

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

Nombre y Apellido del Afiliado

Tipo y número de documento DNI LE LC OTRO

Datos del profesional solicitante

Sello Especialidad

Tel. de contacto laboral Horarios de contacto

Email de contacto

Cantidad de **días** de la semana solicitados

1		2		3		4		5	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Cantidad de **horas** por día

1		2		3		4		5		6		7		8	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Sólo se evaluarán solicitudes de más de 8 hs. diarias y/o 5 días semanales en los siguientes casos: dependencia moderada a severa.

Cantidad de horas solicitadas Cantidad de días a la semana solicitados en estos casos.

Describe brevemente el motivo de solicitud de cuidador domiciliario

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? (CUD)			
¿Posee enfermedad oncológica activa?			¿Cuál?
¿Se encuentra bajo cuidados paliativos?			
¿Presenta compromiso de las funciones cognitivas?			leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> Mini Mental: / 30
¿Tiene problemas conductuales?			
¿Nivel de independencia para las actividades de la vida diaria?			Independiente <input type="checkbox"/> Dep. Leve <input type="checkbox"/> Dep. Moderado <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>
¿Presenta trastornos de la marcha?			Permanente <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido caídas en el último año?			
¿Presenta parálisis o paresia?			
¿Tiene dificultades de visión?			Describe brevemente:
¿Tiene dificultad para oír?			Hipoacusia: Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Profunda <input type="checkbox"/>
¿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
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	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 Ostmía. 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.

Información a completar por Médico prescriptor (Descripción de actividades)

13- ESCALERAS

Implica subir y bajar escalones.

14- COMPRESION

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.
