



**Escala de Medida de Independência
Funcional (MIF)**

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Fonte de Informação	1 - paciente, 2 - família, 3 - cuidador, 4 - outro			
Cuidador	1 - não possui, 2 - ajuda não paga, 3 - empregado não pago, 4 - profissional pago			
Terapêutica	1 - nenhuma, 2 - tratamento ambulatorial, 3 - tratamento domiciliar, 4 - ambos 2 e 3, 5 -internação hospitalar/institucional			
Níveis	7 independência completa (em segurança, em tempo normal)		Sem Ajuda	
	8 Independência modificada (ajuda técnica)			
	Dependência Modificada		Ajuda	
	5 Supervisão			
	4 Ajuda mínima (indivíduo >= 75%)			
	3 Ajuda moderada (indivíduo >= 50%)			
	2 Ajuda mínima (indivíduo >= 25%)			
	1 Ajuda total (indivíduo >= 10%)			
Avaliação - Data	/ /		Observações Terapêuticas Ocupacionais sobre o Desempenho	
Auto-Cuidados				
Alimentação				
B. Higiene Pessoal				
C. Banho (lavar o corpo)				
D. Vestir metade superior				
E. Vestir metade inferior				
F. Utilização do vaso sanitário				
Controle dos Esfíncteres				
G. Controle da Urina				
H. Controle das Fezes				
Mobilidade				
<i>transferências</i>				
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas				
J. Vaso sanitário				
K. Banheira, chuveiro				
Locomoção				
L. Marcha/Cadeira de rodas	m			
M. Escadas	c			
Comunicação				
N. Compreensão	a			
	v			
O. Expressão	v			
	n			
Cognição Social				
P. Interação Social				
Q. Resolução de Problemas				
R. Memória				
Total				

Nota: Não Deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1.