

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: NAVARRE			EDAD:		MÉDICO:		ORENO	
FECHA DE INGRESO: 01/08				GRESO:	05/08/2023		H.CL:	91734
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:		Х	CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:	
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :								
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO			
ONDASETRON 8MG		1 TABLETA		ORAL	08H00-20H00 POR 7 DIAS			
CARVEDILOL 6025 MG		1 TABLETA		ORAL	UNA VEZ AL DIA			
METOCLOPRAMIDA 10 MG		1 TABLETA		ORAL	PREVIO CAFÉ ALMUERZO Y MERIENDA			
PARACETAMOL 500MG		2 TABLETA		ORAL	EN CASO DE DOLOR			
OMEPRAZOL 20 MG		1 CAPSULA		ORAL	AYUNAS POR 7 DIAS			
GABAPENTINA 300MG		1 CAPSULA		ORAL	UNA VEZ AL DIA 21			
LEVOTIROXINA 88MCG		1 TABLETA		ORAL	AYUNAS			
LOSARTAN 100MG		1 TABLETA		ORAL	UNA VEZ AL DIA			
LACTULOS 30CC		30CC		ORAL	22PM SUSPENDER EN CASO DE DIERREA			
						<u></u>		
DIETA	SEGUN ES	QUEMA ENT	REGADO POR N	UTRICION				
4. ACTIVIDAD	REPOSO E	N CASA						
						*		
								
ACUDIR A CITA CON DR MORENO 23/08/2023 13:20								
I S. PRUXINU -								
CONTROL LABORATORIO DE CONTROL 23/08/2023 7AM // CITA CON RT 13/09/2023 11:2 ACUDIR A CITA DRA. JIMBO 18/09/2023 12AM // CITA CON PSIQUIATRIA 03/10								
	ACUDIK A	CITA DRA. JII	MBO 18/09/202	23 12AIVI //	CITA CON PSIQU	IATRIA 03/10	1/2023 /AIVI	
6. SIGNOS DE	ACUDIR A	EMERGENCIA	A SI PRESENTA:	DIARREA, \	OMITO, DOLOR	SANGRADO	, DIFICULTAD	RESPIRATORIA
ALARMA								
ALAMINA								
				_				<u></u> .
7. OTRAS <u>SERTRALIN</u>		NA 50MG TOI	MAR UNA TABL	ETA CON EL	DESAYUNO			
INDICACIONES								
			-					
8. CURACIÓN	EN EME	RGENCIA:						
						_		
9. RETIRO DE				· · 				
PUNTOS								
					<u></u>	 ;		
10. MANEJO DE	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra							
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia							
SANITARIOS EN EL Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSÓS.								
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						ARLE		
NOMBRE: : Altotte Rea			•		NOMBRE:	1,	Justo le	
HOWING.								
SOLCK NUCLEO DE OUTO LEda Statenine Llumiquinga Leda Statenine Llumiquinga						uinga		
FIRMA Y SELLO : EMFERMERA CUIDADO DIRECTO CADALO 1723163445								
C.1: 17	06 9 (4	154		-				
اکید ا	10 / 144	V \ 1		_				