

## F. I. M. - (Medida de Independencia Funcional)

|                                    |
|------------------------------------|
| Apellido y Nombre:                 |
| D.N.I.:                            |
| Nº de Carnet:                      |
| Diagnóstico:                       |
| Edad:                              |
| Institución:                       |
| Fecha de Ingreso a la Institución: |
| Modalidad:                         |

### TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

**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 Auditoria del Sector DISCAPACIDAD, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoria 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.**

| 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 |
|------|--------------|---------|
| 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>                    |  |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES</b> |
|---------------------------------------|

**1 - ALIMENTACION**

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y que 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 colocarrísticas 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 – COMPRENSION**

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 neurolocomotores y cognitivos del paciente.

---

[illegible]

FIRMA Y SELLO DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES