

- 15) Agendar por ruta crítica, agendamiento de múltiples prestaciones de forma óptima para el paciente para casos de tragedias o desastres (ej: incendio de Ycua Bolaños).
- 16) Realizar la búsqueda de profesionales médicos por múltiples criterios, no solo por orden alfabético, (ej: por especialidad, centro donde atienden, etc.).
- 17) Realizar la búsqueda de hora disponible por múltiples criterios, como próxima hora disponible, centro, especialidad, etc.
- 18) Mostrar citas vigentes e históricas del paciente para facilitar reservas.
- 19) Asignar manual /automáticamente citas. Programación – Reprogramación.
- 20) Visualizar las auto citas que el paciente genere vía Web.
- 21) Visualizar citas confirmadas.
- 22) Recordar la cita al paciente mediante email y mensaje de texto a teléfonos celulares y al profesional
- 23) Suspende citas programadas y registrar las causas.
- 24) Crear consultas, exámenes, servicios, consultas quirúrgicas, radiología, de imagenología y exámenes de laboratorio para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.
- 25) Advertir al usuario cuando el paciente está aislado debido a su diagnóstico.
- 26) Cancelar/re-agendar/modificar varios agendamientos futuros de los pacientes de una sola vez.
- 27) Imprimir los datos de orientaciones de los exámenes del paciente.
- 28) Establecer la duración predeterminada de cada programación teniendo en cuenta la agenda, la especialidad y el tipo de programa.
- 29) Permitir al asegurado y sus beneficiarios el agendamiento vía call center, aplicación móvil y portal web, donde se pueda especificar y seleccionar la especialidad médica y médico para realizar el agendamiento. Agregar opciones menú móvil, terminal de autoservicio. Y podría ser utilizado para agendar, confirmar y cancelar citas
- 30) Especificar y seleccionar la especialidad médica y médico para realizar el agendamiento.
- 31) Evitar la superposición de horarios en la programación normal de las agendas.
- 32) Administrar, cancelar y advertir al paciente sobre la cancelación / transferencia de una cita.
- 33) El sistema debe poder integrarse con un panel interactivo (terminal público), permitiendo que cuando los pacientes lleguen al hospital se registren y reciban instrucciones o información del panel.
- 34) Registrar la intención de programación de cirugías, permitiendo al médico seleccionar un periodo o fecha de cirugía.
- 35) Seleccionar al momento de la programación, los recursos que serán necesarios para la cirugía como equipamientos, materiales esterilizados, prótesis y materiales especiales, servicios y consentimientos.
- 36) Visualizar cada consultorio ubicado en la sala de espera seleccionada
- 37) Visualizar el estado de ocupación de cada Consultorio y el profesional que se encuentra trabajando en ese momento.
- 38) Visualizar alertas cuando se superen los tiempos de espera de atención configurados
- 39) Visualizar la cantidad de pacientes que se encuentran en espera de atención para cada Profesional.

- 40) Configurar las especialidades que requieren de confirmación de asistencia del paciente a su turno asignado.
- 7) Incluir sistema de llamado de pacientes desde consultorio a sala de espera, pudiendo realizar el llamado por orden alfabético, edad, orden de agenda, orden de confirmación, etc.
- 8) Verificar los pedidos de interconsultas que posee un paciente para el agendamiento en subespecialidades
- 9) Controles de configuración de agenda: Turnos, Citas por turno, etc.

4.3. PORTAL WEB Y APP

El portal web debe estar integrado al Sistema de Salud y permitir al paciente:

