

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) – INSTITUCIONES -

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 | CONTROL DE INTESTINOS | | REQUIERE ASISTENCIA TOTAL PACIENTE APORTA MENOS DEL 25% | 1 |
| 8 | CONTROL DE VEJIGA | | Resolución 360/22: “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 brindan conforme al plan de abordaje individual. | |
| 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:

INFORME CUALITATIVO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

FECHA/NAC

EDAD

DIAGNÓSTICO

CUIDADO PERSONAL

CONTROL ESFINTERIANO

MOVILIDAD

COMUNICACIÓN

CONEXIÓN SOCIAL

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIM // INSTITUCIONES (Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico)

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

FECHA/NAC

EDAD

DIAGNÓSTICO

DETALLE DE LOS APOYOS ESPECÍFICOS QUE SE BRINDARAN CONFORME AL PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL