

## Programa de Discapacidad – Documentación General

## FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional)

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Obra social: \_\_\_\_\_ Género: ☐ F ☐ M ☒ X

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:                               |         |

Firma y sello del Terapeuta Ocupacional

## Programa de Discapacidad – Documentación General

## FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional)

**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.

**7- CONTROL DE INTESTINOS** - Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de ostomía. Frecuencia.

**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 – Documentación General

## FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional)

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 habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

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 del Terapeuta Ocupacional