

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: GUERRE			EDAD:		MÉDICO:	<del>~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~</del>	PONCE		
		/2023 FECHA DE EGRESO:		8/8/20		H.CL:	316890		
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:			CAMILLA:		CAMINANDO:	X	OTRO:	X	
2. MEDICACIÓN : debe	e tomar las s	iguientes i	medicinas :						
MEDICACIÓN		DOSIS			VÍA	HORARIO			
FILGASTRIM		150MG (0,5 ML)		SUBCUTANEO	A LAS 18 P	M POR 10 DIAS	DIA1 (10/8/23		
						HASTA (19			
COTRIMOXAZOL	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	6,8 CC		***************************************	ORAL	8 AM 8PM	MIERCOLES JU	EVES Y VIERNE	
•									
	······	-	***************************************						
							***************************************		
	······································								
						<u> </u>	······		
		L					· .		
3. DIETA	SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN								
4. ACTIVIDAD	REPOSO RELATIVO, EVITAR GOLPES Y CAIDAS								
	***************************************	A							
E DOÁVINA	ACUDIR A	ACUDIR A CONSULTA EXTERNA EL 16/8/2023 CON RESULTADOS DE EXAMENES PARA DIA 8 CON							
5. PRÓXIMO	VINCRISTINA								
CONTROL	***************************************	***************************************						**************************************	
	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA								
6. SIGNOS DE	TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO, LESIONES EN LA BOCA								
ALARMA	TELEFONOS :2419773 EXT:2202-2199 CEL 0963333000								
7. OTRAS	BAÑO DIARIO								
INDICACIONES	LAVADO ESTRICTO DE MANOS								
INDICACIONES	EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS ( GRIPE)								
	USO DE MASCARILLA								
		.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,							
8. CURACIÓN	# KL # K A F	DOTAKOLA .				<del></del>			
8. CURACION	EN EMERGENCIA :								
O OCTIDO DE									
9. RETIRO DE	***								
PUNTOS				•••••					
10. MANEJO DE	P-1			1.7					
DESECHOS	vidrio de l	ientro de u medicamor	n recipiente de p itos y entregar ei	ilastico y r n Conculta	igido con tapa : .	ieringas cor	1 aguja fija, agu Emorgonoja	jas, ampolias	
SANITARIOS EN EL	Recuerde	que estos (	desechos son: IN	FECCIOSO	S - PELIGROSOS.	anzacion o	cillergencia		
DOMICILIO									
DOMICILIO									
				VI					
11. PACIENTE O FAMIL	IAR QUIEN	RECIBE LA I	INFORMACIÓN		12. FI	VEERMERA	O RESPONSAB	i F	
	7								
NOMBRE: NERIAM	14			NOMBRE:	LCDA.SIL\	/IA GORDON			
						Code Sil	na Gordon		
FIRMA (18	$\Delta = 0$	V			FIRMA Y SELLO	\$29,000	3388 8 3 8 3 A		
THE THE PERSON NAMED IN COLUMN		<i></i>			TANTA T SELEC	• REG. 1805	2020 2082267 B G	200 (41	