

FECHA

Si se presenta formulario y escala de FIM (Medida de Independencia Funcional) con falta de datos no se realizará el ingreso del paciente.

Apellido y nombre*	Nro. de afiliado*/.....
Domicilio*	Localidad*
Tel. de contacto*	Mail de contacto*
Apellido y nombre del familiar responsable	Tel. de contacto*
mail*	

Primer renovación <input type="checkbox"/>	Segunda renovación <input type="checkbox"/>
--	---

Período de renovación	1 mes	2 meses <input type="checkbox"/>	3 meses <input type="checkbox"/>
-----------------------	-------	----------------------------------	----------------------------------

DIAGNÓSTICO QUE MOTIVA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

1	3
2	4

TABAQUISMO ACTUAL

SI	NO
----	----

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA INCLUYENDO COMORBILIDADES

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

INDICACIONES DE TRAT. FARMACOLÓGICOS AL INGRESO A ATENCIÓN DOMICILIARIA

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

*campos obligatorios

FECHA

Las solicitudes a continuación quedaran sujetas a auditoria de OSEP, en base a diagnósticos, resumen de historia clínica/epicrisis y escala de FIM

Atención médica en domicilio	1 VISITA/MES <input type="checkbox"/>	2 VISITAS/MES <input type="checkbox"/>	4 VISITAS/MES <input type="checkbox"/>
------------------------------	---------------------------------------	--	--

Atención de enfermería en domicilio

Solo en caso de necesitar:

- Curación de heridas
- Infusión de medicación vía parenteral e intramuscular
- Enemas evacuantes
- Colocación de sonda vesical y recambios

1 VISITA/DÍA <input type="checkbox"/>	2 VISITAS/DÍA <input type="checkbox"/>	3 VISITAS/DÍA <input type="checkbox"/>	MÁS DE 4 VISITAS/DÍA <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--	--	---

EN CASO DE LESIÓN POR DECÚBITO. MARQUE CON UNA X

GRADO I: limitada a las capas superficiales de la piel, se manifiesta a través de la piel enrojecida y no está rota la barrera cutánea, se mantiene la integridad de la piel.	
GRADO II: Afecta a las capas superficiales de la piel y se prolonga a la primera porción del tejido graso subyacente, y se manifiesta con erosiones, ampollas y/o desgarros superficiales	
GRADO III: se extiende más profundamente a través de estructuras superficiales, afecta a la grasa subcutánea, produciendo necrosis del tejido comprometido y alcanza, pero sin llegar a comprometer los músculos.	
GRADO IV: Destrucción de todo el tejido blando desde la piel hacia el hueso, el nivel de ulceración llega al músculo, hueso articulaciones, cavidades organizadas adyacentes y estructuras de sostén	

KINESIOLOGÍA MOTORA

2 VISITAS/SEMANA <input type="checkbox"/>	3 VISITAS/SEMANA <input type="checkbox"/>	5 VISITAS/SEMANA <input type="checkbox"/>
---	---	---

Objetivos
.....
.....
.....
.....

KINESIOLOGÍA RESPIRATORIA

Solamente indicada en reagudizaciones de patologías respiratorias (prestación brindada solo por 30 días, salvo excepciones: fibrosis quística, traqueotomías, ventilación mecánica).

1 VISITA/DÍA <input type="checkbox"/>	2 VISITAS/DÍA <input type="checkbox"/>	3 VISITAS/DÍA <input type="checkbox"/>	4 VISITAS/DÍA <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--	--	--

Objetivos
.....
.....
.....
.....

FONOAUDIOLOGÍA solo en trastorno deglutorio.1 VISITA/SEMANA 2 VISITAS/SEMANA 3 VISITAS/SEMANA

Objetivos

Se sugiere para indicar algún tipo de rehabilitación evaluar por escala "ESAS" la intensidad de dolor que presenta el paciente. Recuerde que puede realizar IC al servicio de cuidados paliativos de OSEP. No se recomienda iniciar tratamiento de rehabilitación con dolor de intensidad $> 0 = 4/10$.

.....
Firma y Sello del médico

FECHA

**GUÍA PARA COLOCACIÓN DE PUNTAJE DE MEDIDA
DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL:**

Independiente

7- Independiente total

6- Independiente con adaptaciones

Dependiente

5- Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)

4- Solo requiere mínima asistencia (Sujeto aporta 75% ó más)

3- Requiere asistencia moderada (Sujeto aporta 50% ó más)

2- Requiere asistencia máxima (Sujeto aporta 25% ó más)

1- Requiere asistencia total (Sujeto aporta menos 25%)

FECHA

Apellido y nombre*

OSEP*: Puntaje FIM anterior*

DOMINIO	CATEGORÍA	PUNTAJE
MOTOR	Autocuidado	
	Comida (implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida)	
	Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)	
	Bañarse (implica aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño esponja en cama)	
	Vestirse parte superior (implica vestir desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)	
	Vestirse parte inferior (vestir desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)	
	Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)	
	Control de esfínteres	
	Controlar Intestinos (implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
	Controlar Vejiga (implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas, etc.)	
	Movilidad – Transferencia	
	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie.)	
	Transferencia a toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
	Transferencia a la ducha o bañera (implica entrar y salir de la bañera o ducha)	
	Locomoción	
	Marcha/silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que esta en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
Escaleras (implica subir y bajar escalones)		
COGNITIVO	Comunicación	
	Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual Ej; escritura gestos signos, etc)	
	Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
	Conexión	
	Interacción Social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender o participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)	
	Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
Memoria (implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)		
FIM TOTAL		

* Campos obligatorios

.....
Firma y Sello del médico