

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) – TRANSPORTE -

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

FECHA/NAC

EDAD

DIAGNÓSTICO

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE	TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL	
			ACTIVIDAD	PUNTAJE
AUTOCUIDADO			INDEPENDIENTE TOTAL	7
1	ALIMENTACIÓN		INDEPENDIENTE CON ADAPACIONES	6
2	ASEO PERSONAL		ACTIVIDAD	
3	BAÑO		PUNTAJE	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR		SOLO REQUIERE SUPERVISION NO SE ASISTE AL PACIENTE	5
5	VESTIDO PARTE INFERIOR		SOLO REQUIERE MINIMA ASISTENCIA PACIENTE APORTA 75% O MAS.	4
6	USO DEL BAÑO		REQUIERE ASISTENCIA MODERADA PACIENTE APORTA 50% O MAS	3
CONTROL DE ESFINTERES			REQUIERE ASISTENCIA MÁXIMA PACIENTE APORTA 25% O MAS	2
7	CONSTROL DE INTESTINOS		REQUIERE ASISTENCIA TOTAL PACIENTE APORTA MENOS DEL 25%	1
8	CONSTROL DE VEJIGA		Resolución 1731/21: “En caso de solicitar dependencia para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindán conforme al plan de abordaje individual. En caso de solicitar dependencia para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante y/o Lic. en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslado los apoyos específicos que se brindaran”	
TRANSFERENCIAS				
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS			
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO			
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O LA BAÑERA			
LOCOMOCIÓN				
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS			
13	ESCALERAS			
COMUNICACION				
14	COMPRESIÓN			
15	EXPRESIÓN			
CONEXION				
16	INTERACCIÓN SOCIAL			
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS			
18	MEMORIA			
PUNTAJE FIM TOTAL				

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTEVINIENTE

Nº DE MATRICULA

ESPECIALIDAD

FECHA:

FIM // TRASLADOS

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

FECHA/NAC

EDAD

DIAGNÓSTICO

DETALLE DE LOS APOYOS ESPECÍFICOS QUE SE BRINDARÁN EN EL CRONOGRAMA DE TRASLADOS

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL