

## Indicaciones **POS-OPERATORIAS**

(COPIA de las indicaciones entregadas al paciente en forma verbal y escrita)

- \* Comenzar de inmediato con la medicación.

### Aplicarse:

1 ampolla de ..... cada  horas.

1 ampolla de ..... cada  horas.

### Tomar:

1 comprimido de ..... cada  horas.

1 comprimido de ..... cada  horas.

1 comprimido de ..... cada  horas.

- \* Morder las gasas **2 horas**, retirarlas y colocarse otras gasas mordiendo **2 horas** más.
- \* Aplicarse paños húmedos y fríos sobre la cara, cubriendo el área operada, **5 minutos** y **5 minutos** de descanso, durante las primeras **4 horas** (en simultáneo con las gasas).
- \* Durante las primeras **48 horas** dormir boca arriba, con dos almohadas en alto.
- \* No inclinar la cabeza hacia adelante, no realizar esfuerzos, ni agacharse durante las primeras **72 horas**.
- \* **NO FUMAR** durante los primeros **21 días** del postoperatorio.
- \* Estornudar libremente, no sonarse la nariz, ni cubrir las narinas al estornudar.
- \* Dieta líquida (para beber con un vaso o con un cuchara -**NO** utilizar bombillas ni sorbetes- **NO** tomar mate) y blanda sin grumos (puede ingerir: flan, gelatina, yogur, helado, puré, etc).
- \* **No** ingerir alimentos con grumos (no comer vainillas o galletitas; no polenta, etc).
- \* Luego de cada ingesta realizar:
  - Cepillado suave sin pasta de toda la cavidad oral.
  - Realizar enjuague bucal suave (NO buche) con.....
  - o.....

Ante cualquier duda o inconveniente comunicarse de inmediato con el alumno/a que ha realizado la intervención:

Alumno	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------	----------------------	------	----------------------

Alumno	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------	----------------------	------	----------------------

O comunicarse al:

**(0221) 457-5454 int. 106** - Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios de La Plata. **Lunes, miércoles y viernes de 8.00 a 10.30 hs - Calle 27 y 70.**

Fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Firma paciente o responsable	Firma estudiante	Firma y sello del docente
--	------------------------------	------------------	---------------------------

## Indicaciones **POS-OPERATORIAS**

(COPIA para entregar al **PACIENTE**)

- \* Comenzar de inmediato con la medicación.

### Aplicarse:

1 ampolla de ..... cada  horas.  /  /

1 ampolla de ..... cada  horas.  /  /

### Tomar:

1 comprimido de ..... cada  horas.  /  /

1 comprimido de ..... cada  horas.  /  /

1 comprimido de ..... cada  horas.  /  /

- \* Morder las gasas **2 horas**, retirarlas y colocarse otras gasas mordiendo **2 horas** más.
- \* Aplicarse paños húmedos y fríos sobre la cara, cubriendo el área operada, **5 minutos** y **5 minutos** de descanso, durante las primeras **4 horas** (en simultáneo con las gasas).
- \* Durante las primeras **48 horas** dormir boca arriba, con dos almohadas en alto.
- \* No inclinar la cabeza hacia adelante, no realizar esfuerzos, ni agacharse durante las primeras **72 horas**.
- \* **NO FUMAR** durante los primeros **21 días** del postoperatorio.
- \* Estornudar libremente, no sonarse la nariz, ni cubrir las narinas al estornudar.
- \* Dieta líquida (para beber con un vaso o con un cuchara -**NO** utilizar bombillas ni sorbetes- **NO** tomar mate) y blanda sin grumos (puede ingerir: flan, gelatina, yogur, helado, puré, etc).
- \* **No** ingerir alimentos con grumos (no comer vainillas o galletitas; no polenta, etc).
- \* Luego de cada ingesta realizar:
  - Cepillado suave sin pasta de toda la cavidad oral.
  - Realizar enjuague bucal suave (NO buche) con.....
  - O.....

Ante cualquier duda o inconveniente comunicarse de inmediato con el alumno/a que ha realizado la intervención:

Alumno	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------	----------------------	------	----------------------

Alumno	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>	Tel.	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------	----------------------	------	----------------------

O comunicarse al:

**(0221) 457-5454 int. 106** - Servicio de Cirugía Bucomaxilofacial del Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios de La Plata. **Lunes, miércoles y viernes de 8.00 a 10.30 hs - Calle 27 y 70.**

Fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Firma paciente o responsable	Firma estudiante	Firma y sello del docente
--	------------------------------	------------------	---------------------------