

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			
1	ALIMENTACIÓN		INDEPENDIENTE TOTAL	7
2	ASEO PERSONAL		INDEPENDIENTE CON ADAPACIONES	6
3	BAÑO			
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			
	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			

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.

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