- 1) Acceder a la información de enfermedades y cuidados saludables con una explicación clara y lenguaje apropiado a la región.
- 2) Acceder a una guía de cuidados preventivos específicos según edad, sexo, tanto al paciente asegurado como a su familia.
- 3) Calendarizar controles preventivos, activar alarmas para la toma de medicamentos, contar con calculadores de salud: IMC, fecha probable de parto, cálculo de percentiles en niños.
- 4) Agendar turnos para consultas o prácticas, su reprogramación y cancelación. La selección de turnos para consultas o prácticas deberá poder realizarse con filtros de centro de atención según geolocalización, filtros de especialidad, profesionales médicos disponibles.
- 5) Obtener información requerida en agendamiento de turnos para consultas o prácticas, tanto administrativos como preparación requerida en estudios y/o prácticas según las configuraciones solicitadas.
- 6) Revisar su historial de turnos y sus turnos a futuro, informando profesional de la salud consultado o a consultar, especialidad a la que pertenece, institución, fecha y hora.
- 7) Editar y actualizar sus datos personales según alcance definido por políticas de la institución.
- 8) Acceder a la información de su historia clínica: motivos de consulta, registros de alergia, signos vitales, historial de prescripciones, resultado de estudios (laboratorio, imágenes, anatomía patológica, etc.), listado de profesionales consultados y epicrisis o carta de alta.
- 9) Visualizar los costos a modo informativo de cada servicio utilizado.
- 10) Descargar los resultados de sus estudios.
- 11) Garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos del paciente, otorgándole acceso seguro mediante usuario, contraseña y métodos de validación y verificación de identidad.
- 12) Estar disponible en versión web independiente del navegador y del sistema operativo cliente, con soporte HTML5 full-responsive y disponible también en una versión móvil para dispositivos Android y iOS.
- 13) Proveerle de información educativa mediante un sistema de gestión de contenidos posibilitando el acceso a notas informativas de salud, glosario de enfermedades y cuidados preventivos agrupados en categorías que faciliten acceso.
- 14) Permitir agregar, modificar contenido de forma específica a fin de promocionar campañas de salud, material educativo, contemplando aspectos de prevención, cuidados preventivos, niños, embarazo.

- 15) Contemplar la autogestión del paciente para el seguimiento y evaluación de cuidados preventivos y enfermedades crónicas.
- 16) Interoperar y consumir información del HIS a fin de proveer los datos clínicos y de laboratorios necesarios para llevar a cabo los programas de salud de cuidados preventivos y seguimiento de pacientes crónicos. (problemas y procedimientos, signos vitales, laboratorio, inmunizaciones, medicamentos).
- 17) Calcular e informar al paciente la estimación de su riesgo cardiovascular individual, evaluar cumplimiento de screening oncológicos, recomendar inmunizaciones y generar acciones proactivas para el seguimiento longitudinal del paciente crónico.
- 18) Tener la capacidad de generar alertas sobre controles pendientes y recomendaciones personalizadas al paciente de acuerdo a protocolos internacionales de cuidados.
- 19) Permitir al financiador consultar la gestión y seguimientos de los programas por medio de tableros con indicadores de resultados y de efectividad clínica. Debe permitir estratificar a la población en base al riesgo cardiovascular y metabólico.
- 20) Posibilidad de visualizar todos los datos referentes a reposos, es decir los días de reposo generados por el médico y el monto a ser subsidiado y el estado de este.

4.4. HISTORIA CLINICA ELECTRONICA

4.4.1 FICHA ELECTRONICA (EXPEDIENTE CLINICO)

- 1) Dar soporte al equipo de salud multidisciplinario para evaluar los siguientes aspectos:
 - a. Antecedentes del paciente
 - b. Motivo de consulta
 - c. Enfermedad actual
 - d. Examen físico
 - e. Diagnóstico primario y secundarios
 - f. Plan de tratamiento
 - g. Evolución/ actualización diaria
 - h. Hábitos
 - i. Enfermedades
 - j. Cirugías
 - k. Alergias
- 2) Categorizar los problemas del paciente de acuerdo a los parámetros definidos en el sistema.
- 3) Documentar los hallazgos encontrados en el paciente mediante una guía de atención configurable.
- 4) Documentar todas las etapas de la internación de un paciente (de ingreso, de evolución posterior, etc.).
- 5) Evaluar scores específicos de acuerdo con los parámetros definidos en el sistema (por especialidad, nivel de atención, patología).
- 6) Editar evoluciones con rastro de auditoría, en todos los documentos utilizados por los profesionales
- 7) Realizar la reapertura de episodios con permisos especiales de acuerdo a los parámetros definidos en el sistema.

