



FORMULARIO FIM (Medida de independencia funcional)

Nombre y Apellido del Beneficiario : _____

N.º de Afiliado : _____ **D.N.I:** _____ **Edad:** _____

Mail: _____ **Teléfono:** _____

Diagnostico: _____

El siguiente formulario debe ser completado por el médico tratante, especialista en Rehabilitación (Terapista Ocupacional) del beneficiario.

Los datos a completar, serán cotejados con la Historia Clínica.

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada.

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 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 la 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. Indicar 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 esta de 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% ó más	3
Requiere asistencia máxima.Paciente aporta 25% ó 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 del Terapeuta ocupacional y/o médico/a tratante

Obra Social de Relojeros,Joyereros y Afines de Arg.

Valentin Gómez 3828.C1191AAV -CABA

Tel: 0800-333-3420 Directo:6073-8244/6073-3620

discapacidad01@nrsia.ora.ar

Hoja 6