

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: VILLACIS TORRES SOFIA ALEJANDRA				EDAD:			DRA LISETT V	ALENCIA	
FECHA DE INGRESO:	/2023 FECHA DE EGRESO:			26/8/2023		H.CL: 316554			
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:			CAMILLA:		CAMINANDO:	X	OTRO:		
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :									
MEDICACIÓ	DOSIS		VÍA	HORARIO					
COTRIMOXAZOL		4.5 ML			8AM 8 PM LUNES, MARTES Y MIERCOL				
MERCAPTOPURINA		25MG: MEDIA TABLETA		ORAL	DOS HORAS LUEGO DE LA MERIENDA				
WERCAF TOF ORINA		23IVIG: IVIE	DIA TABLETA		ORAL			A MERIENDA	
QUIMIOTERAPIA SEM		 -				DESDE 26 A	AL 29/8/202		
MARCAPTOPURINA		50 MG: 1 T	ADICTA		0011	20211221			
IVIANCAPIOFUNINA		130 MG: 1 1	ABLETA		ORAL		S LUEGO DE M	TERIENDA	
MERCAPTOPURINA		25MG: MEDIA TABLETA			30/8/23 AL 1/9/2023 DOS HORAS LUEGO DE MERIENDA				
IVIERCAP TOPORTINA		25MG: ME	DIA TABLETA		ORAL			TERIENDA	
 			<u> </u>		<u> </u>	DEL 2 AL 5,	/9/2023		
		ļ			L				
		 -					 		
						i			
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN									
3. DIETA	SEGUN ES	QUEIVIA EN	TREGADO POR	NUTRICION	<u> </u>				
4. ACTIVIDAD	REPOSO R	EPOSO RELATIVO							
	EVITAR CA	AR CAIDAS							
							-		
5. PRÓXIMO	CONTROL	POR CIRUGIA PEDIATRICA AGENDAR EL 4/9/2023 PARA COLOCACION DE CATETER SUBCUTAI							
CONTROL						,	<u>-</u>		
ACUDID A EMEDICANCIA EL ODECENT DOLOR INTENDO, FIEDDE MANOR A CONTO							MONALTO DIA	DDC A	
6. SIGNOS DE	EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA								
A I A D B A A		CULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO, SOMNOLENCIA.							
	TELEFONC	NOS : 2419773 EXT:2202-2199							
					<u> </u>		_		
7. OTRAS BAÑO DIA		ARIO							
INDICACIONES LAVADO E		ESTRICTO DE MANOS							
		DNTACTO CON PERSONAS ENFERMAS (GRIPE)							
	1ASCARILLA								
	`								
8. CURACIÓN	EN EME	RGENCIA :							
C. CORREION		NOCHCIA.				·			
								 	
9. RETIRO DE		<u> </u>							
PUNTOS									
10. MANEJO DE					igido con tapa : .			ujas, ampollas	
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia								
SANITARIOS EN EL Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.									
DOMICILIO									
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE									
NOMBRE: USSETH TOILES					NO. 17				
NOMBRE: US	ולסו וידיאכ	ינט			NOMBRE:		Connie Cano	31 Jal	
	~ _	\ ^					NFERME	RA	
FIRMA	-trolling	THE STATE OF			FIRMA Y SELLO	. с.	1.: 0955928	361	
11111111					REG.	<u>: 1006-2020-21</u>	18916		
C.1:	4935141	-							