- 8) Ingresar evoluciones en forma de texto estructurado, texto no estructurado y con capacidad de dictado y predicción de escritura en todos los documentos.
- 9) Usar imágenes/iconos de anatomía para los hallazgos del examen físico.
- 10) Ingresar datos auxiliado por listas, menús, cajas de diálogo.
- 11) Ingresar datos anormales que pueden ofrecer la opción de ingresar información adicional (ej: si se ingresa con dolor abdominal, debe desplegar opciones para categorizar dicho dolor por sus características, localización, etc.; estas opciones no se ofrecen al usuario si no se indicó previamente la presencia del dolor abdominal). Estructuración de la información de salud por Organos, Aparatos, Sistemas, Patología u otro.
- 12) Disponibilizar vistas para médicos y personal relacionado con el fin de revisar resultados de exámenes a pacientes.
- 13) Disponibilizar vistas que pueden ser desarrolladas para grupos específicos según especialidad como cardiología, oncología, diabetes, etc.; configurables según perfil.
- 14) Crear epicrisis, incluyendo los parámetros definidos por la Institución.
- 15) Disponibilizar vistas configurables de la ficha clínica.
- 16) Disponibilizar la historia clínica orientada al seguimiento de los problemas.
- 17) Imprimir y/o extraer, en forma parcial o total la FCE en un formato legible con los niveles de seguridad correspondientes (ej: pdf).
- 18) Mostrar la lista de antecedentes en cada episodio.
- 19) Asignar estado de activo o resuelto a los problemas.
- 20) Documentar los problemas utilizando la misma forma de hablar de los profesionales de la salud, sin necesidad de conocer ninguna clasificación o nomenclatura particular, sugiriendo términos correctos, aclarando ambigüedad y refinando la información que se auto codificará en todos los estándares internacionales y locales necesarios (CIE 10 CM, CIE10 PCS, SNOMED CT, LOINC, entre otros).
- 21) Crear un índice de Paciente Maestro integrado para todas las aplicaciones propuestas por el proveedor del sistema, de manera tal de permitir:
 - a. Vincular dos o más números individuales (ej: familiares).
 - b. Identificar y unificar registros duplicados.
- 22) Administrar el historial del paciente, incluyendo elementos pertinentes, así como identificación de los clínicos que participan.
- 23) Capturar, almacenar y presentar historiales externos anteriores del paciente por medio de un proceso de digitalización y su posterior visualización en un repositorio de documentos.
- 24) Capturar la historia familiar.
- 25) Capturar la historia social.
- 26) Mantener y mostrar la documentación hecha en una secuencia temporal no lineal.
- 27) Revisar historial clínico transversal del paciente (revisión de notas de terapeutas, médicos, nutricionistas, etc.) a partir de la consulta al visor de eventos que muestra información transversal a todos los ámbitos de atención del paciente.
- 28) Registrar información confidencial con acceso sólo para el clínico que registró.
- 29) Registrar resultados de exámenes traídos de afuera, sin que eso afecte las curvas de resultados de exámenes realizados internamente.
- 30) Visualizar resumen de atenciones y cuidados indicados al paciente, en una sola vista.

- 31) Realizar registros en un niño
- 32) Llevar un registro de seguimiento de los resultados de examen críticos.
- 33) Registrar confirmación de realización de certificado de defunción en caso de fallecimiento, interoperable con el sistema del MSPyBS.
- 34) Realizar la prescripción con posibilidad de impresión.
- 35) Registrar consultas multidisciplinarias.
- 36) Elaboración, Modificación de plantillas por diferentes requerimientos clínicos, quirúrgicos para los pacientes por especialidad, patología, procedimiento.
- 37) Realizar resúmenes periódicos de la evolución del paciente.
- 38) Registrar los procedimientos, en documentos o fichas configurables, todos los datos pertinentes.
- 39) Tener acceso en línea a la ficha electrónica e información histórica de los pacientes.
- 40) Registrar actividades de varios clínicos sobre el mismo paciente. (en cuanto a perfiles, como personas).
- 41) Construir textos frecuentes para ser utilizados en distintas áreas de la ficha, como por ejemplo indicaciones al alta.
- 42) Ingresar imágenes (fotos digitales) al registro clínico electrónico.
- 43) Registrar en paralelo en la misma ficha de un paciente (distintos clínicos y perfiles).
- 44) Incorporar material educativo que pueda imprimirse desde la ficha al final de la atención.
- 45) Definir campos o áreas de registro obligatorio.
- 46) Incluir documentos digitales al historial.
- 47) Realizar e impresión de recetas para el uso fuera de la institución.
- 48) Crear solicitudes e imprimir los diferentes documentos necesarios para el paciente.
- 49) El sistema debe permitir la atención simultánea de varios pacientes a la vez.
- 50) Consultar en línea, los informes de todos los exámenes de apoyo realizados al paciente durante su hospitalización (EEG, ESPIROMETRÍA, ECOCARDIO).
- 51) Disponibilizar historial de resultados de laboratorio con posibilidad de incluir gráficos estadísticos por determinaciones (Ej: historial de glicemia), ver curva de evolución de resultados de estudios a selección y por rango de tiempo, posibilidad de inserción del mismo en la evolución u otros documentos clínicos
- 52) Gestión de los documentos de uso profesional de salud según la profesión y/o especialidad, ej. Fichas pediátricas, fichas odontológicas, etc.

