

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: BETANCOURT VERA DYLAN			EDAD: DIEZ	años	MÉDICO:	DRA TABLADA	
		/2023 FECHA DE EGRESO:		21/08/2023		H.CL: 315922	
EGRESA EN : SILLA D	CAMILLA:	CAM	AMINANDO: X OTRO:				
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :							
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO		
MERCAPTOPURINA 50 MG		1 TABLETA		ORAL	DOS HORAS DESPUES DE LA MERIENDA		
					SIN LACTEOS INICIAR EL DIA 21-08-23		
<u> </u>		<u> </u>		Ь	HASTA EL D	IA 23-08-2023	
COTRIMOXAZOL		8 ML		DRAL	O ANA V O DE	A LUNIES MANDERS MICHOSOLES	
QT SEMANA 2 DE CONSOLIDACIO		<u> </u>		MAL	8 AM Y 8 PM LUNES MARTES MIERCOLES		
							
MERCAPTOPURINA 50 MG		1 TABLETA		ORAL	2HORAS LUEGO DE LA MERIENDA SIN		
					LACTEOS 24/08/23 30/08/2023		
LACTULOSA		10 ML		DRAL		M SUSPENDER SI HAY	
	<u>-</u>				DIARREA		
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN						***	
·			<u>.</u>				
4. ACTIVIDAD	REPOSO RELATIVO						
	EVITAR CAIDAS						
		<u> </u>					
5. PRÓXIMO							
ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA Y CIRUGIA PEDIATRICA EL 28						TRICA EL 28/08/2023	
CONTROL	CON RESU	LTADO DE EXAMENES					
6. SIGNOS DE ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE DE 38°C, VOMITO, TO						OMITO, TOS, DIFICULTAD	
	PARA RESPIRAR, SANGRADOS, LESIONES EN LA BOCA, DOLOR GENERALIZADO, DIARREA, DO						
ALARMA	CABEZA O	UALQUIER OTRA NOVEDAD ACUDIR POR EMERGENCIA DE SOLCA					
	LLAMAR A TELEFONO 2419-773 EXTENSION 2199 2202						
7. OTRAS	BAÑO DIARIO						
INDICACIONES		ASCARILLA					
LAVADO DE MANOS ESTRICTO DE PACIENTE Y FAMILIARES							
EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS DE GRIPE							
							
8. CURACIÓN EN EN		EMERGENCIA:					
	_	<u> </u>					
9. RETIRO DE		·•····································					
PUNTOS						<u> </u>	
10. MANEJO DE	Colonia di		Antino cololelo on a	<u> </u>	·		
DESECHOS	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia						
SANITARIOS EN EL	Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - 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							
NOMBRE: VIRD REMUCAURY NOMBRE: In Ulivia 12							
						OLCA RÚCLEO DE GUITO Lic. Viviana Borja P.	
FIRMAX	20 52 C a	rout	FIRMA	Y SELLO :	Ţ.	REFERMERA CUIDADO DIRECTO	
C.1:	1920A	7841_			•	1 th	