

## **ANEXO IV**

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

Apellido y Nombre:
DNI:
Nº de Beneficiario:
Diagnóstico:
Edad:
Institución donde concurre:
Prestación que se brinda:
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 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.

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

<b>DEPENDINTE</b>	<b>PUNTAJE</b>
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
Requiera asistencia máxima. Paciente aporta el 25% o más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25% .	1

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. 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 formado 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 colocarse ortesis y prótesis. Características 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 Ostromía. 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 esta de 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. Ejemplo: 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 desadaptacion, así como el grado de impacto sobre si 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 neuropsicologica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

-----  
**FIRMA Y SELLO DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES**