

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL PARA ALTO GRADO DE DEPENDENCIA**DATOS PERSONALES /**

Apellido y nombre / _____

Nº Afiliado / _____ Edad _____

Diagnóstico / _____

INSTITUCION / _____

MODALIDAD / **Centro de Día** ☐ **JS** **CET** ☐ **JS** **Hogar** ☐
 ☐ **JC** ☐ **JC**

1) Esta planilla deberá ser completada por profesionales Médicos de la Institución, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales puras.

2) En aquellos casos que compartan patologías mixtas, los datos deberán ser volcados en conjunto por los especialistas mencionados anteriormente, haciendo las especificaciones que correspondan.

3) Los datos a completar en las planillas serán cotejados con Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoría Médica que determinará en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la necesidad de ingreso al Módulo solicitado.

4) Los ítems que constituyen el presente cuestionario están sujetos a modificaciones en función de las necesidades que surjan a partir de su implementación. Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

5) El grado de asistencia no necesariamente configura el perfil para el Alto Grado de Dependencia. Es el nivel de complejidad de la discapacidad y de la asistencia el que lo determina.

6) Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

7) Será requisito excluyente para la evaluación, el puntaje de 1 a 7 otorgado por el Profesional en la Tabla de Puntuación FIM, a la cual la Institución podrá agregar una descripción mas detallada acerca de la dependencia del Afiliado en cada uno de sus ítems.

TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

INDEPENDIENTE	PUNTAJE
Independiente total	6
Independiente con adaptaciones.	7

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

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCAUIDADO	
1	ALIMENTACION	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRASFERENCIA AL BAÑO	
11	TRASFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCION	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
	COMUNICACION	
14	COMPENSION	
15	EXPRESION	
	CONEXION	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
PUNTAJE FIM TOTAL		

* Si el logro de la actividad implica un riesgo para si o terceros, o bien se necesitan dos ayudantes, se califica con un 1.

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 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 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 colocar 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 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 una 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- 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 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 instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17- RESOLUCION DE PROBLEMAS

Implica resolver problemas cotidianos.

18- MEMORIA

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

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Especifique que medidas terapéuticas se implementaron, detallando fármacos utilizados con dosis, tiempo de tratamiento, y resultados obtenidos.

En caso de pacientes con auto o hetero agresividad, se deberá optar por seguir un protocolo de medicación ya que existenpsicofármacos para tal fin, así como la evolución en el grado de conexión con el medio, facilitación del aprendizaje y socialización. Dichos pasos deberán ser cumplimentados antes de solicitar el ingreso al módulo de alto grado de dependencia. En base a lo recién expuesto detalle las distintas etapas desarrolladas en el tratamiento.

EVALUACION INSTITUCIONAL

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

Firma y sello de Profesionales intervinientes

La auditoría Médica del Area de Discapacidad de IOMA evaluará el puntaje FIM final para determinar si el paciente cumple con los criterios de ingreso al Módulo de Alto Grado de Dependencia según los datos volcados en esta planilla

Fecha

Firma y sello del auditor