

Tel.: 0800-345-6763

Web: [www.osme.org.ar](http://www.osme.org.ar)

Email: [info@osme.org.ar](mailto:info@osme.org.ar)



OBRA SOCIAL DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA

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

Es obligatorio completar todos los campos

Apellido y Nombre	
DNI:	
Nro. Afiliado:	
Diagnostico:	
Edad:	
Institución:	
Fecha de Ingreso a la Institución:	
Modalidad:	

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	<u>7</u>
Independiente con adaptaciones	<u>6</u>

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

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
AUTOCUIDADO		
1	Alimentación	
2	Aseo Personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	

Tel.: 0800-345-6763

Web: [www.osme.org.ar](http://www.osme.org.ar)

Email: [info@osme.org.ar](mailto:info@osme.org.ar)



CONTROL DE ESFINTERES		
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	
LOCOMOCION		
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión	
15	Expresión	
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
PUNTAJE FIM TOTAL		

Tel.: 0800-345-6763

Web: [www.osme.org.ar](http://www.osme.org.ar)

Email: [info@osme.org.ar](mailto:info@osme.org.ar)



### 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 – 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 – 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 neuro locomotores y cognitivos del paciente.

---

---

---

---

---

---

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

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

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