

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

NÚCLEO DE QUITO							J. IIALIZA		
1. NOMBRE: ESTRELLA	ALVAREZ LUZ MARIA OFELIA			EDAD:	73 años	MÉDICO: DRA SORIA			
FECHA DE INGRESO: 22/08					29/08/2			257220	
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS:		Χ	CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:		
2. MEDICACIÓN : debe t	tomar las sigui	ientes medi	cinas :						
MEDICACIÓN	i T		DOSIS		VIA		HORARIO		
PEGFILGASTRIM 0.6ML		AMPOLLA, A	ALREDEDOR	DEL OMBLIG	SUBCUTANEA	MAÑANA 1	4:PM X UNA DO	2120	
ONDASENTRON 8MG		1 TABLETA			ORAL	08:AM Y 20		-5.5	
OMEPRAZOL 20 MG		TABLETA			ORAL	EN AYUNAS			
PARACETAMOL 500MG		TABLETA			ORAL	EN CASO DE			
GABAPENTINA 300MG		CAPSULA			ORAL	08:AM Y 20			
MULTIENZIMAS PANCREATICAS		CAPSULA			ORAL	ANTES DE C	ADA COMIDA		
LOPERAMIDA 2MG		TABLETA			ORAL	08:AM Y 20	:PM		
LEVOTIROXINA 75MCG		TABLETA			ORAL	30MIN ANT	ES DE DESAYUN	10	
ACIDO FOLICO 5MG		TABLETA			ORAL	DESPUES DE	DESAYUNO		
``									
DIETA	SEGÚN ESQU	JEMA ENTRE	GADO POR N	IUTRICIÓN			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	 :	
4. ACTIVIDAD	REPOSO RELA	DSO RELATIVO							
									
		····		·					
5. PRÓXIMO	ACUDIR A CITA MEDICA CON DRA. SORIA 18-09-2023 A LAS 07:30								
	REALIZAR EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PREVIA CITA EL 15-09-2023 07:30								
CONTROL	CITA CON DRA. VEGA 18-09-2023								
								DE CANCES	
6. SIGNOS DE		EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE							
Ι ΔΙΔΚΜΔ 		JE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA, MORETONES EN BRAZOS O HEMORRAGIA GINGIVIAL,							
	PIERNAS, HE	MORRAGIA	GINGIVIAL,						
7. OTRAS					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
INDICACIONES									
									
		······································				 			
8. CURACIÓN	EN EMERG	SENCIA:							
9. RETIRO DE			·						
									
PUNTOS									
10. MANEJO DE	Cologue don	tro do un ro	sinianta da n	láctico v rígi	do con tana : lor	ingas con ag	uia fiia, aquias	ampollas fra	
DESECHOS					do con tapa : Jer vterna Hosnitali:			aitipolias, ira	
	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.								
SANITARIOS EN EL									
DOMICILIO			_						
RECONFIRMO QUE LAS	INDICACIONI	ES Y CUIDAI	DOS PARA EL	DOMICILIO	FUERON ENTEN	DIDAS POR I	EL FAMILIAR Y/	O PACIENTE	
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN					12. ENFERMERA/O RESPONSABLE				
NOMBRE: PARILY SA		aui'			NOMBRE:	<i>Patricic</i>	a Quelal	7	
		- ye		•		BOLCA NUCL	EO DE QUITO		
	611	<i>/</i>				Lcda. Patri	cia Quela l J.		
FIRMA	rop			•	FIRMA Y SELLO	MSP: Libro 25 f	IDADO DIRECTO olio 125 Nº 569		
C.1: [4//	41961.	3							
				•					