

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA —EDICA HOSPITALIZACIÓN

	VERDESOTO TAPIA L			EDAD:		MÉDICO:	DRA. CALERO	
		3/2023 FECHA DE EGRESO: X CAMILLA:		16/08/2023		H.CL: 252524		
EGRESA EN :	SILLA DE RUEDAS:	CAMILLA:		CAMINANDO:	CAMINANDO: OTRO:			
2. MEDICACIÓ	N: debe tomar las si	guientes m	edicinas :					
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO			
PARACETAMOL 500 MG.		2 TABLETAS		VIA ORAL	6AM 2PM 10PM POR 5 DIAS			
ONDASETRON 8 MG.		1 TABLETA		VIA ORAL	6 AM 2 PM 10 PM X 7 DIAS			
OMEPRAZOL 20MG		1 TABLETA		VIA ORAL	30MIN ANTES DEL DESAYUNO X 7 DIAS			
FILGRASTIM 300 MCG.		1 AMPOLLA		SUBCUTANEO	DESDE HOY A LAS 22 H00			
METOCLOPRAMIDA 10 MG.		1 TABLETA		VIA ORAL	PREVIO A CADA COMIDA PRINCIPAL			
DEXAMETAZONA 4 MG.		1 TABLETA		VIA ORAL	DESPUES DEL DESAYUNO			
GABAPENTINA 300 MG.		1 TABLETA		VIA ORAL	8 AM Y 8 PM			
		<b>_</b>						
	·					l		
a piera								
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN							<del></del>	
4. ACTIVIDAI	D REPOSO R	REPOSO RELATIVO, NO ESFUERZO FISICO EXAGERADO						
	<del>-</del>							
	<del></del>		·		•			
DDA SODIA EL 22/09/2022 07444// CITA CONTAIGUADO OCTA 42/09/2022 44429								
5. PRÓXIMO		DRA. SORIA EL 22/08/2023 07AM// CITA CON NEUMOLOGIA 12/09/2023 11H20  LABORATORIO PREVIA CITA CON DRA SORIA						
CONTROL								
DR. ARIAS EL 07/11/2023 10H40 //					S PREVIO CONSC	JLIA 06/11/2	2023 07H30	
6. SIGNOS DI		ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS,						
ALARMA	DOLOR Q	DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA, SANGRADO						
712711117171								
7. OTRAS	MAMOGR	MAMOGRAFIA AGENDAR 12/09/2023 11H20 // TOMOGRAFIA CORPORAL Y CREATININA 12/09/2023						
INDICACION	ES							
<b>L</b>								
8. CURACIÓN	N EN EME	RGENCIA:						
	-							
9. RETIRO DE							•	
PUNTOS					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
				·				
10. MANEJO DE Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampolis							uja fija, agujas, ampollas, fra	
DESECHOS vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia SANITARIOS EN EL Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.						ergencia		
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: Postic, Co		rdereb			NOMBRE:	LCDA ERIK	A MONTALUISA	
	1 . 1			A				
	1 Am I	ley lo			CIDAAA V CC L C	Sole A Sole	NUCLEO DE MATINASSE Enika Montaliais	
FIRMA	Aprily				FIRMA Y SELLO	CON June	ENFERMENT 1718935644	
C.I :	1500443	1365-1						
1								