

PLAN DE EGRESO PACIENTES PALIATIVOS



ÁREA MÉDICA SERVICIO CUIDADO TERAPIA DEL DOLOR

1. NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: MUÑOZ VICUÑA SILVIA XIM			ENA			EDAD :	59	AÑOS	HCL Nº :	194836	
MEDICO TRATANTE:	DRA DIAZ		TELÉFONO		PF	RÓXIMA CITA	13/09/2023	CONSULTA N°	21	HORA:	
MEDICO RESIDENTE:			TELÉFONO		•			<u> </u>		TELÉFONO	
FECHA DE INGRESO:	30/08/2023		FECUA DE F	CDECO .	04/00	/2022				-	
EGRESA EN :				CAMILLA:	X CAMINANDO: OTI				OTROS:	ROS: AMBULANCIA	
2. MEDICACIÓN Y PRESENTACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	¿PARA QUE ES?	ANTES DEL DESAYUNO	DESAYUNO	DESPUÉS DEL DESAYUNO	ANTES DEL ALMUERZO	ALMUERZO	DESPUÉS DEL ALMUERZO	ANTES DE LA MERIENDA	MERIENDA	ANTES DE ACOSTARSE
MORFINA 10MG AMPOLLA	PORTAL SUBCUTANEA	DOLOR	COLOCAR MEDIA AMPILLA O (0,5ML) EN CASO DE DOLOR INTENSO								
MIDAZOLAM 1MG/1ML	PORTAL SUBCUTANEA	COLVULSIONES	COLOCAR 1 ML EN CASO DE CONVULSIONES								
DEXAMETASONA 4MG	воса	DOLOR		2 TABLETAS				2 TABLETAS			
OMEPRAZOL 20MG	BOCA	PROTECTOR GASTRICO	1 CAPSULA								
LEVETIRACETAM 1000MG	воса	CONVULSIONES		1 TABLETA						1 TABLETA	
BROMURO DE HIOSCINA 20MG	PORTAL SUBCUTANEA	SECRESIONES	1 AMPOLLA					1 AMPOLLA			1 AMPOLLA
BROMURO DE HIOSCINA 20MG	PORTAL SUBCUTANEA	SECRESIONES	OLOCAR 1 AN	DLOCAR 1 AMPOLLA EN CASO DE PRESENTAR ABUNDANTES SECRESIONE							
3. OBSERVACIONES :											
INFUSOR: CARGAR 14 AMPOLLAS DE MORFINA DE 10MG+ 4 AMPOLLAS DE METOCLOPRAMIDA 10MG) COMPLETARHASTA 100MLCONCLORURO DE NA 0.9% CADA 48HORAR SE TERMINA Y VUELVE APREPARAR EN UN NUEVO INFUSOR											
DEXAMETASONA , OMEPRAZOL Y LEVETIRACETAM VIA ORAL ADMINISTRAR A LA PACIENTE BIEN SENTADA Y DESPIERTA CASO CONTRARIO NO ADMINISTRAR.											
RECONFIRMO QUE LAS INDICACIONES Y CUIDADOS PARA EL DOMICILIO FUERON ENTENDIDAS POR EL FAMILIAR Y/O PACIENTE											
4.PACIENTE O FAMILIAR QUE RECIBE LA INFORMACIÓN				5. ENFERMERA QUE ELABORA				ENFERMERA QUE ENTREGA			
NOMBRE:	Patricio Oeleon			NOMBRE: Gushnlerf			nf	NOMBRE: KAW			
FIRMA :	F-Odiog D			FIRMA Y SELL	SOLCA NUCLEO DE QUITO Loda. Gladys Vistin Z. A Y SELLO: ENFERMERA CUIDADO DIRECTO CI: 0202333209			SOLCA NUCLEO DE QUITO FIRMA Y SELLO: SOLCA NUCLEO DE QUITO Loda. Katherine Abril Enfernera de Cuudo Do Rectr Cédula: 1750348342		if	
C.I :	0300 89529-7										
6. NOTA: Se entrega guía de llenado de infusión eleastomerico con morfina al domicilio.											



