

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: OLMEDO						DRA. GLENDA	A PONCE	
FECHA DE INGRESO:			CHA DE EGRESO	<u> </u>		H.CL:	289087	
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS: CAMILLA: CAMINANDO: X OTRO: 2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :								
		 _						
MEDICACIÓN		DOSIS		VÍA	HORARIO			
CAPSULAS DE SAL 1 GR		1 GRAMO		ORAL	CADA DIA			
COTRIMOXAZOL JARABE		9 <u>CC</u>		ORAL	8 DE LA MAÑANA Y 8 DE LA NOCHE			
QT SEMANA 48 MANTENIMIENTO				 -	LUNES, MA	ARTES Y MIERO	:OLES	
DEXAMETASONA TAB	LETA	4 MG(1 TABLETA					- to - to i	
DECAMETASONA TABLETA		4 WG(I TABLETA)		ORAL			31/08/2023) AL	
QT SEMANA 49 MANTENIMIENTO					D5(04/09/2	2023)		
METROTEXATO INVECTABLE			ADMINISTAR 40 MG		D1(07/09/	2023)		
MERCAPTOPURINA 50 MG		ADMINISTAR 75 MG(1 TABLETA Y		ORAL	2 HORAS DESPUES DE LA MERIENDA			
		MEDIA)	•			OS D1(07/09/2		
					(13/09/202			
		•				 -		
3. DIETA	SEGUN ES	GÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN						
4. ACTIVIDAD	REPOSO R	SO RELATIVO, EVITAR GOLPES Y CAIDAS						
		<u> </u>		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
								
E BRÁVILLE	CONTROL	DE ONCOPEDIAT	RIA 14/09/2023	·				
3. PROXIIVIO								
CONTROL		<u> </u>		 -				
	ACUDIR A	EMERGENCIA SI I	PRESENTADOLOR	INTENSO FIERRE M	4AVOR A 38	VOMITO DIA	PDEA	
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO, LESIONES EN LA BOCA							
ALARMA	TELEFONOS :2419773 EXT:2202-2199 CEL 0963333000							
			202 2255 0000					
7. OTRAS	BAÑO DIA	PIO						
INDICACIONES		ESTRICTO DE MANOS						
III DICACIOILES	EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS (GRIPE)							
		USO DE MASCARILLA						
		,						
		RGENCIA :						
		IICA DE HERIDAS						
9. RETIRO DE								
PUNTOS								
<u> </u>								
10. MANEJO DE	Coloque d	entro de un recip	iente de plástico	y rígido con tapa : .	Jeringas con	aguja fija, agu	ujas, ampollas	
DESECHOS	vidrio de r	nedicamentos v e	intregar en Consu	ilta Externa. Hospit	atización o E	mergencia		
SANITARIOS EN EL	Recuerde	que estos desecn	os son: INFECCIO	SOS - PELIGROSÓS.				
DOMICILIO								
<u></u>			VI			_		
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE								
.			-myly(T	12. [JEE	
NOMBRE: 6001	ielo Lu	10		NOMBRE:	16.01	leande		
						er of the filling		
FIRMA Lui	reg fferen :			FIRMA Y SELLO	. 11c 1650	LEO DE QUITO line Miranda		
	64					EMERA 202329686		
C.I: /7257	154397	<u>•</u>						