

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: ALMACHI CERRERA LILIAN LEONORA					37 años	MÉDICO:	DRA. ESPEJO	
FECHA DE INGRESO: 08/08		2023	FECHA DE		16/08/2		H.CL: 277054	
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:		X	CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:	
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :								
MEDICACIÓN			DOSIS		VIA	Γ	HORARIO	
LORATADINA 10MG		1 TABLETA		ORAL	HORARIO 20PM POR 5 DIAS			
		1 TABLETA		ORAL	EN CASO DE DOLOR			
AMOXICILINA + AC. CLAVULANIC				ORAL	06AM 14PM 22PM			
		TABLETA		·	ORAL	10AM 10PM		
		1 TABLETA		ORAL	LUNES MIERCOLES Y VIERNES			
TAPENTADOL 50MG		1 TABLETA		ORAL	7AM 7PM			
ONDASETRON 8MG		TABLETA			ORAL		DESAYUNO Y MERIENDA	
LACTULOSA		0 CC			ORAL	9AM	SESATORO I MENERADA	
					3,1,1	37.117		
				7				
DIETA SE	EGÚN ESQU	JEMA ENTRE	SADO POR N	IUTRICIÓN				
-								
4 ACTIVIDAD	DEDOSO DEL ATIVO EN DOMICILIO							
4. ACTIVIDAD RI	REPOSO RELATIVO EN DOMICILIO							
	·*··							
_								

5. PRÓXIMO	CITA CON HEMATOLOGIA DR MOSUERA 25/08/2023 12:10 AM							
l Di	DRA ESPEJO 27/09/2023							
CONTROL E	XAMENES D	DE LABORATO	RIO PREVIO	A CITA				
Δ.	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE							
		R QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA						
ALARMA —	DOLON QUE NO CEDE CON EA MEDICACION, NAOSEA, VOIVITO, DIARREA							
_								
7.07046	····	-						
7. OTRAS	<u></u>							
INDICACIONES								
_								
_					 			
,					- · · · -	. 		
8. CURACIÓN	EN EMERGENCIA :							
9. RETIRO DE								
PUNTOS				•••				
_				•				
10. MANEJO DE Co	oloque den	tro de un rec	ipiente de p	lástico y rígio	do con tapa : Jeri	ingas con agu	ija fija, agujas, ampollas, fra	
DESECHOS vi	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.							
SANITARIOS EN EL R	ecuerde qu	e estos desec	hos son: INF	ECCIOSOS -	PELIGROSOS.			
DOMICILIO								
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								
						K	15 Onthe	
NOMBRE: Lilian	H ma	zchi			NOMBRE:		1.01 GOLDI 7	
سِسهر ا		Q					CA NUCLEO DE QUITO L. Sofia Cenelin R.	
FIRMA	iale se	stra			FIRMA Y SELLO :	ENFE	RMERA CUIDADO DIRECTO	
		~				46.		
C.1: <u>172074</u>	2037							