

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: SANCHEZ			EDAD:	13 años		DR VILLACIS		
		/2023 FECHA DE EGRESO:		9/8/2023		H.CL: 316548		
EGRESA EN : SILLA DI		CAMILLA:		CAMINANDO:	X	OTRO:		
2. MEDICACIÓN : debe	tomar las s	iguientes r	medicinas :					
MEDICACIÓN	<u> </u>		DOSIS		VÍA		HORARIO	j
LACTULOSA JARABE		20ML		ORAL	10AM 10PM SUSPENDER EN CASO DE			
					DIARREA			
COTRIMOXAZOL		1 TABLETA		ORAL	8AM MIERCOLES JUEVES VIERNES			
COTRIMOXAZOL		MEDIA TABLETA		ORAL	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	COLES JUEVES	VIERNES	
SULFATO DE MAGNESIO		2GRAMOS		ORAL	6AM 2PM 10PM			
CAPSULAS DE SAL		2 GRAMOs		ORAL	6AM 12PM 6PM 12AM			
MELATONINA ONDANISTRON MAG		3MG			ORAL	SUSPENDER		
ONDANSETRON 8MG		1 TABLETA		ORAL	6AM 2PM 10PM POR 5 DIAS			
			-					
		 -		-				
					<u> </u>	J		
3. DIETA	SEGÚN ES	QUEMA EN	ITREGADO POR	NUTRICIÓN	1			
4. ACTIVIDAD	NO ESCUE	RZO FISICO	·			·- <u></u> -		
4. ACTIVIDAD	NO CAIDA		<u> </u>					
	REPOSO				-			
	REPUSU							
	CONTROL	DOD CONC		D. C. D. L.				
5. PRÓXIMO CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA 24/08/2023 CON RESULTADOS								
CONTROL								
					*			
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA							REA
ALARMA	TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO							
	TELEFONOS : 2419773 EXT:2202-2199							
3.07046	~ ~ ~							
7. OTRAS	BAÑO DIARIO, USO DE MASCARILLA							
INDICACIONES	LAVADO ESTRICTO DE MANOS						_	
	EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS (GRIPE)							
	SALES DE REHIDRATACION ORAL (PEDIALYTE) TOMAR POR 3 DIAS							
0.01040161	511 51 151							
8. CURACIÓN	ENEME	RGENCIA :	-					
9. RETIRO DE					-			
PUNTOS					-			
FONTOS								
10. MANEJO DE	Coloque d	entro de u	n reciniente de l	nlástico v ri	ígido con tana :	leringas con	aguia fiia agu	uias ampollas
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							
SANITARIOS EN EL	Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.							
DOMICILIO		•						
							 .	
VI								
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE								
NOMBRE: BYYLOW SSIEMBY NOMBRE: 1 Marillain 1/34								
1-11-	J-3	1						
	1	7-	\		PIDALA MATERIA	FOLGI (Lic.)	i NUÇLEQ DE Qui. Van Gavilanoz C	
FIRMA COMM	345 2XT	4	<u> </u>		FIRMA Y SELLO		ENFERMERO 3P: 020208456-7	
C.I:	7,204	57 A.D.				/		