

## 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  Celular  Tel.

Alumno  Celular  Tel.

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  /  /

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  Celular  Tel.

Alumno  Celular  Tel.

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  /  /

Firma paciente o responsable

Firma estudiante

Firma y sello del docente