

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

NOCEEO DE GOITO								
1. NOMBRE: GALLO CAR	RERA CAF	RMEN DEL R	OCIO	EDAD:	46 años	MÉDICO:	DR ARA	OLUZ
		3/2023 FECHA DE EGRESO:		EGRESO:	12/08/2	.023	H.CL: 241711	
EGRESA EN: SILLA DE I	X CAMILLA:		CAMINANDO:	MINANDO: OTRO:				
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :								
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO			
OMEPRAZOL 20MG		1 TABLETA		ORAL	30MIN ANTES DESAYUNO POR 7 DIAS			
METOCLOPRAMIDA 10MG		1 TABLETA		ORAL	PREVIO A CADA COMIDA PRINCIPAL			
ONDASENTRON 8MG		1 TABLETA		ORAL	14-22-06 POR 5 DIAS			
GABAPENTINA 300 MG		1 TABLETA		ORAL	21 PM			
PICOSULFATO GOTERO		6 GOTAS		ORAL	EN EL ALMU	JERZO		
FILGASTRIM 300MCG		AMPOLLA		SUBCUTANEO	13/08/2023 20PM			
LEVOTIROXINA 137MCG		1 TABLETA		ORAL	6AM			
CARBONATO DE CALCIO 500MG		2 TABLETAS		ORAL	CADA 12 HORAS 8AM 8PM			
CALCITRIOL 0,5 MG		1 TABLETA		ORAL	CADA DIA			
POLIETIELINGLICOL		2 CUCHARADAS		ORAL	1/2 LITRO DE AGUA			
								
3. DIETA	SEGÚN ES	QUEMA ENT	REGADO POR	NUTRICIÓN				
4. ACTIVIDAD	REPOSO RI	FI ATIVO						
4. ACTIVIDAD	INET OSO IN	LATIVO						
-								
-			 : - : 					
I S.PRUXIIVIU 🕨		CITA CON DRA. SORIA 23/08/2023 11:20 // CITA DR.						
CONTROL	LABORATORIO PREVIO A LA CITA MEDICA 7AM							
CONTROL	ACUDIR A	CITA CON D	R. DAZA CLINIC	A DE CATET	ERES			
	ACUDIR A	EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE						
6. SIGNOS DE -	JE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA							
ALARMA -								
-								
7. OTRAS TAC CORPO		ORAL S/C 29/09/2023 09 AM						
I -		CITA PARA TERAPIA DEL DOLOR						
INDICACIONES	AGENDAR GITA I FRA TERMINA DEL DOLOR							
<u>_</u>								
`	_							
8. CURACIÓN	ENIENAE	RGENCIA :						
8. CURACION	EIN CIVIE	NGENCIA .						
•								
9. RETIRO DE								
PUNTOS .								· · · · · ·
								annallas fua
	Coloque d	lentro de un	recipiente de	plástico y rig	ido con tapa : Jei	ringas con ag	zuja fija, agujas, Porgonoja	ampolias, ira
	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.							
SANITARIOS EN EL								
DOMICILIO								
RECONFIRMO QUE LAS	INDICACIO	NES Y CUIT	DADOS PARA E	L DOMICILIO	FUERON ENTEN	IDIDAS POR	EL FAMILIAR Y/	O PACIENTE
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								
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN								
NOMBRE: Cart	allo		_	NOMBRE:		KA MONTALUI		
	,	-71					SOLCA NUCLEO DE QUITO	
1 Do	1 A	alla)			FIRMA Y SELLO	•	SOLCA NUCLEO DE QUITO SOLCA NUCLEO MONTONIA CODO ENERNARA	/XI/
FIRMA LIEU VA				PINIVIA I SELLO	·	EN1718935644	- CHY	
100	77	571-						4