

PLAN DE EGRESO

ÁREA -EDICA HOSPITALIZACIÓN

NUCLEU DE QUITO								
1. NOMBRE: GRANDA	ESPINOZA N	ARLENE DE JE	SUS	EDAD:		62 años	MÉDICO:	DRA. SORIA
FECHA DE INGRESO: 23/08		/2023	FECHA DE E			24/08/2		H.CL: 249615
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:		Х	CAMILLA:		C	AMINANDO:		OTRO:
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :								
MEDICACIÓN		[DOSIS		Π_	VIA		HORARIO
ONDANSETRON 8 M G		1 TABLETA		╁╌	ORAL	08:AM Y 20:PM		
METOCLOPRAMIDA 10MG		1 TABLETA		┢	ORAL	ANTES DE CADA COMIDA PRINCIPAL		
FILGASTRIM 300MG		1 AMPOLLA		Si		COLOCAR ALREDEDOR DEOL OMBLIGO A		
				Ť			HOY 24-08-2023 X 5 DIAS	
PARACETAMOL 500MG		1 TABLETA			ORAL	EN CASO DE DOLOR		
HIRUDOID CREMA		DOS VECES AL DIA			TOPICA	EN ZONAS DE PUNCION DE BRAZOX 7DIA		
EXEMESTANE 25MG		1 TABLETA				ORAL	8:00 AM	
		5 TABLETA				ORAL	CON COMIDA PRINCIPAL	
MULTIENZIMAS PANCREATICAS		2 TABLETAS				ORAL	CON SANACKS	
GABAPENTINA 300MG		1 TABLETA				ORAL	08:AM Y 20:PM	
	-							
-					_			
T. DIETA	SEGUN ESC	QUEMA ENTRE	GADO POR N	UTRICIÓN				
4. ACTIVIDAD REPOSO R		FLATIVO						
		ELATIVO				-		
	C					-		
						 		
I 3. PRUMINIU		DRA. SORIA EL 04-09-2023 A LAS 10:20AM						
CONTROL	EXAMENES DE LABORATORIO EL 04-09-2023 A LAS 07:AM							
CONTROL	CITA CON I	DRA.DIAZ TERA	APIA DEL DOL	OR EL 12-09	9-20	23		
6 6161166 55	EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE							
DOLOR QL		JE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA, MORETONES EN BRAZOS O						
		IEMORRAGIA GINGIVIAL,						
		·						
7. OTRAS	CITA CON I	DRA. OJEDA GA	ASTROENTER	OLOCIA EL S	00.0	2022 4 1 45	07.414	
INDICACIONES		DRA. OJEDA GA	ASTRUENTER	JLOGIA EL 2	28-L	18-2023 A LAS	U/:AIVI	
INDICACIONES	L					-		
				······		 		
							· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
8. CURACIÓN	ENI ENACI	RGENCIA :						
8. CONACION	LIV LIVILI	NOLINCIA .						
•						+		
A DETINO DE								
9. RETIRO DE								
PUNTOS								
10 14411510 05								
10. MANEJO DE								uja fija, agujas, ampollas, fra
DESECHOS vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.							rgencia	
SANITARIOS EN EL		440 00100 4000						
DOMICILIO						1		
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								
A I I CONTINUE OF THE CONTINUE								
NOMBRE: May rene Ocauda & NOMBRE: M.O. GOOD J							! Great 1	
							SOLCA N	IÚCLEO DE QUITO
Mayoup In 19						NAN V SELLO	Lic. Sc	elia Genelin A.
FIRMA COLUMNIA FORMA					riK	MA Y SELLO :		TAGA MIKECIO
CI: XA	2790	1/120				1		