PLAN DE EGRESO PACIENTES PALIATIVOS



ÁREA | ÉDICA SERVICI CUIDADO TERAPIA DEL DOLOR

1. NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:		MUÑOZ VICUÑA SILVIA XIMENA					EDAD :	59	AÑOS	HCL Nº :	194836
MEDICO TRATANTE:	DRA DIAZ		TELÉFONO		PR	RÓXIMA CITA	13/09/2023	CONSULTA N°	21	HORA:	
MEDICO RESIDENTE:			TELÉFONO		• •	•				TELÉFONO	
TECHA DE INICRESO.	20/09/2022			2250	04/00	12022					
FECHA DE INGRESO: 30/08/2023 FECHA DE E											
EGRESA EN:				CAMILLA:	X CAMINANDO: OTROS				OTROS:	: AMBULANCIA	
2. MEDICACIÓN Y PRESENTACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	¿PARA QUE ES?	ANTES DEL DESAYUNO	DESAYUNO	DESPUÉS DEL DESAYUNO	ANTES DEL ALMUERZO	ALMUERZO	DESPUÉS DEL ALMUERZO	ANTES DE LA MERIENDA	MERIENDA	ANTES DE ACOSTARSE
MORFINA 10MG AMPOLLA	PORTAL SUBCUTANEA	DOLOR		COLOCAR MEDIA AMPILLA O (0,5ML) EN CASO DE DOLOR INTENSO							
MIDAZOLAM 1MG/1ML	PORTAL SUBCUTANEA	COLVULSIONES		COLOCAR 1 ML EN CASO DE CONVULSIONES							
DEXAMETASONA 4MG	BOCA	DOLOR		2 TABLETAS				2 TABLETAS			
OMEPRAZOL 20MG	воса	PROTECTOR GASTRICO	1 CAPSULA								
LEVETIRACETAM 1000MG	BOCA	CONVULSIONES		1 TABLETA						1 TABLETA	
BROMURO DE HIOSCINA 20MG	PORTAL SUBCUTANEA	SECRESIONES	1 AMPOLLA					1 AMPOLLA			1 AMPOLLA
BROMURO DE HIOSCINA 20MG	PORTAL SUBCUTANEA	SECRESIONES	OLOCAR 1 AM	IPOLLA EN CASC	DE PRESENT	AR ABUNDAN	ITES SECRESIONE				
					-						
3. OBSERVACIONES:	NO DESECHAR SOBRANTES	DE MORFINA SE U	JTILIZA PARA RESC	ATES							
INFUSOR: CARGAR 14 AMPOL	LAS DE MORFINA DE 10MC	3+4 AMPOLLAS DE	E METOCLOPRAM	IDA 10MG) COMPL	ETARHASTA 1001	MLCONCLORURO	DE NA 0.9% CADA 4	8HORAR SE TERMIN	A Y VUELVE APREPA	RAR EN UN NUEVO	INFUSOR
DEXAMETASONA , OMEPRAZ	OLY LEVETIRACETAM VIA	ORAL ADMINISTRA	R A LA PACIENTE	BIEN SENTADA Y DI	ESPIERTA CASO C	ONTRARIO NO AI	DMINISTRAR.				
	RECONFIRM	O QUE LAS INC	OCACIONES Y	CUIDADOS PAF	RA EL DOMICII	LIO FUERON E	ENTENDIDAS POR	EL FAMILIAR Y	O PACIENTE		
4.PACIENTE O FAMILIAR QUE RECIBE LA INFORMACIÓN				5.	ENFERMERA	QUE ELABC)RA	ENFERMERA QUE ENTREGA			
NOMBRE: Pafricio Ochock				NOMBRE: 6015hm ltm			24	NOMBRE	<u></u>	MAN	
FIRMA :	F. Ocheca, R			SQLCA NUCLEO DI Lcda. Gladys Vi FIRMA Y SELLO : ENFERMERA CUIDADO CI: 02023332			QUITO tin Z. DIRECTO	SOLCA NUCLE DE QUITO SOLCA NUCLE DE QUITO Ceda. Katikrine Abril ENFERNERA Y SELLO: ENFERNERA 1750348342			
C.I:	03006	9529-3									
6. NOTA: Se entrega guía de llenado de infusión eleastomerico con morfina al domicilio.											