

Formulario O15 - Programa de Discapacidad F.I.M. - Medida de Independencia Funcional

Completar todos los campos del formulario.

<input type="text"/>	<input type="text" value="/"/> <input type="text" value="/"/> <input type="text"/>
----------------------	--

Lugar de Emisión

Fecha

Apellido y Nombres:
Número de DNI:
Número de Carnet:
Diagnóstico:
Edad:
Institución:
Fecha de Ingreso a la Institución:
Modalidad:

Tabla de Puntuación 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 Auditoría del Sector DISCAPACIDAD, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría 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
Sólo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Sólo 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

Formulario 015 - Programa de Discapacidad

F.I.M. - Medida de Independencia Funcional

Completar todos los campos del formulario.

Ítem	Actividad	Puntaje
1	Alimentación	
2	Aseo Personal	
3	Baño	
4	Vestido Parte Superior	
5	Vestido Parte Inferior	
6	Uso del Baño	

Ítem	Control de Esfínteres	Puntaje
7	Control de Intestinos	
8	Control de Vejiga	

Ítem	Transferencias	Puntaje
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	

Ítem	Locomoción	Puntaje
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	

Ítem	Comunicación	Puntaje
14	Comprensión	
15	Expresión	

Ítem	Conexión	Puntaje
16	Interacción Social	
17	Resolución de Problemas	
18	Memoria	

	Puntaje F.I.M. Total	
--	-----------------------------	--

Formulario 015 - Programa de Discapacidad F.I.M. - Medida de Independencia Funcional

Completar todos los campos del formulario.

Descripción de las Actividades

1 Alimentación

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesarias para la alimentación del paciente y qué 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.

Formulario 015 - Programa de Discapacidad F.I.M. - Medida de Independencia Funcional

Completar todos los campos del formulario.

Descripción de las Actividades

5 Vestido Parte Inferior

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y 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.

Formulario 015 - Programa de Discapacidad F.I.M. - Medida de Independencia Funcional

Completar todos los campos del formulario.

Descripción de las Actividades

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 Comprensión

Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc.

Formulario 015 - Programa de Discapacidad F.I.M. - Medida de Independencia Funcional

Completar todos los campos del formulario.

Descripción de las Actividades

15 Expresión

Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

16 Interacción 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 Resolución de Problemas

Implica resolver problemas cotidianos.

18 Memoria

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

Formulario 015 - Programa de Discapacidad F.I.M. - Medida de Independencia Funcional

Completar todos los campos del formulario.

Evaluación Institucional

Escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.



Firma y Sello de los Profesionales Intervinientes