

## 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
<b>AUTOCUIDADO</b>			INDEPENDIENTE TOTAL	7
1	ALIMENTACIÓN		INDEPENDIENTE CON ADAPACIONES	6
2	ASEO PERSONAL			
3	BAÑO		<b>ACTIVIDAD</b>	<b>PUNTAJE</b>
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR		SOLO REQUIERE SUPERVISION NO SE ASISTE AL PACIENTE	5
5	VESTIDO PARTE INFERIOR		SOLO REQUIERE MINIMA ASISTENCIA PACIENTE APORTA 75% O MAS.	4
6	USO DEL BAÑO		REQUIERE ASISTENCIA MODERADA PACIENTE APORTA 50% O MAS	3
<b>CONTROL DE ESFINTERES</b>			REQUIERE ASISTENCIA MÁXIMA PACIENTE APORTA 25% O MAS	2
7	CONSTROL DE INTESTINOS		REQUIERE ASISTENCIA TOTAL PACIENTE APORTA MENOS DEL 25%	1
8	CONSTROL DE VEJIGA			
<b>TRANSFERENCIAS</b>			<p><b>Resolución 1731/21:</b> “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”</p>	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS			
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO			
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O LA BAÑERA			
<b>LOCOMOCIÓN</b>				
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS			
13	ESCALERAS			
<b>COMUNICACION</b>				
14	COMPRESIÓN			
15	EXPRESIÓN			
<b>CONEXION</b>				
16	INTERACCIÓN SOCIAL			
17	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS			
18	MEMORIA			
<b>PUNTAJE FIM TOTAL</b>				

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL INTEVINIENTE

Nº DE MATRICULA

ESPECIALIDAD

FECHA:



<b>INFORME CUALITATIVO</b>		
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>		
NOMBRE Y APELLIDO		
DNI	FECHA/NAC	EDAD
DIAGNÓSTICO		
<b>CUIDADO PERSONAL</b>		
<b>CONTROL ESFINTERIANO</b>		
<b>MOVILIDAD</b>		
<b>COMUNICACIÓN</b>		
<b>CONEXIÓN SOCIAL</b>		
<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