

Programa de discapacidad

Documentación General

FORMULARIO FIM - (Medida de independencia funcional) - FORMULARIO 6 (página 1/3)

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

El presente formulario deberá ser completado solo por profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras puras por un médico especialista en psiquiatría, en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en este formulario serán cotejados con la Historia Clínica.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, N° de matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

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 mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó 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)

Items	Actividad	Puntaje
	Autocuidado	
01	Alimentación	
02	Aseo personal	
03	Higiene	
04	Vestido parte superior	
05	Vestido parte inferior	
06	Uso del baño	
	Control de esfínteres	
07	Control de intestinos	
08	Control de vejiga	
	Transferencias	
09	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
	Locomoción	
12	Marcha o 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) - FORMULARIO 6 (página 2/3)

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) - FORMULARIO 6 (página 3/3)

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 y/o médico tratante