

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:	
TRANSFERENCIAS			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”	
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:

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 // 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