

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - PRESTACIONES ASISTENCIALES

Fecha: ____ / ____ / ____

FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional)

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Obra social: _____ Sexo: F / M

Institución a la que asiste el paciente: _____

Modalidad de la institución: _____ Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____

| INDEPENDIENTE | PUNTAJE |
|---------------------------------|-----------|
| Independiente total. | 7 (siete) |
| Independiente con adaptaciones. | 6 (seis) |

| DEPENDIENTE | PUNTAJE |
|---|------------|
| Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente. | 5 (cinco) |
| Solo requiere asistencia mínima. Paciente aporta 75% o más. | 4 (cuatro) |
| Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más. | 3 (tres) |
| Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más. | 2 (dos) |
| Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%. | 1 (uno) |

| ITEM | ACTIVIDAD | PUNTAJE |
|------|--|---------|
| - | Autocuidado | -- |
| 1 | Alimentación | |
| 2 | Aseo Personal | |
| 3 | Higiene | |
| 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 – Silla de ruedas | |
| 13 | Escaleras | |
| -- | Comunicación | -- |
| 14 | Comprensión | |
| 15 | Expresión | |
| -- | Conexión | -- |
| 16 | Interacción social | |
| 17 | Resolución de problemas | |
| 18 | Memoria | |
| | Puntaje FIM total: | |

El siguiente cuadro debe ser completado por el médico tratante del asociado beneficiario.

Los datos a completar, serán cotejados con la historia clínica adjunta.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada.

Firma y sello de médico tratante: _____

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - PRESTACIONES ASISTENCIALES

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 y qué medidas se han tomado para superar la situación.

2- ASEO PERSONAL - Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

3- HIGIENE - Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4- VESTIDO PARTE SUPERIOR - Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

5- VESTIDO PARTE INFERIOR - Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

6- USO DEL BAÑO - Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

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. Frecuencia.

9- TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA, O SILLA DE RUEDAS - Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas, volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

10- TRANSFERENCIA AL BAÑO - Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD - PRESTACIONES ASISTENCIALES

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

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 está en 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. Ej: 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, describiendo 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 PROBLEMA - 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 neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

Firma y sello de los Profesionales intervenientes: _____