



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: GUALOTUNA CAIZA MARIA ISABEL EDAD: 47 años MÉDICO: DRA. MUNOZ
FECHA DE INGRESO: 22/08/2023 FECHA DE EGRESO: 24/08/2023 H.CL: 223338
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

| MEDICACIÓN | DOSIS | VIA | HORARIO |
|---------------------|------------------|------------|----------------------------------|
| ONDANSETRON 8 M G | 1 TABLETA | ORAL | 06:AM 14:PM 22:Pm |
| PARACETAMOL 500 MG | 2 TABLETAS | ORAL | CON DESAYUNO, ALMUERZO, MERIENDA |
| OMEPRAZOL 20MG | 1 TABLETA | ORAL | ANTES DEL DESAYUNO |
| METOCLOPRAMIDA 10MG | 1 TABLETA | ORAL | PREVIO A CADA COMIDA PRINCIPAL |
| DEXAMETASONA 4MG | 1 TABLETA | ORAL | 08:AM Y 20:PM |
| FILGASTRIM 300MCG | 1 AMPOLLA | SUBCUTANEA | HOY 18:PM X 5DIAS |
| GABAPENTINA 300 MG | 1 TABLETA | ORAL | 07:AM Y 19:PM |
| FLUOXETINA 20 MG | 1 TABLETA | ORAL | EN EL DESAYUNO |
| PARCHE DE LIDOCAINA | EN PIE IZQUIERDO | TOPICO | COLOCAR 09:AM RETIRAR 21:PM |
| | | | |
| | | | |

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO

5. PRÓXIMO
CONTROL

CITA CON DRA. MUÑOZ EL 28-08-2023 A LAS 07:AM
REALIZAR EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO PREVIA CITA
TURNO CON TERAPIA DEL DOLOR EL 12 NOVIEMBRE

6. SIGNOS DE
ALARMA

ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE
DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA, MORETONES EN BRAZOS O
PIERNAS, HEMORRAGIA GINGIVAL,

7. OTRAS
INDICACIONES

8. CURACIÓN

EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE
PUNTOS10. MANEJO DE
DESECHOS
SANITARIOS EN EL
DOMICILIO

Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra
vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia
Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.

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

NOMBRE:

Lissette Rivera

FIRMA

C.I:

1772625 37.

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE:

Lcda. Lissette Rivera
ENFERMERA
Reg. 1010-19-1311751

FIRMA Y SELLO :