

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: AGUIRR			NDO I	EDAD:	11 años	MÉDICO:	M.R. JAVIER CI	VALLOS	
FECHA DE INGRESO:	/2023 FECHA DE EGRESO: CAMILLA:		14/8/2		H.CL:	300506			
EGRESA EN : SILLA I	CAMINANDO:	X	OTRO:	X					
2. MEDICACIÓN : deb		siguientes me	dicinas :						
MEDICACIÓN		DOSIS		VÍA	HORARIO				
SULFATO DE MAGNESIO		500MG		ORAL	CADA 12 HORAS 9 HORAS Y 21 HORAS				
VORICONAZOL TABLETAS		200MG UNA TABLETA		ORAL	CADA 13 H	ODAE E HOBAE	× 18 HODAS		
Tombournest Indexing		Seame and most in		UNAL	CADA 12 HORAS 6 HORAS Y 18 HORAS				
GABAPENTINA CAPSULAS		300MG UNA CAPSULA		ORAL	CADA 8 HO	RAS 14HORAS 2	2 HORAS Y 6		
COTRIMOXAZOL TABLETAS		160 MG UNA TABLETA EN LA MAÑAÑ			ORAL	LUMES AAA	RTES MIERCOLE	e	
		40 MG 1/4 DE TABLETA EN LA NOCH		ORAL	LUNES MARTES MIERCOLES				
		1							
							-	4,144	
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN									
4. ACTIVIDAD	REPOSO RELATIVO, EVITAR GOLPES Y CAIDAS								
						_			
5. PRÓXIMO	ACUDIR A	ACUDIR A CONSULTA EXTERNA EL 17/8/2023 CON RESULTADOS DE EXAMENES							
CONTROL	_								
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA							EA	
ALARMA	TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO, LESIONES EN LA BOCA TELEFONOS :2419773 EXT:2202-2199 CEL 0963333000								
	- SEPT ALLOW WATER OF CULTUM CONTROL OF CONT								
7. OTRAS	BAÑO DIA	IAÑO DIARIO							
INDICACIONES	LAVADO ESTRICTO DE MANOS								
	EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS (GRIPE)								
	USO DE MASCARILLA								
a area entre								-22-7	
8. CURACIÓN	EN EMERGENCIA : POR CLINICA DE HERIDAS								
	FOR CLINICA DE RERIDAS								
9. RETIRO DE					_				
PUNTOS	-								
						FW.			
10. MANEJO DE	Coloque o	lentro de un re	cipiente de pla	stico y rig	gido con tapa : J	eringas con	aguja fija, aguji	as, ampollas	
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.								
SANITARIOS EN EL DOMICILIO					- 1 = 1 = 1 = 1				
DOMICILIO									
			V	1					
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE									
NOMBRE: HOUSE				NOMBRE:	Jeans	tale			
(1/1/	4-			The state of the s				
	Handle (1)	mgore)			IDAAA V CCLLC	Leda Jour	Vin Kamas		
FIRMA	MOINS.	-		,	IRMA Y SELLO	Definers on	DAGE DANKETO		
C.I: SWEETSKILL	191019 -	0							