

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM) – INSTITUCIONES -

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

FECHA/NAC

EDAD

DIAGNÓSTICO

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE	TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL	
			ACTIVIDAD	PUNTAJE
AUTOCUIDADO				
1	ALIMENTACIÓN		INDEPENDIENTE TOTAL	7
2	ASEO PERSONAL		INDEPENDIENTE CON ADAPACIONES	6
BAÑO				
3	BAÑO			
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR			
5	VESTIDO PARTE INFERIOR			
6	USO DEL BAÑO			
CONTROL DE ESFINTERES				
7	CONSTROL DE INTESTINOS		SOLO REQUIERE SUPERVISION NO SE ASISTE AL PACIENTE	5
8	CONSTROL DE VEJIGA		SOLO REQUIERE MINIMA ASISTENCIA PACIENTE APORTA 75% O MAS.	4
TRANSFERENCIAS				
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS		REQUIERE ASISTENCIA MODERADA PACIENTE APORTA 50% O MAS	3
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO		REQUIERE ASISTENCIA MÁXIMA PACIENTE APORTA 25% O MAS	2
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O LA BAÑERA		REQUIERE ASISTENCIA TOTAL PACIENTE APORTA MENOS DEL 25%	1
LOCOMOCIÓN				
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS			
13	ESCALERAS			
COMUNICACION				
14	COMPRESIÓN			
15	EXPRESIÓN			
CONEXION				
16	INTERACCIÓN SOCIAL			
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS			
18	MEMORIA			
PUNTAJE FIM TOTAL				

Resolución 1731/21: “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 brindán 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 DEL PROFESIONAL INTEVINIENTE

Nº DE MATRICULA

ESPECIALIDAD

FECHA:



INFORME CUALITATIVO		
DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRE Y APELLIDO		
DNI	FECHA/NAC	EDAD
DIAGNÓSTICO		
CUIDADO PERSONAL		
CONTROL ESFINTERIANO		
MOVILIDAD		
COMUNICACIÓN		
CONEXIÓN SOCIAL		
<hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL		



FIM // INSTITUCIONES (Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico)

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

FECHA/NAC

EDAD

DIAGNÓSTICO

DETALLE DE LOS APOYOS ESPECÍFICOS QUE SE BRINDARÁN CONFORME AL PLAN DE ABORDAJE INDIVIDUAL

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIM // TRASLADOS

NOMBRE Y APELLIDO

DNI

FECHA/NAC

EDAD

DIAGNÓSTICO

DETALLE DE LOS APOYOS ESPECÍFICOS QUE SE BRINDARÁN EN EL CRONOGRAMA DE TRASLADOS

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL