

## PLAN DE EGRESO

## ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: MEJIA BA				EDAD:	47 años	MÉDICO:	GEMA MENO	OOZA	
FECHA DE INGRESO:		2023	FECHA DE		12/8/2		H.CL:	302164	
EGRESA EN : SILLA D		Х	CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:		
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :									
MEDICACIÓN			DOSIS		VÍA		HORARIO		
PEGFILGASTRIM 6MG/O.6ML		ADMINISTRAR	3MG (MEI	DIA AMPOLI	SUB-CUTANEO	24 HORAS			
						TERAPIA			
ONDASETRON 8MG TABLETA		MEDIA TABLE	TA (4MG)		ORAL		-22PM POR 2	DIAS Y EN CASO	
						DE VOMITO	O NAUSEA		
COTRIMOXAZOL+SULFAMETOXA (TRIMETROPRIN)		ADMINISTRAR	8ML		ORAL		ORAS 8AM Y	20PM JUEVES	
						VIERNES Y	SABADO		
MEBO CREMA		ADLICAD DDEV	IÓ ACEO		SECULON	2-1-1-1	<del></del>		
WEBO CKEWA		APLICAR PREV	IO ASEU_		REGUION	6AM-14PM	-22PM	·	
·	·				PERIANAL				
			<del></del>				<del>_</del>		
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN									
		<del> =</del>		<del></del>		· ·	<del></del>	<del></del>	
4.4070.00			<del></del> ;	·				_	
4. ACTIVIDAD	NO ESFUERZO FISICO								
ı	NO CAIDAS								
	REPOSO								
5. PRÓXIMO	CONTROL CON ONCOPEDIATRIA 28-08-2023								
CONTROL	REALIZARSE EXAMENES PREVIA CITA								
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTI DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA								
ALARMA	TOS, DIFIC	TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO							
ALANIMA									
							_		
7. OTRAS	BAÑO DIA	IARIO, USO DE MASCARILLA							
INDICACIONES	LAVADO ESTRICTO DE MANOS								
	EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS ( GRIPE)								
					_				
			<del></del>						
8. CURACIÓN EN EME		RGENCIA:							
			_						
9. RETIRO DE				· .					
PUNTOS				·					
40 14411510 05									
10. MANEJO DE	Coloque d	entro de un rec	ipiente de	plástico y rí	gido con tapa : J	eringas con	aguja fija, agu	ujas, ampollas	
DESECHOS	Viario de r Recuerde	neaicamentos i que estos dese	y entregar : chos son: il	en Consulta NFECCIOSOS	Externa, Hospita - PELIGROSOS.	alización o E	mergencia		
SANITARIOS EN EL									
DOMICILIO									
				VI					
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE									
$\bigcap_{i=1}^{n} \bigcup_{j \in A_i} Q_{j \in A_i}$						7 11	_ ,,_,,		
NOMBRE:	واس		•	NOMBRE:	Arc. Vic	10.00 B	On!/		
	10000	`				#A) (A L	INCLEO DE GUITA	<i>-</i>	
FIRMA /				1	FIRMA Y SELLO :	• 1 - W	VIANA DV.		
				•		MOL-Pa	/ 244	<del></del> [	
C.1:	1+1433	4605		_		8	700		