

PROGRAMA DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

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

APELLIDO Y NOMBRE:

Nº DNI: **EDAD:**

DIAGNÓSTICO:

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

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente Total	7
Independiente con adaptaciones	6

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

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	ALIMENTACIÓN	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	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	
	COMUNICACION	
14	COMPRESION	
15	EXPRESIÓN	
	CONEXION	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
	PUNTAJE F.I.M. TOTAL	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. AUTOCUIDADO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. CONTROL DE ESFÍNTERES:

.....

.....

.....

.....

.....

3. TRANSFERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

4. LOCOMOCIÓN:

.....

.....

.....

.....

.....

5. COMUNICACIÓN:

.....

.....

.....

.....

.....

6. CONEXIÓN:

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO

FECHA:.....