4.4.2 GESTIONAR MEDICIONES CLINICAS DE LOS PACIENTES.

- 1) Capturar otras medidas clínicas (ej: velocidad máxima de flujo respiratorio, saturación de oxígeno, altura, peso, longitud, índice de masa corporal y gravedad del dolor) como elementos discretos de datos estructurados o no estructurados.
- 2) Determinar y representar valores en percentiles.
- 3) Determinar, en función de la información, rangos normales de valores numéricos, así como valores normales para datos no numéricos (ej: presencia o ausencia de hallazgos físicos basados en la etapa de desarrollo) en función de la edad y otros parámetros tales como altura, peso, etnia o edad gestacional.

- 4) Capturar tanto el momento en que se tomó la medición clínica como el momento en que se ingresó al sistema.
- 5) Capturar, como datos discretos, información contextual de medición clínica (incluyendo signos vitales) (por ejemplo, métodos utilizados para las mediciones de signos vitales, posición del paciente).
- 6) Representar gráficamente tendencias de mediciones clínicas.
- 7) Presentar tablas de crecimiento que incluyan datos como peso, altura y circunferencia de la cabeza, además de comparar el gráfico con los trazados arrojados por el sistema y basados en los datos estadísticos por rangos de edad, género y etnia de los respectivos datos normativos (ej: mujeres de 0 a 36 meses) y además de acuerdo a patologías específicas.
- 8) Capturar, almacenar y representar datos utilizando diferentes unidades de medida (ej: gramos, kilogramos, libras, etc.).
- 9) Determinar la edad posterior a la concepción (edad corregida) para fines de apoyo a la decisión.
- 10) Insertar trazados según selección y rango de tiempo en documentos clínicos según necesidades.
- 11) Registro y alerta de PATOLOGIAS FATALES, ALERGIAS, INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS O GENÉTICAS, ETC.
- 12) Capacidad de interacción entre profesionales sobre un paciente a modo de teleconsulta, teleasistencia o teleinterconsulta médica.1

4.4.3 GUIAS CLINICAS.

- 1) El diseño, la documentación e implementación de guías de prácticas clínicas y planes de cuidados multidisciplinarios.
- 2) Guías clínicas que deben abarcar las distintas atenciones de la salud (ambulatorio-hospitalización, otros).
- 3) Vinculación de protocolos con diagnósticos CIE-11.
- 4) Desplegar pautas y protocolos actuales a los clínicos que están creando planes para el tratamiento y la atención.
- 5) Identificar las pautas y protocolos utilizados anteriormente para fines históricos o legales.
- 6) Proveer listas de pacientes con la información apropiada a la ronda médica u otros equipos de profesionales.
- 7) Utilizar telemedicina o tele cuidados con pacientes que tengan un tratamiento ambulatorio.

4.4.4 SOPORTE DE DECISIÓN.

- 1) Proveer reglas y alertas inherentes al sistema que asistan al médico e incrementen la seguridad del paciente, como:
 - a. Alerta por Alergias del paciente a la medicación prescrita, tanto directa como cruzadas
 - b. Alerta por Interacción de la medicación prescrita con otra que el paciente estuviera consumiendo
 - c. Alerta por Sobredosificación del paciente de acuerdo a su edad y condiciones clínicas
 - d. Alerta por medicación duplicada

e. Alerta por aparición de resultados críticos

- 2) Proveer acceso a bases de conocimientos que fundamenten la aparición de dicha alerta.
- 3) La base de conocimiento y las reglas que la sustenten deberán ser gestionadas y mantenidas por el oferente, asegurando la experiencia e idoneidad del equipo responsable.
- 4) Proveer alertas con distinto color, formato y comportamiento, de acuerdo a la criticidad de estas y en tiempo real.
- 5) Permitir acciones automáticas que permitan al profesional resolver la alerta presentada también en tiempo real.
- 6) Registrar la acción seleccionada por el profesional para después poder hacer un monitoreo de estas.
- 7) Permitir al profesional registrar comentarios y/o una valoración sobre la alerta presentada, que luego podrá ser revisadas por el equipo responsable de su mantenimiento.
- 8) Presentar alertas o avisos configurables según el centro, ámbito, servicio, etc.
- 9) Permitir definir distintos protocolos de acción para los resultados críticos de examen.

