICIO				EDAD:	62 años	MÉDICO:	DRA. LENY ABAD
		3/2023 FECHA DE EGRESO:		11/08/2023		H.CL: 272420	
EGRESA EN : SILLA DE		X CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:	
2. MEDICACIÓN : debe t	omar las sig	guientes m	edicinas :				
MEDICACIÓN	1	DOSIS		VIA	HORARIO		
ONDASETRON 8 MG		2 TABLETAS		ORAL	6: AM 14PM 22PM POR 5 DIAS		
METOCLOPRAMIDA 10MG		1/2 TABLETA		ORAL	ANTES DE CADA COMIDA PRINCIPAL POR		
FILGASTRIM 300UG		1 AMPOLLA					
TRAMAL 100MG		10GOTAS		ORAL	EN CASO DE		
LACTULOSA FRASCO		20CC		ORAL	HORA SUEÑ		
			·				
							·
	1	<u></u>					
3. DIETA	SEGUN ESC	QUEMA ENT	TREGADO POR N	IUTRICION			
4. ACTIVIDAD	REPOSO R	EI ATIVO				-	
4. ACTIVIDAD	REPOSO RELATIVO						
							
							
5. PRÓXIMO CONTROL ACUDIR A CITRA CON LA DRA. ABAD EL 31/08/2023 8AM ACUDIR A LABORATORIO PREVIA CITA CON LA DRA. ABAD EL 30/08/2023							
CONTROL	ACUDIR CI	TA CON PSI	ICOLOGIA DRA. S	JILVA 10/09	/2023		
	ACUDIR A	FMFRGENC	"IA SI PRESENTA"	·CFFALEA. C	SISNEA DOLOR IN	NTENSO, ALZ	Δ ΤΕΡΜΙΓΔ
6. SIGNOS DE	•	EMERGENCIA SI PRESENTA: CEFALEA, DISNEA, DOLOR INTENSO, ALZA TERMICA VOMITOS DIARREAS QUE NO CEDEN.					
ALARMA	TRADEAS FORMITOS DIMINICAS QUE NO CEDEN.						
							
7. OTRAS	3 C U D I D A	CITA CON I	1201 OCIA 51 33	/00/2023 A	1.15.151140D14		
		A CITA CON MEDICINA INTERNA EL 24/08/2023 A LAS 16H40PM					
		A CITA CON MEDICINA INTERNA EL 24/08/2023 A LAS 14: 20 PM A LABORATORIO PREVIA CITA CON MEDICINA INTERNA EL 24/08/2023 7: 30AM					
	ACOUIR A	LABURATO	KIU PKEVIA CITA	LUN MEDI	CINA INTERNA EL	. 24/08/2023	7: SUAIVI

	524.53.45						-
8. CURACIÓN	EN EME	RGENCIA:					
							
9. RETIRO DE							
PUNTOS							
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.						
SANITAKIUS EN EL							
DOMICILIO							
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: Ale	20.05			NOMBRE:		Nhom	
THE TANK	σβα π	YICIT		•			19
Like Meant ares							
FIRMA	12/12/16	101e, 20	<i>ኛ</i> _		FIRMA Y SELLO	:	Meta de America
C.I: 14 27	19343	- <i>ਲੇ</i>		,			