

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: ESTUPINA				EDAD:			DRA GISSELA TASIGUANO
FECHA DE INGRESO:		/2023	FECHA DE		4/9/20		H.CL: 270166
EGRESA EN : SILLA DI			CAMILLA:		CAMINANDO:	X.	OTRO:
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :							
MEDICACIÓN	1	T	DOSIS	-	VÍA		HORARIO
PEGFILGASTRIM		6 MILIGRAMOS SUBCUTANEO		SUBCUTANEO	7/09/2023 QUIMIO AMBULATORIA		
					-	- Common and a com	
<b>ASPARAGINASA 10260</b>	UI.	ACUDIR A	QUIMIOTERAP	IA AMBULA	IM	DIA 8: 7/0	9/2023 DIA: 10 9/09/2023
			· · · · -				09/2023 DIA 14 : 13/09/2023
		ACUDIR A	QUIMIOTERAP	IA AMBULA	IM	DIA 16: 15/	
		<u> </u>	<del></del>			DIA 18:17	
		ACUDIR A	QUIMIOTERAP	IA AMBULA	IM	DIA 20 : 19	
			•				
		1			-		
		I —					
_	_						
	<del></del>				_		<del></del>
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN							
4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO, EVITAR GOLPES Y CAIDAS							· <u></u>
4. ACTIVIDAD REPOSOR		ELATIVO, EVITAR GOLPES T CAIDAS					
			<del></del>				<del></del>
							<del></del>
5. PRÓXIMO ACUDIR A SEGUNDO PISO SALA DE MEDICOS 7/09/2023 EN LA MAÑANA							
CONTROL	CONTROL	DE ONCOPI	EDIATRIA 28/0	9/2023			
ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO							VOMITO, DIARREA
6. SIGNOS DE	TOS. DIFICULTAD PARA RESPIRAR DETERIORO NELIROLOGICO LESIONES EN LA BOCA						
ALARMA							
7. OTRAS	BAÑO DIARIO						
INDICACIONES		STRICTO DE MANOS					
MUDICACIONES		ONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS ( GRIPE)					
	USO DE MASCARILLA						<del></del>
			<del>-</del>			<u> </u>	
8. CURACIÓN	EN EME	RGENCIA :			<u> </u>		
o. CONACIOI	- EIV EIVIE	NGENCIA .			<del></del>		
							<del></del>
9. RETIRO DE				··	<del>;</del>		
							_
PUNTOS				<del></del>			
10. MANEJO DE	Colores			midaetas - 1			
DESECHOS	vidrio de a	ientro de un medicament	i recipiente de tos v entregar	piastico y ri eo Consulta	gido con tapa : 1 Externa, Hospita	eringas con alización o E	aguja fija, agujas, ampollas
SANITARIOS EN EL					- PELIGROSÓS.		ther gentia
DOMICILIO							
VI							
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE							
	-		_				
NOMBRE: LAMPO	Mo	•	NOMBRE:	UC: LUIS E	SCOBAR		
~A	_					Gnly	e contro
FIRMA JULI	1)				FIRMA Y SELLO	Code Luis L	SCHRIGT G DIRK C10
	<u> </u>			•	Tables	E-HELPO CUDAN	9374
c.i: <u>0.8036 (</u> :	<del>87U3-</del>	<u>~3</u>		•			
·							