

TABLA FIM -

Versión 11092024

(Medida de independencia funcional)

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

Obra Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

Fecha:

Nombre y Apellido del Paciente:

DNI del paciente:

Edad:

Sexo:

Diagnóstico:

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Los datos volcados deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

Tabla de puntuación de niveles de Independencia Funcional.

A continuación se detalla la escala que el profesional deberá utilizar para evaluar el grado de independencia que tiene el paciente.

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente total	6
Independiente con adaptaciones	7

Dependiente	Puntaje
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta el 75 % o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50 % o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25 % o más	2
Requiere asistencia Total. Paciente aporta menos del 25 %	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
AUTOCUIDADO		
1	1 ALIMENTACIÓN	
2	2 ASEO PERSONAL	
3	3 BAÑO	
4	4 VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	5 VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	6 USO DEL BAÑO	
CONTROL DE ESFÍNTERES		
7	7 CONTROL DE INTESTINOS	
8	8 CONTROL DE VEJIGA	
TRANSFERENCIAS		
9	9 TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	10 TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	11 TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
LOCOMOCIÓN		
12	12 MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	13 ESCALERAS	
COMUNICACIÓN		
14	14 COMPRENSIÓN	
15	15 EXPRESIÓN	
CONEXIÓN		
16	16 INTERACCIÓN SOCIAL	

17	17 RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
18	18 MEMORIA	
PUNTAJE F.I.M. TOTAL		

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique el grado de supervisión o asistencia necesarias 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 la 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 ortesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....

.....

.....

5. VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocarrísticas 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 INTESTINO: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo de catéteres o dispositivos de Ostromía. 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 la cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pié. Grado de participación del paciente.

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

11. TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA: Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

.....
.....
.....

12. MARCHA / SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

.....
.....
.....

13. ESCALERAS: Implica subir y 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 habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle de 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 las instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

.....
.....
.....

17. MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares.

.....
.....
.....

EVALUACIÓN GLOBAL: Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

.....
.....
.....

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 brindaran conforme al plan de abordaje individual.

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.

.....
(firma y sello de los profesionales intervinientes)