

Información a completar por Médico prescriptor (La presente constituye una Declaración Jurada)

Apellido y Nombre:		Edad
D.N.I	N° de CUD	Celular o teléfono alternativo

Datos del profesional solicitante

Sello	Especialidad
Tel. de contacto laboral	Email de contacto
N° de Matricula	Horarios de contacto

Describe brevemente el motivo de solicitud

Estado de salud del beneficiario de la prestación

	Si	No	
¿Tiene con frecuencia problemas de salud que requieran de asistencia?			¿Cuáles?
¿Posee Certificado único de Discapacidad?			
¿Posee enfermedad oncológica activa?			¿Cuál?
¿Se encuentra bajo cuidados paliativos?			
¿Presenta compromiso de las funciones cognitivas?			Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐ Mini Mental: / 30
¿Tiene problemas conductuales?			
¿Nivel de independencia para las para las actividades básicas de la vida diaria?			Independiente ☐ Dep.Leve ☐ Dep.Moderado ☐ Severa ☐ Total ☐
¿Presenta trastornos de la marcha?			Permanente ☐ Transitorio ☐
¿Ha sufrido caídas en el último año?			
¿Presenta parálisis o paresia?			Describe brevemente:
¿Tiene dificultades de visión?			
¿Tiene dificultades en la audición?			Hipoacusia: Leve ☐ Moderada ☐ Severa ☐ Profunda ☐
¿Ha estado internado/a en los últimos 6 meses?			Motivo: Fecha:
¿Ha recibido cirugías en los últimos 60 días?			Tipo de cirugía: Fecha:

Tabla de puntuación de niveles de independencia funcional. Información a completar por Médico prescriptor

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
AUTOCUIDADO		
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	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
LOCOMOCION		
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERAS	
COMUNICACION		
14	COMPRESION	
15	EXPRESION	
CONEXION		
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	
PUNTAJE FIM TOTAL		

Si el logro de la actividad un riesgo para si mismo o para terceros, se califica con un 0

Información a completar por Médico prescriptor (Descripción de 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.

Información a completar por Médico prescriptor (Descripción de actividades)

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 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 está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

Información a completar por Médico prescriptor (Descripción de actividades)

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.

Información a completar por Médico prescriptor (Descripción de actividades)

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 existen psicofármacos 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 Especializada de la Dirección de Programas Específicos de IOSPER, evaluará el puntaje FIM final para determinar si el paciente cumple con los criterios de ingreso a Instituciones Geriátricas o Gerontológicas, según la información volcada en esta planilla.

.....
Fecha, firma y sello del auditor