

FORMULARIO FIM

FORMULARIO FIM

Obra Social: Fecha: / /

Nombre y Apellido:

N° de Beneficiario/a: Tipo y N° de Documento:

Edad: Sexo:

DIAGNÓSTICO

.....

.....

El presente formulario deberá ser completado por Terapista Ocupacional, profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras, o por un médico especialista en psiquiatría, en caso de patologías mentales.

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

A continuación, detallamos la escala que deberá utilizar para evaluar el grado de independencia que tiene el paciente

DEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6

DEPENDIENTE

Sólo requiere supervisión. No se toca al paciente.	5
Sólo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más.	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporte 50% ó más.	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% ó más.	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.	1

FORMULARIO FIM

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 ESFÍNTERES		
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	
LOCOMOCIÓN		
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión	
15	Expresión	
CONEXIÓN		
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
PUNTAJE TOTAL		

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Alimentación: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida.

Aseo Personal: implica lavarse la cara, las manos y los dientes también peinarse, afeitarse o maquillarse.

Higiene: implica el aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama.

FORMULARIO FIM

Vestido parte inferior: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, implica ponerse los zapatos, abrocharse órtesis y prótesis.

.....
.....

Vestido parte superior: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocarse órtesis y prótesis.

.....
.....

Uso del baño: Implica la higiene perineal y ajustar la ropa antes y después del uso del baño o chata.

.....
.....

Control de intestinos: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación.

.....
.....

Control de vejiga: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación.

.....
.....

Transferencia de la cama, silla o silla de ruedas: Implica pasarse de una cama, silla o silla de ruedas y volver a la posición inicial.

.....
.....

Transferencia al baño: Implica sentarse y salir del inodoro. Indique el grado de participación del paciente.

.....
.....

Transferencia al baño: Implica sentarse y salir del inodoro. Indique el grado de participación del paciente.

.....
.....

Transferencia de la ducha o bañera. Implica entrar o salir de la ducha o bañera.

.....
.....

FORMULARIO FIM

Escaleras: Implica subir o bajar escaleras.

.....
.....

Comprensión: Implica el entendimiento de la comprensión auditiva o visual.

.....
.....

Expresión: Implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal.

.....
.....

Interacción social: Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites.

.....
.....

Resolución de problemas: Implica resolver problemas cotidianos.

.....
.....

Memoria: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

.....
.....

Evaluación Institucional: Escriba niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente.

.....
.....

Firma y sello del médico tratante y/o Lic. En Terapia Ocupacional