

Escala de medida de independencia funcional (FIM – niños mayores a 6 años)

Estamos interesados en conocer en que medida la enfermedad de su hijo/a interfiere con las actividades de la vida diaria. Pro favor siéntase libre de agregar cualquier comentario que considere oportuno en el anverso de la hoja. En cada pregunta encontrará cinco opciones, elija la que mejor describa el modo en que su hijo/a desarrolla usualmente esas actividades. Le pedimos que haga un promedio durante el día, dentro de la última semana antes de completar este cuestionario. Si la mayoría de los niños de la edad del suyo no pueden realizar habitualmente la actividad en cuestión, por favor consigne en el espacio: No aplicable. Como ejemplo si su hijo/a tiene 1 año de edad, en la pregunta: puede subir cinco escalones? Usted responderá: No aplicable, porque ningún niño de esa edad, con o sin artritis reumatoidea juvenil lo puede hacer.

Nombre y Apellido del paciente DNI:

| | Sin ninguna dificultad | Con alguna dificultad | Con mucha dificultad | Imposible de realizar | No aplicable |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|--------------|
| VESTIRSE Y ASEARSE | | | | | |
| Es su hijo capas de ¿Vestirse solo, incluyendo atarse los cordones de los zapatos y abrocharse los botones? | | | | | |
| ¿Enjabonarse la cabeza? | | | | | |
| ¿Sacarse las medias? | | | | | |
| ¿Cortarse las uñas de las manos? | | | | | |
| MOVIMIENTO DE ELEVACIÓN | | | | | |
| ¿Ponerse de pie desde una silla baja o desde el suelo? | | | | | |
| ¿Subirse y bajarse de la cama o pararse en la cuna? | | | | | |
| COMER | | | | | |
| ¿Cortar un trozo de carne? | | | | | |
| ¿Llevarse un vaso o una taza a la boca? | | | | | |
| CAMINAR | | | | | |
| ¿Caminar fuera de la casa, sobre un terreno plano? | | | | | |
| Subir cinco escalones | | | | | |

Por favor consigne cualquier tipo de ayuda o arnés que su hijo/a generalmente usa para hacer cualquier actividad de las actividades mencionadas más arriba.

| | elementos de ayuda para vestirse |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bastón | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> caminadores | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> muletas | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas | <input type="checkbox"/> |
| | utensilios especiales para comer o para escribir |
| | silla especial o adaptada |
| | otros (especifique) |

Por favor consigne si su hijo/a debido a la enfermedad necesita ayuda de otra persona al realizar actividades:

| | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Vestirse y asearse | <input type="checkbox"/> | comer |
| <input type="checkbox"/> Movimiento de elevación | <input type="checkbox"/> | caminar |

| | Sin ninguna dificultad | Con alguna dificultad | Con mucha dificultad | Imposible de realizar | No aplicable |
|------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|--------------|
| HIGIENE | | | | | |
| ¿Lavarse y asearse todo el cuerpo? | | | | | |



| | Sin ninguna dificultad | Con alguna dificultad | Con mucha dificultad | Imposible de realizar | No aplicable |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|--------------|
| ALCANCE | | | | | |
| ¿Alcanzar y bajar un objeto pesado como un juguete grande o libros que estén colocados por encima de su cabeza? | | | | | |
| ¿Agacharse para levantar prendas o una hoja de papel del suelo? | | | | | |
| ¿Ponerse una remera de mangas largas o sweater? | | | | | |
| ¿Girar la cabeza para mirar hacia atrás por encima del hombro? | | | | | |
| PRENSIÓN | | | | | |
| ¿Escribir o garabatear con una lápiz o lapicera? | | | | | |
| ¿Abrir la puerta de un auto? | | | | | |
| ¿Abrir frascos que ya han sido abiertos? | | | | | |
| ¿Abrir y cerrar canillas? | | | | | |
| ¿Abrir una puerta girando un picaporte? | | | | | |
| ACTIVIDADES | | | | | |
| ¿Hacer mandados o ir de compras? | | | | | |
| ¿Entrar o salir de un auto o micro escolar? o auto de juguete? | | | | | |
| ¿Andar en bicicleta o triciclo? | | | | | |
| ¿Ayudar en las tareas de la casa (lavar platos – hacer la cama – limpiar su dormitorio – arreglar el jardín? ¿Correr y jugar? | | | | | |

Por favor consigne cualquier tipo de ayuda que su hijo/a utilice para realizar cualquiera de las siguientes actividades:

| | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | inodoro adaptado | <input type="checkbox"/> | barra de hierro en la bañera |
| <input type="checkbox"/> | asiento para la bañera | <input type="checkbox"/> | manijas largas para fácil alcance |
| <input type="checkbox"/> | abridor de frascos | <input type="checkbox"/> | manijas largas en el baño |

Por favor consigne si su hijo/a necesita ayuda de otra persona a causa de la enfermedad para realizar las siguientes actividades:

| | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | higiene | <input type="checkbox"/> | prensión apertura de diferentes cosas |
| <input type="checkbox"/> | alcance | <input type="checkbox"/> | mandados y tareas |

También estamos interesados en conocer en que medida su hijo/a se vio afectado por dolor, siempre referido a enfermedad. Cuanto dolor piensa usted que su hijo/a ha tenido en la **ULTIMA SEMANA** Coloque por favor una marca en la línea que figura debajo de este párrafo para indicar la severidad del dolor que tuvo su hijo/a

| | |
|------------------|-------------------------|
| SIN DOLOR | DOLOR MUY FUERTE |
| 0 | 100 |

Considerando todos los aspectos en que la artritis puede afectar a su hijo/a, marque por favor en la siguiente escala como está su hijo

| | |
|-----------------|----------------|
| MUY BIEN | MUY MAL |
| 0 | 100 |