



**TABLA FIM** Ver 1 13112019  
*(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.

**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
<b>AUTOCAUIDADO</b>		
1	1 ALIMENTACION	
2	2 ASEO PERSONAL	
3	3 BAÑO	
4	4 VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	5 VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	6 USO DEL BAÑO	
<b>CONTROL DE ESFINTERES</b>		
7	7 CONTROL DE INTESTINOS	
8	8 CONTROL DE VEJIGA	
<b>TRANSFERENCIAS</b>		
9	9 TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	10 TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	11 TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
<b>LOCOMOCION</b>		
12	12 MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	13 ESCALERAS	
<b>COMUNICACION</b>		
14	14 COMPRESION	
15	15 EXPRESION	
<b>CONEXION</b>		

16	16 INTERACCION SOCIAL	
17	17 RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	18 MEMORIA	
<b>PUNTAJE F.I.M. TOTAL</b>		

### DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

**1. ALIMENTACION:** Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que 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 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. COMPRESION:** Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc.

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

**15. EXPRESION:** Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

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

**16. INTERACCION 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.

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

.....  
*(firma y sello del médico tratante)*