



FORMULARIO FIM

[MEDIDA DE INDEPENDENCIA
FUNCIONAL]

Apellido y Nombre:

DNI:

Diagnóstico:

Edad:

El presente formulario deberá ser completado solo por profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras puras por un médico especialista en psiquiatría, en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en este formulario serán cotejados con la Historia Clínica.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, N° de matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes

Dirección: Hipólito Yrigoyen 2727, CABA
Teléfono: [4-866-1225](tel:4-866-1225) Interno 234/212/222. E-mail: discapacidadarchivos@gmail.com.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Alimentación

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente e indique qué medidas se han tomado para superar la situación.

.....
.....
.....
.....
.....

2. Aseo personal

Implica lavarse la cara, las manos y los dientes, también peinarse, afeitarse o maquillarse. Indique asistencia qué grado de asistencia requiere para realizar estas actividades. ¿ Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Higiene

Implica el aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia y el grado de participación del paciente en su aseo personal.

.....
.....
.....
.....
.....

4. Vestido parte superior

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocarse órtesis y prótesis. Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad.

.....
.....
.....
.....
.....

5. Vestido parte inferior

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad.

.....
.....
.....
.....
.....

6. Uso del baño

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

.....
.....
.....
.....
.....

7. Control de intestinos

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo: catéteres o dispositivos de ostomía. Indique la frecuencia de las deposiciones.

.....
.....
.....
.....
.....

8. Control de vejiga

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Indique la frecuencia de las excreciones.

.....
.....
.....
.....
.....

9. Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas

Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Indique el grado de participación del paciente.

.....
.....
.....
.....
.....

10. Transferencia al baño

Implica sentarse y salir del inodoro. Indique el grado de participación del paciente.

.....
.....
.....
.....
.....

11. Transferencia a la ducha o bañera
Implica entrar y salir de la ducha o bañera.

.....
.....
.....
.....
.....

12. Marcha/silla de ruedas
Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

.....
.....
.....
.....
.....

13. Escaleras
Implica subir o bajar escalones.

.....
.....
.....
.....
.....

14. Comprensión
Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ejemplo: escritura, gestos, signos, etc.

.....
.....
.....
.....
.....

15. Expresión
Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

.....
.....
.....

.....
.....
16. Interacción social

Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas. Describir el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

17. Resolución de problemas

Implica resolver problemas cotidianos.

.....
.....
.....
.....
.....

18. Memoria

Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

.....
.....
.....
.....
.....

Evaluación institucional

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

A continuación detallamos la escala que deberá utilizar para evaluar el grado de independencia que tiene el paciente.

ESCALA	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	Autocuidado	
1	Alimentación	
2	Aseo personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
	Control de esfínteres	
7	Control de intestinos	
8	Control de vejiga	
	Transferencias	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
	Locomoción	
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
	Comunicación	
14	Comprensión	
15	Expresión	
	Conexión	
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
PUNTAJE FIM TOTAL		

Fecha: __/__/__

Firma y sello de Profesionales intervinientes

Auditoría OSPESGYPE