

FORMULARIO FIM (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

Fecha: _____

Apellido y Nombre del afiliado _____

DNI _____ Edad _____

Diagnóstico _____

El presente formulario deberá ser completado por médico tratante cuya especialidad sea inherente al diagnóstico funcional al afiliado y/o terapeuta ocupacional.

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

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 de la persona e indique qué medidas se han tomado para superar la situación.

2. Aseo personal

Implica lavarse la cara, las manos y los dientes, también peinarse, afeitarse o maquillarse. Indique asistencia qué grado de asistencia requiere para realizar estas actividades. ¿ Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene

3. Higiene

Implica el 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 de la persona en su aseo personal.

4. Vestido parte superior

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocarse órtesis y prótesis. Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad, incluyendo la obtención de la ropa de los lugares habituales, manejo de botones, cierres, etc.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

5. Vestido parte inferior

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad, incluyendo la obtención de la ropa de los lugares habituales, manejo de botones, cierres, etc.

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. Indique la frecuencia de las deposiciones

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. Indique la frecuencia de las excreciones.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

9. Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas

Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Indique el grado de participación de la persona.

10. Transferencia al baño

Implica sentarse y salir del inodoro. Indique el grado de participación de la persona.

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, y/o gatear sobre una superficie lisa.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

13. Escaleras

Implica subir o bajar escalones (12 -14 escalones - un tramo - en interiores)

14. Comprensión

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ejemplo: escritura, gestos, signos, comunicación pictográfica, etc.

15. Expresión

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal. Especifique si emplea señas, gestos o dispositivos de comunicación alternativa.

16. Interacción social

Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle las características conductuales de la persona estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas. Describir el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno

En el caso de los niños incluye actuar de manera apropiada con otros niños en situación de juego o sociales. Representa como el niño maneja sus propias necesidades junto con las necesidades del otro.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

17. Solución de problemas

Implica resolver problemas cotidianos. Incluye su reconocimiento cuando ocurren, inician planes para resolverlos, llevan adelante lo planteado, autocofigura tomar decisiones de forma razonable, segura y el tiempo empleado a los problemas cotidianos.

18. Memoria

Implica habilidades relacionadas con reconocer y recordar mientras se realizan actividades cotidianas, incluye almacenar y recepcionar información visual y verbal, reconocer nuestras familias y recordar rutinas habituales y ejecutar pedidos sin que se le recuerde.

Evaluación Funcional Integral

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos de la persona.

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

ESCALA	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6
Solo requiere supervisión. No se asiste a la persona	5
Solo requiere mínima asistencia. Persona aporta 75% ó más	4
Requiere asistencia moderada. Persona aporta 50% o más	3
Requiere asistencia máxima. Persona aporta 25% o más	2
Requiere asistencia total. Persona aporta menos del 25%	1

ACTIVIDAD	ITEM	PUNTAJE
Autocuidado	1. Alimentación	
	2. Aseo personal	
	3. Baño	
	4. Vestido parte superior	
	5. Vestido parte superior	
	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 o silla de ruedas	
	13. Escaleras	
Comunicación	14. Comprensión	
	15. Expresión	
Conexión	16. Interacción social	
	17. Solución de problemas	
	18. Memoria	
PUNTAJE FIM TOTAL		

Firma y sello de profesionales interviniente

AUDITORIA IOSFA