

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

4 NOMBRE DOIT	O MAN DONADO	61.6614.444					
1. NOMBRE: BRITO MALDONADO GLORIA AMPARITO					MÉDICO:	DR. JARRIN	
FECHA DE INGRESO: EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:		FECHA DE EGRESO:		14/08/2023		H.CL: 87103	
		X	CAMILLA:	CAMINANDO:		OTRO:	
2. MEDICACIÓN : o	7 11 11 11 11 11 11	guientes me	edicinas :				
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO		
CEFEPIME AMPOLLA		2 AMPOLLA		INTRAVENOSO	08AM, 16 PM, 24,		
BROMURO DE IPATROPIO		2 INHALACIONES			6AM,14PM,22PM POR 1 MES		
SOLUCION SALINA3%		MEDIA AMPOLLA		NEBULIZACION			
SALBUTAMOL 100 UCG		2 INHALACIONES			06AM		
COLISTIN MEDIA		MEDIA AMPOLLA+2CC DE SOLUCION		NEBULIZACION			
TUSSOLVINA		10 ML		ORAL		IES NECESARIAS	
OMEPRAZOL 20 MG		1 TABLETA		 	6AM,18PM		
METOCLOPRAMIDA 10 MG		1 TABLETA			ANTES DE CADACOMIDA POR 7 DIAS		
FILGASTRIM 300 N PICOSULFATO 2,5		1 AMPOLLA			19PM POR 4 DIAS		
PICUSULFATU 2,5	IVIG	2 PERLAS		ORAL	20 PM NO EN CASO DE DIARREA		
		L			<u> </u>		
3. DIETA	SEGIÍN ESC	SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN					
J. DILIA	3.00.17.23.	SEGGIVE SQUEINA ENTREGADO FOR NOTRICION					
			•				
4. ACTIVIDAD							
				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
	CONTROL	DOB UNCOL	OCIA CUNICA DRA TANIA	SOBIA 24 DE AGO	CTO 2023 V	LAC 11-20 ANA	
CONTROL		POR ONCOLOGIA CLINICA DRA. TANIA SORIA 24 DE AGOSTO 2023 A LAS 11:20 AM					
		C EVANAENE	E EXAMENES DE LABORATORIO PREVIO A CITA ONCOLOGICA				
o. signos de ——		R A EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, DIFICULTAD RESPIRATORIA					
ALARMA	, ALTERACI	, ALTERACIONES DEL ESATDO DE CONCIENCIA, SANGRADO					
From Hitters							
							
7. OTRAS							
INDICACIONES			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
8. CURACIÓN	EN EMER	RGENCIA :					
9. RETIRO DE							
PUNTOS						· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
FUNIOS							
10. MANEJO DE	Coloque de	entro de un	reciniente de plástico y ríg	ido con tana : leri	ingas con agi	ija fija agujas ampollas fra	
10. MANEJO DE Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia							
SANITARIOS EN EL	Recuerde que estas desechas san: INFECCIOSAS - PELIGRASAS						
DOMICILIO							
RECONFIRMO QUE LAS INDICACIONES Y CUIDADOS PARA EL DOMICILIO FUERON ENTENDIDAS POR EL FAMILIAR Y/O PACIENTE							
11. PACIENTE O FA	AMILIAR QUIEN F	RECIBE LA IN	IFORMACIÓN	12. Ef	NFERMERA/	O RESPONSABLE	
∕ot	2 121-				C /	- 11	
NOMBRE: 60	Wa Du TD	1-1089	1142-3	NOMBRE:	7.5	cetilla.	
Ş						A NUCLEO DE OUITO A. en Enfermena	
FIRMA	Odbo	JAMS ES	\prec	FIRMA Y SELLO :	Sar	ra Santillán	
		CANA,				5-2020-2188951	
C.I:			·-··				