



TABLA FIM

Paciente:
DNI:

Edad:
Diagn:

Fecha:

	INDEPENDENCIA COMPLETA	
	INDEPENDENCIA C/ADAPTACIONES	
DEPENDENCIA PARCIAL		
	SUPERVISIÓN	
	MÍNIMA ASISTENCIA (SUJETO = 75% O MÁS)	
	MODERADA ASISTENCIA (SUJETO = 50% O MÁS)	
DEPENDENCIA COMPLETA		
	MAXIMA ASISTENCIA (SUJETO= 25% O MÁS)	
	ASISTENCIA TOTAL (SUJETO= 0%)	
CUIDADO PROPIO		PUNTAJE
A	COMIDA	
B	ASEO	
C	BAÑO	
D	VESTIMENTA PARTE ALTA DEL CUERPO	
E	VESTIMENTA PARTE BAJA DEL CUERPO	
F	TOILETTE	
CONTROL DE ESFINTER		
G	MANEJO DE VEJIGA	
H	MANEJO DE INTESTINO	
MOVILIDAD – TRANSFERENCIA		
I	CAMA, SILLA, SILLA DE RUEDAS	
J	TOILETTE	
K	DUCHA	
LOCOMOCIÓN		
L	CAMINA/SILLA DE RUEDAS	
M	ESCALERAS	
COMUNICACIÓN		
N	COMPRENSIÓN	
O	EXPRESIÓN	
CONEXIÓN SOCIAL		
P	INTERACCIÓN SOCIAL	
Q	RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
R	MEMORIA	
TOTAL		
Firma.....		

FORMULARIO FIM CUALITATIVO (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL) DESCRIPCIÓN
 DE LAS ACTIVIDADES

1. ALIMENTACIÓN: Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique el 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.

.....

5. VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse etc

.....

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 INTESTINO: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo de 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 pié. 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. COMPRENSIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej.: Escritura, gestos, signos, etc.

.....
.....
.....

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.

.....
.....
.....

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

Formulario a completar por médico tratante o Lic en Terapia ocupacional.

Fecha :..../...../...

Firma y sello del profesional

Mail de contacto de profesional:

Teléfono de contacto de profesional: