

PLAN DE EGRESO

ÁREA -EDICA HOSPITALIZACIÓN

| 1. NOMBRE: QUINON | IEZ MONTEN | EGRO RICARD | O MARCELO | EDAD: | 77 años | MÉDICO: | DR VILI | ACREES | |
|--|--|--|----------------|---------------------------------------|----------------------|------------------|------------------|-----------------|--|
| FECHA DE INGRESO: | 02/08 | | FECHA DE E | - | 08/08/2 | | H.CL: | 301736 | |
| EGRESA EN : SILLA D | DE RUEDAS: | Х | CAMILLA: | | CAMINANDO: | | OTRO: | | |
| 2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas : | | | | | | | | | |
| MEDICACIÓ | N | | DOSIS | | VIA | | HORARIC | | |
| ONDANSETRON 8 M G | | 1 TABLETA | | | 10AM 10PM POR 5 DIAS | | | | |
| FILGASTRIM 300UG | | 1 AMPOLLA | | SUBCUTANEO | | | | | |
| AMITRIPTILINA 25MG | | 1/2 TABLETA | | GASTROSTOMIA | | 10,00,2025 2 | O F 191 | | |
| METOCLOPRAMIDA 10MG | | 1 TABLETA | | GASTROSTOMIA | | DESAYUNO AL | MUFRZO Y MFF | | |
| LACTULOSA | | 20 CC | | | GASTROSTOMIA | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | - | | | | | <u>_</u> _ | |
| | | | <u></u> | | | | | | |
| | | | | | <u> </u> | | | | |
| | | L | | | <u> </u> | <u></u> | | | |
| 3. DIETA | | THE A SAITO | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | |
| 3. DIETA | 2EGOIA ESC | QUEMA ENTRE | EGADO POK N | UTRICION | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 4. ACTIVIDAD | REPOSO RELATIVO | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | ··· | | | | | | | |
| | CITA CON (| ONICOLOGIA D | AD VIII ARROEI | 23/08/20 | 12 7 A N A | | | | |
| 5. PRÓXIMO | CITA CON ONCOLOGIA DR VILLARROEL 23/08/2023 7AM REALIZAR EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PREVIA CITA | | | | | | | | |
| CONTROL | AGENDAR CITA CON TERAPIA DE DOLOR 28/08/2023 | | | | | | | | |
| | ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE | | | | | | | | |
| 6. SIGNOS DE | | | | | | | | | |
| ALARMA | DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA, MORETONES EN BRAZOS O | | | | | | | | |
| , , , | PIERNAS, HEMORRAGIA GINGIVIAL, | | | | | | | | |
| | <u>-</u> | | | | | | | | |
| 7. OTRAS | MORFINA: | ORFINA 10MG UN AMPOLLA + 4ML DE PARACETAMOL ADMINISTRAR CADA 4 HORAS | | | | | | | |
| INDICACIONES | MEDIA AMPOLLA DE MORFINA EN CASO DE DOLOR SUBCUTANEA | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | - | | | | | |
| 8. CURACIÓN | EN EMER | RGENCIA : | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 9. RETIRO DE | | | | | | | | | |
| PUNTOS | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 10. MANEJO DE | Coloque de | entro de un re | cipiente de pl | ástico y rígi | ido con tapa : Jeri | ingas con agi | uja fija, agujas | , ampollas, fra | |
| DESECHOS | vidrio de m | nedicamentos | y entregar en | Consulta E | xterna, Hospitaliz | | | , | |
| SANITARIOS EN EL | Recuerde d | que estos dese | chos son: INF | ECCIOSOS | - PELIGROSÓS. | | | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | | |
| DECONEIDAD OUE LA | C INDICACIO | NEC VICIONI | COC DADA EL | 20110 | TUEDON SITEM | DIDAC BOD E | T CASALLAD V | /O DACIENTE | |
| RECONFIRMO QUE LA | | | | DOMICICIO | | | - | | |
| 11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPON | | | | | | | O RESPONSA | BLE | |
| NOMBRE: huma finan | | Tos | CAND | | NOMBRE: | 1 | v 11. | ~A | |
| 7440-71 | 111 | nee la | 27300 | | WOWIERE. | <u></u> | 10 range | 3 <u>er</u> | |
| | 1. 8 | ·) |) | | | ŝoīc∆¹ | NUCLFŐ DE QL | JITOI | |
| FIRMA | werefre ref | | | | FIRMA Y SELLO: | (Lorin | the second minu | | |
| c.i: | fre | 1/25 | | | • | Elife: 1 106d | ula 1723153449 | 5070r | |
| | 17/260 | 21723 | | | | Ceu | MIA 1123133449 | • | |