

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

NÚCLEO DE QUITO	<u> </u>								
1. NOMBRE: CUNALAT	A IZA LUIS P	ATRICIO		EDAD:	53 años	MÉDICO:	DRA. A	ARAD	
FECHA DE INGRESO: 16/08		/2023 FECHA DE E			19/08/2		H.CL: 279156		
EGRESA EN: SILLA DE	RUEDAS:	Х	CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:		
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :									
MEDICACIÓN			DOSIS		VIA	T	HORARIO		
GABAPENTINA 300MG		2 CAPSULAS			ORAL	TOMAR 7 PI			
AMITRIPTILINA 25 MG		1 TABLETA			ORAL	ANTES DE DORMIR			
PARACETAMOL 500MG		1 TABLETA			ORAL	7 AM, 2 PM			
FILGRASTIM 300MCG		AMPOLLA				·	A PARTIR DE HO	OV BOD 7 DIAS	
HIRUDOID CREMA		TUBO			TOPICA		ITIO ENDURADO		
LIDOCAINA PARCHE		1 PARCHE		TOPICO			<u> </u>		
EIDOCAINATAICHE		TIANCIL	217/110112		TOFICO	COLOCAR EN ANTEBRAZO DERECHO 7 AM RETIRAR 7 PM TODOS LOS DIAS			
METOCLOPRAMIDA 10MG		1 TABLETA			ORAL	ANTES DESAYUNO, ALMUERZO, MERIENDA			
ONDASETRON 8MG		1 TABLETAS			ORAL		M, 2 PM, 10 PN		
ONDASE I KON 8IVIG		I INDELIAS			UNAL	TOWAR O A	VI, Z PIVI, 10 PI	/I PUK / DIAS	
		 			ļ	 			
						<u> </u>			
عر. DIETA	SEGÚN ES	QUEMA ENTRE	CADO POR N	II ITRICIÓN		***************************************			
		I NUTRICIÓN 1			R A		-		
	CHA CON	MOTRICION	.3/010/202	.3 13HZU P	IVI				
4. ACTIVIDAD	REPOSO RI	ELATIVO							
	•								
							,, <u>-</u> -		
5. PRÓXIMO		TA CON DRA. ABAD 30/08/2023 9AM// CITA PARA TOMOGRAFIA 22/09/2023							
CONTROL					DE ONCOLOGIA 2				
CONTROL	CITA CON	DRA DIAZ 13/10)/2023 9H40	0 // CITA NE	EUMOLOGIA DRA	ROSALES 16	5/10/2023 9H2	O AM	
	ACUDIR A	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, DOLOR, FIEBRE							
6. SIGNOS DE ALARMA		enerocitari i reservatora menera, volumo, pocon, ricorc							
	-								
7 07040									
7. OTRAS									
INDICACIONES									
U									
8. CURACIÓN	EN EME	RGENCIA :							
								-	
9. RETIRO DE		-					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
									
PUNTOS									
40 AAANEIO DE	5 1	1		16 11== 1, 16=	The state of the		'- f''ion	······ - No. fee	
10. MANEJO DE					ido con tapa : Jer			ampollas, fra	
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.								
SANITARIOS EN EL Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.									
DOMICILIO									
RECONFIRMO QUE LAS	INDICACIO	MES Y CUIDAD	OS PARA EL	DOMICILIO	FUFRON ENTEN	DIDAS POR I	FI FAMILIAR Y/	O PACIENTE	
-			_	DOMINICIA					
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACI			RMACIÓN		12. ENFERMERA/O RESPONSABLE				
NOMBRE: Lenin Constat		. .			NOMBRE:	hai	Mal,		
10000000	·	<u> </u>		•					
<i> \\</i>	X					SOLÇA NÜCL Leda, Rostv	eo de quito il Lombeida		
FIRMA V	water				FIRMA Y SELLO :		DADO DIRECTO		
C.1: 1764	27 20			•		<u></u>			
1 5.1.	バチょうつ	3						Į.	