

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

**APELLIDO Y NOMBRE:** .....

**Nº AFILIADO:** ..... **EDAD:** .....

**DIAGNOSTICO:** .....

La presente tabla deberá estar completa en todos sus ítems por el médico tratante.

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 médica del Departamento Patologías Especiales, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una auditoría de terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos en 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**

<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>PUNTAJE</b>
Independiente Total	<b>7</b>
Independiente con adaptaciones	<b>6</b>

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

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	<b>AUTOCUIDADO</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>COMUNICACION</b>	
14	COMPRESION	
15	EXPRESION	
	<b>CONEXION</b>	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	<b>PUNTAJE F.I.M. TOTAL</b>	

### DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

1. AUTOCUIDADO: .....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. CONTROL DE ESFÍNTERES:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. TRANSFERENCIAS:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. LOCOMOCIÓN:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**5. COMUNICACIÓN:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**6. CONEXIÓN:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**FIRMA Y SELLO**

**FECHA:**.....