

## F.I.M. (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

Es obligatorio completar todos los campos

<b>APELLIDO Y NOMBRE:</b>	
<b>D.N.I.:</b>	
<b>NRO. AFILIADO:</b>	
<b>DIAGNOSTICO:</b>	
<b>EDAD:</b>	
<b>INSTITUCION:</b>	
<b>FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCION:</b>	
<b>MODALIDAD:</b>	

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales. Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud. Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas.

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

### TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDEPENDIENTE – NO REQUIERE ASISTENCIA	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6

DEPENDIENTE – REQUIERE ASISTENCIA	PUNTAJE
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% o más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
<b>AUTOCAUIDADO</b>		
1	ALIMENTACION	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
<b>CONTROL DE ESFINTERES</b>		
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
<b>TRANSFERENCIAS</b>		
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
<b>LOCOMOCION</b>		
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
<b>COMUNICACIÓN</b>		
14	COMPRESION	
15	EXPRESION	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	

*Tel.: 0800-345-6763*  
*Web: [www.osme.org.ar](http://www.osme.org.ar)*  
*Email: [info@osme.org.ar](mailto:info@osme.org.ar)*



---

<b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>	
--------------------------	--

## **DESCRIPCION 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 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 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 la cama, silla, silla de ruedas, y 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.
- 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 – COMPRENSION: 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 – RESOLUCIONES DE PROBLEMAS: Implica resolver problemas cotidianos
- 18 – MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y / o rostros familiares.

## **EVALUACION INSTITUCIONAL**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA MEDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUDITOR MEDICO