4.4.5 ALERGIAS, INTOLERANCIAS Y REACCIONES ADVERSAS.

- 1) Gestionar alergias, intolerancias y reacciones adversas a drogas, alimentos y productos médicos (ej: vacunas, biológicos, dispositivos, químicos, ambientales, etc.).
- 2) Gestionar el tipo de reacción como datos discretos y codificado.
- 3) Gestionar un informe de pacientes "sin alergias conocidas".
- 4) Etiquetar como inactiva una alergia, intolerancia o reacción adversa.
- 5) Capturar y mostrar la fecha en que la información sobre la alergia, intolerancia o reacción adversa se ha introducido.
- 6) Capturar y mantener la información sobre las alergias, intolerancias o reacciones adversas previo a completar la orden de medicamentos.
- 7) Mostrar la información de alergia y/o eventos adversos históricos asociados con un paciente.
- 8) Capturar y mantener como dato el evento adverso (ej: identificación del paciente; Fecha/hora del evento; descripción del evento; severidad del evento; categoría del evento pudiendo ser errores de medicación, caída, etc.).
- 9) Emitir una alerta cuando se recete/ordene un nuevo medicamento.
- 10) Administración de alertas para programa de calidad en la asistencia de salud, ej. Alerta cuando un medicamento reacciona en varios pacientes.

4.4.6 PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA.

- 1) Ingresar, cancelar, suspender y renovar prescripciones de medicamentos durante la internación, y previsión para el alta y consulta ambulatoria. Posibilidad manual o automática de horarios de administración de los mismos. Sugerencia / limitaciones de componentes para mezclas a administrar.
- 2) Prescribir un medicamento ya sea a partir de su mono droga (o principio activo) o el nombre comercial del mismo.
- 3) Alertar sobre los medicamentos que se encuentran fuera del vademécum institucional.

- 4) Registrar en una sola prescripción, tratamientos complejos con dosis crecientes y decrecientes, tratamientos con distintas dosis, en horarios específicos y/o en días específicos
- 5) Registrar las indicaciones para el paciente en el establecimiento donde se realiza la atención, pero con posibilidad de retiro de medicamentos en farmacias de otros centros de la red. También posibilidad de indicación de los interconsultores y drogas específicas a los mismos en el sitio remoto.
- 6) Seleccionar el motivo de la prescripción
- 7) Permitir en caso de necesidad mediante niveles de aprobación imprimir las recetas de los medicamentos indicados siguiendo los lineamientos definidos en la región (cantidad de medicamentos por receta, recetas duplicada, triplicadas, etc.)
- 8) Visualizar la medicación activa del paciente
- 9) Visualizar la medicación histórica del paciente
- 10) Crear conjuntos o baterías de estudios complementarios específicos para una especialidad o subespecialidad médica, para protocolos definidos, líneas de cuidados y patologías.
- 11) Buscar y seleccionar los estudios complementarios a indicar por Servicio Efactor y por baterías.
- 12) Crear un conjunto de estudios complementarios específicos a su especialidad, preferentes y frecuentes.
- 13) Seleccionar las baterías institucionales favoritas del usuario.
- 14) Incorporar en la indicación instrucciones de preparación para el paciente o la muestra.
- 15) Distribuir automáticamente las indicaciones a los servicios y establecimientos de salud afectados.
- 16) Proporcionar guías y protocolos para consultas (MBE) definidos por la Institución.
- 17) Posibilidad de generar recetas mensuales automáticas por periodos definidos para pacientes crónicos

