

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:.....