

PLAN DE EGRESO

ÁREA MEDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: ARAUJO				EDAD:	65 años	MÉDICO:	DR MORENO	
FECHA DE INGRESO:		8/2023	FECHA DE		12/08/2	2023	H.CL: 271218	
EGRESA EN : SILLA D	DE RUEDAS:	Х	CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:	
2. MEDICACIÓN : debe	e tomar las si	guientes medi						
MEDICACIÓ		T	DOSIS		T 1/1A	Т	11004010	
OMEPRAZOL 20MG		14 TABLETA	DU313		VIA	1	HORARIO	
ONDANSETON 8MG		1 TABLETA			ORAL		AYUNAS POR 7 DIAS	
		1 TABLETA			ORAL	08AM-20PN		
GABAPENTINA 300MG		2 TABLETAS			ORAL	08AM-20PM		
BOMBA DE INFUSION		21AMPOLLAS			SUBCUTANEO	CAMBIO CA	ADA 48 HORAS	
		6AMPOLLAS N				<u></u>		
10000		CLORURO DE	SODIO 0,9%	, 67ML		<u></u>		
MORFINA 10MG		1 AMPOLLA			SUBCUTANEO	EN CASO DE	DOLOR	
 		 				<u> </u>		
		<u></u>						
 _		<u> </u>						
	400-							
3. DIETA	SEGUN ESC	QUEMA ENTRE	.GADO POR N	NUTRICIÓN				
I								
4. ACTIVIDAD	AMBULAT	AMBULATORIO DE ACUERDO A TOLERANCIA						
I								
I								
- 4	FN CONSUI	TA FXTERNA C	ON DR MOR!	FNO FI 23/0	08/2023 A LAS 09:	· AOANA		
5. PRÓXIMO					IA LUNES 14/08/2			
CONTROL	REAGEITO,	AR CHA CON 12	IKAPIA DEL L	JOLOK EL DI	A LUNES 14/00/2	2023		
6. SIGNOS DE	ACUDIR A	EMERGENCIA S	SI PRESENTA	:FIEBRE, DIA	ARREA, NAUSEA, 1	VOMITO QUI	E IMPIDE LA ALIMENTA-	
					EL ESTADO DE CO			
ALARMA	<u> </u>							
1								
7. OTRAS	2541740					·		
			ABORATORIOS PREVIO A CITA CON DR MORENO EL 22/08/2023 A LAS 07AM					
INDICACIONES	CURACION	I REALIZADA A	REALIZADA A NIVEL DE CATETER SUBCUTANEO - CUBIERTO CON GASAS LIMPIO Y SECO					
1								
I								
8. CURACIÓN	EN CLINICA	DE HERIDAS EL	L DIA 14/08/	2023 A LAS (08:20AM			
i			<u> </u>					
i	<u></u>							
9. RETIRO DE		THE DE UEL			 			
	EIV	CLINICA DE HER	RIDAS				<u> </u>	
PUNTOS								
12 12111110 DE								
10. MANEJO DE	Coloque dr	entro de un rec	cipiente de p'	lástico y rígi	ido con tapa : Jeri	ingas con agi	uja fija, agujas, ampollas, fra	
DESECHOS	vidrio de m	nedicamentos y	y entregar en	n Consulta Ex	xterna, Hospitaliz	zación o Eme	rgencia	
SANITARIOS EN EL	Kecuerue c	que estos desec	chos son: nvr	FECCIUSUS -	PELIGROSOS.			
DOMICILIO								
RECONFIRMO QUE LAS INDICACIONES Y CUIDADOS PARA EL DOMICILIO FUERON ENTENDIDAS POR EL FAMILIAR Y/O PACIENTE								
11. PACIENTE O FAMII	LIAR QUIEN I	RECIBE LA INFC	DRMACIÓN		12. E	NFERMERA/	O RESPONSABLE	
	HDEID.		,					
NOMBRE:	LIMIAR.	Alayo			NOMBRE:	#Duudi	£~	
	/			*	•			
	1 sul	b				Lida	CA NUCLEO DE QUITO Fernanda González A	
FIRMA	(** <u>\</u>	<u>, </u>		_	FIRMA Y SELLO :	·	NFEHMERA CI: 1721905154 Folip: 0186 N Soci	
C.I :	172563	27744						
	- 100 C	22/ * 1		•				