4.5 URGENCIAS.

- 1) Administrar medicamentos por Código de barras, Código QR y Data Matrix.
- 2) Registrar y visualizar los datos y estados del paciente como: antecedentes médicos, motivo de la consulta, estado mental, alergias, transfusiones, medicamentos, si fuma o bebe, etc.
- 3) Vincular kits a los procedimientos y medicamentos.
- 4) Registrar evaluación de los accesos venosos.
- 5) Llenar, en pantalla o panel, con los resultados de los estudios de imagen que son realizados en la urgencia.
- 6) Registrar las fechas de alta y datos de cuándo el paciente salga de la institución.
- 7) Hacer la separación de un área de servicio en uno o más departamentos.
- 8) Registrar los datos de patología en la admisión del paciente, utilizando la misma forma de hablar de los profesionales de la salud, sin necesidad de conocer ninguna clasificación o nomenclatura particular.
- 9) Crear un número de caso cuando el paciente llega a la sala de emergencia. Este número permanece igual mientras el paciente permanece en el hospital.
- 10) Ordenar exámenes de laboratorio.
- 11) Hacer el mapeo de los datos de signos vitales en la admisión de emergencias a los pacientes.

- 12) Visualizar los estudios laboratoriales y de imágenes.
- 13) Contar con un panel de llamada para los pacientes que se encuentran en la espera de ser atendidos.
- 14) Controlar y registrar recursos hospitalarios que se utilicen para la Internación

4.6 **INTERNACION.**

- 1) Registrar las evoluciones clínicas del paciente en texto libre y/o mediante una guía de atención estructurada.
- 2) Generar una prescripción de los medicamentos.
- 3) Integrar las prescripciones de medicamento con la farmacia.
- 4) Generar requerimientos médicos para exámenes y procedimientos.
- 5) Elaborar el resumen de Alta.
- 6) Mantener resguardada la historia clínica médica del paciente.
- 7) Generar una dieta para el paciente indicando su consistencia y composición.
- 8) Cancelar una prescripción.
- 9) Utilizar Código de barras, Código QR y Data Matrix, para medicamentos e identificación del paciente.
- 10) Registrar la información del diagnóstico en el momento de admisión de los pacientes, utilizando el léxico de los profesionales de la salud, sin necesidad de conocer ninguna clasificación o nomenclatura particular.
- 11) Modificar e insertar datos en la Historia Clínica.
- 12) Validar el historial del paciente al momento de la atención.
- 13) Informar y registrar los movimientos de pacientes.
- 14) Informar y registrar las altas administrativas.
- 15) Informar y registrar las altas médicas.
- 16) Visualizar el registro del medicamento, contemplando información como el principio activo, dilución y reconstitución.
- 17) Controlar los costos de todos los procesos de internación.
- 18) Prescribir medicamentos, definiendo:
 - a. Vía de administración
 - b. Unidad de medida
 - c. Dosis
 - d. Reconstitución, dilución o redilución, según opciones previamente registradas por la institución
 - e. Intervalo de administración
 - f. Tiempo de aplicación.
- 19) Solicitar y programar hemo-componentes, así como informar la indicación clínica de la transfusión.
- 20) Prescribir inhala-terapias, incluyendo información como tipo de respiración, tipo de gas, modo de administración y otros.

- 21) Prescribir dietas orales, suplementos nutricionales, nutrición enteral y nutrición parenteral adulta, pediátrica y neonatal.
- 22) Solicitar los exámenes y los procedimientos de forma sencilla, a través de estándares de exámenes por especialidad o por médico, previamente registrados.
- 23) Prescribir hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- 24) Prescribir los cuidados de enfermería que el paciente requiere
- 25) Prescribir bombas de insulina, definiendo distintas velocidades en función de los valores de glucemia del paciente, con algoritmos o protocolos definidos para la institución
- 26) Prescribir leche materna y de fórmula para pacientes neonatales
- 27) Prescribir fórmulas magistrales
- 28) Informar si el medicamento es de la institución o del paciente, de manera que controle el uso de este fármaco.
- 29) Realizar la prescripción de soluciones, definiendo:
 - a. Tipo de infusión
 - b. Horario de inicio de la prescripción
 - c. Velocidad de infusión
 - d. Volumen de las soluciones
 - e. Componentes de las soluciones
 - f. Orientaciones sobre la aplicación del ítem.
- 30) Visualizar en una única pantalla todo lo que fué prescrito para el paciente, por los diversos profesionales.
- 31) Realizar nuevas prescripciones, dando seguimiento al conjunto de prescripciones activas.
- 32) Suspender o programar la suspensión de un ítem de la prescripción, a partir de determinado día.
- 33) Visualizar los planes terapéuticos pasados y futuros, dentro de un período de horas definido por el profesional o por la institución.
- 34) Registrar órdenes médicas.
- 35) Alertar si un paciente no tiene indicada una dieta.

