

PLAN DE EGRESO

ÁREA -EDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: RODRIGUEZ	Z BARROS	DORIS ALEXANDRA	EDAD:	55 años	MÉDICO:	DR GONZALEZ
FECHA DE INGRESO:	31/07	/2023 FECI	HA DE EGRESO:	10/08/2		H.CL: 259705
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS:		X CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :						
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO	
OMEPRAZOL 20MG		1 TABLETA		ORAL	6AM	
DEXAMETASONA 4MG		2 TABLETA		ORAL	8AM	
DEXAMETASONA 4MG		1 TABLETA		ORAL	18PM POR 7	7 DIAS
LEVETIRACETAM		1 TABLETA		ORAL	8AM Y 8PM	011.0
PARACETAMOL 500MG		1 TABLETA		ORAL		M 2PM 10PM
LACTULOSA		JARABE		ORAL		SO DE EXTREÑIMIENTO
TOCEX (LEVODOPROPIZII	NA)	JARABE		ORAL	10CC CADA	8H POR 7 DIAS
				ļ		
			······································	<u> </u>		
2 DIFTA						
3. DIETA	SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN					
4. ACTIVIDAD	REPOSO RELATIVO					
_						
ī	INCENTIVO RESPIRATORIO 10MIN CADA HORA					
	CUIDADOS DE OXIGENO					
F.						
J. PRUMINU =	LABORATORIO PREVIO CITA CON ONCOLOGIA CLINICA					
CUNCIRUM —	CITA CONSULTA EXTERNA DRA MOÑUZ EL 22/08/2023 7:30					
	CONTINUAR CON RADIOTERAPIA					
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR QUE NO CEDE					
0. 3IGIVO3 DE	DIARREA, NAUSEAS, VOMITOS, ALTERACION DE CONSCIENCIA, CONVULSIONES, NO REALIZA DEPOSICION					
ALARMA -						
7. OTRAS CONTROL I		MEDICINA INTERNA DR TIMBELA 26/9/2023 A LAS 13:30PM				
	CONTROL PSIQUIATRIA DR CAMINO 15/9/2023 A LAS 7:20AM					
INDICACIONES _	TOWN OF THE PROPERTY OF THE PR					
_		•			·	
_						····
8. CURACIÓN EN EI		RGENCIA :			-	
o. conacion –	EN EMERICIA .					
_						
9. RETIRO DE						
_				<u>.</u>		
PUNTOS _						
10 MANIEIO DE (C-1	·		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		· Circuita accepta for
10. MANEJO DE Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampol						
	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.					
SANTARIOS EN EL						
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						
				NOMBRE:	V:Al	1
NOMBRE: Micaela Castillo				MOMBAL.		Other
	, ,,	~			solç	A NUCLEO DE QUITO A NUCLEO DE Abril a. Katherine Abril
FIRMA Huana Costilla				FIRMA Y SELLO :	<u>-</u> Δ	d. Mariana
C.1: 171895473C						