4.7 CENTRO QUIRURGICO

4.7.1 AGENDAMIENTO (PROGRAMACION)

- 1) Definir los distintos espacios que componen el bloque quirúrgico como quirófanos, recuperación, áreas preoperatorias, salas de recepción, etc.
- 2) Gestionar la distribución de los bloques quirúrgicos.
- 3) Programar el uso de los quirófanos: deberá poder modificarse en cualquier momento, cambiar su asignación (urgencias, actividad programada), disponer de más o menos recursos, cambiar de servicio, personal asignado, etc.)
- 4) Visualizar la ocupación de camas de los servicios de recuperación. Debe mostrar camas disponibles y en uso.

- 5) Registrar en todo momento la ubicación del paciente dentro del bloque quirúrgico, con indicación de las horas exactas de entrada y salida de cada zona. También el estado del proceso quirúrgico (tiempos que se registran actualmente).
- 6) Disponer de capacidad para definir un modelo de agendas de quirófano, bloqueo de agendas, respetar el calendario de días festivos, traspasar cirugías, etc.
- 7) Visualizar la agenda de cada médico en toda la red del área médica (centro donde se realizará la cirugía, pabellones asignados, horarios).
- 8) Visualizar la cama de origen del paciente.
- 9) Programar una intervención reservando el quirófano donde se llevará a cabo. La reserva debe incluir la solicitud de equipos especiales para ver si existe disponibilidad de este, y no se encuentre en utilización en algún quirófano.
- 10) Asignar y asociar a la reserva de un quirófano, los recursos humanos que llevarán a cabo la intervención: cirujanos, anestesistas, etc. y mantener actualizadas las agendas de éstos en caso de modificaciones, incluso con cirugía en curso.
- 11) Solicitar insumos como parte del proceso de programación de intervenciones quirúrgicas.
- 12) Solicitar sangre y hemoderivados al banco de sangre como parte del proceso de programación de intervenciones quirúrgicas.
- 13) Solicitar los materiales (protésico e implantes) así como los equipos (microscopios, torre de laparoscopia, ecógrafos, fuentes de luz), necesarios como parte del proceso de programación de la intervención, asociando automáticamente la solicitud con el paciente e intervención quirúrgica.
- 14) Programar intervenciones en las que concurren distintas especialidades o servicios.
- 15) Realizar la búsqueda de espacios disponibles teniendo en cuenta las agendas de los quirófanos, recursos humanos y recursos materiales, involucrados en la intervención.
- 16) Visualizar en la pantalla de forma clara la programación de los quirófanos, de forma que con un rápido vistazo sea posible ver las horas de ocupación y otros datos de interés.
- 17) Visualizar de forma rápida los datos demográficos del paciente: nombre y edad por ejemplo (tabla quirúrgica).
- 18) Visualizar de forma rápida los datos del cirujano responsable de la cirugía (tabla quirúrgica).
- 19) Visualizar de forma rápida los hitos o tiempos quirúrgicos (tabla quirúrgica).
- 20) Visualizar de forma rápida los procedimientos quirúrgicos que se están realizando (tabla quirúrgica).
- 21) Visualizar de forma rápida los antecedentes de importancia (ej: paciente donante, si tiene precauciones adicionales, etc.).
- 22) Bloquear y desbloquear los quirófanos en cualquier momento y registrar el motivo de bloqueo (mantenimiento, limpieza, etc.), preferentemente a partir de un listado de motivos configurables.
- 23) Anular o reprogramar una intervención de forma fácil, liberando o facilitando la reubicación de los recursos reservados respectivamente.
- 24) Realizar solicitudes de sala de cirugía desde cualquier servicio (tanto ambulatorio, como de hospital).
- 25) Asignar una prioridad de urgencia a toda solicitud de sala.
- 26) Definir, para cada procedimiento, el tiempo estimado de realización, de acuerdo con antecedentes y criterios establecidos (tiempos quirúrgicos). Un mismo procedimiento tiene