

**UOC Assistenza Infermieristica****Allegato 1** Scheda per la Valutazione del rischio di Lesioni da Pressione-Scala di Braden (Cod. 0/887/19)**Scheda per la Valutazione del Rischio di Lesioni da Pressione<sup>1</sup>****Scala di Braden**

U.O. \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Data e ora									
Firma Infermiere									
<b>PERCEZIONE SENSORIALE<sup>2</sup></b>	Non limitata	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Leggermente limitata	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Molto limitata	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Completamente limitata	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>UMIDITÀ<sup>2</sup></b>	Raramente bagnato	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Occasionalmente bagnato	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Spesso bagnato	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Costantemente bagnato	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>ATTIVITÀ<sup>2</sup></b>	Cammina frequentemente	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Cammina occasionalmente	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Poltrona	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Completamente allettato	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>MOBILITÀ<sup>2</sup></b>	Limitazioni assenti	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Parzialmente limitata	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Molto limitata	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Completamente immobile	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>NUTRIZIONE<sup>3</sup></b>	Eccellente	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Adeguate	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Probabilmente inadeguata	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Molto povera	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>FRIZIONE SCIVOLAMENTO<sup>2</sup></b>	Senza problemi apparenti	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Problema potenziale	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Problema	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>TOTALE</b>									

PUNTEGGIO	15-23	13 – 14	10 – 12	>9
RISCHIO	BASSO	MEDIO	ALTO	MOLTO ALTO

<sup>1</sup> Allegato 1 – Piano Aziendale per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione.<sup>2</sup> Per la valutazione fare riferimento alle indicazioni riportate sul retro.<sup>3</sup> Se la valutazione dello stato nutrizionale è “inadeguata” o “molto povera” eseguire anche test MNA (Mini Nutritional Assessment).



PUNTEGGIO INDICATORI	4	3	2	1
<b>PERCEZIONE SENSORIALE</b>  Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio alla pressione.	<b>Non limitata</b> Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriali che limitano la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio	<b>Leggermente limitata</b> Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione	<b>Molto limitata</b> Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo e agitandosi.	<b>Completamente limitata</b> Non vi è risposta (non geme, non si contrae, non afferra) allo stimolo doloroso a causa del diminuito livello di coscienza o alla sedazione
<b>UMIDITÀ</b>  Grado di esposizione della pelle all'umidità.	<b>Raramente bagnata</b> La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	<b>Occasionalmente bagnata</b> La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra una volta al giorno.	<b>Spesso bagnata</b> La pelle sovente, ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno una volta per turno.	<b>Costantemente bagnato</b> La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione dell'urina, ecc...
<b>ATTIVITÀ</b>	<b>Cammina di frequente</b> Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera una volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo).	<b>Cammina occasionalmente</b> Cammina occasionalmente durante il giorno ma per breve distanza con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	<b>In poltrona</b> Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle.	<b>Completamente Allettato</b> Costretto a letto.
<b>MOBILITÀ</b>	<b>Limitazioni assenti</b> Si sposta frequentemente e senza assistenza.	<b>Parzialmente limitata</b> Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	<b>Molto limitata</b> Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto	<b>Completamente immobile</b> Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.
<b>NUTRIZIONE</b>	<b>Eccellente</b> Mangia la maggior parte del cibo. Non necessità di integratori.	<b>Adeguate</b> Mangia più della metà dei pasti. quattro o più porzioni di proteine al giorno. Si alimenta artificialmente con nutrizione parenterale assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	<b>Probabilmente inadeguata</b> Raramente mangia un pasto completo. Riceve una quantità non ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino naso gastrico). Eseguire Test MNA	<b>Molto povera</b> Non mangia mai un pasto completo. Assume pochi liquidi e nessun integratore. Oppure è a digiuno o mantenuto con fleboclisi o bevande per più di cinque giorni a settimana. Eseguire Test MNA
<b>FRIZIONE E SCIVOLAMENTO</b>	N/A	<b>Senza problemi apparenti</b> Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	<b>Problema potenziale</b> Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento, la cute fa attrito con le lenzuola.	<b>Problema</b> Problema. Richiede assistenza da moderata a massima nei movimenti. Scivola di frequente nel letto o nella poltrona.
<b>PUNTEGGIO</b>	<b>15 - 23</b>	<b>13 - 14</b>	<b>10 - 12</b>	<b>&gt; 9</b>
<b>RISCHIO</b>	<b>BASSO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>	<b>MOLTO ALTO</b>

#### Presenza di eventuali fattori di rischio di L.d.P.:

☐ Diabete ☐ Malnutrizione o scarsa alimentazione ☐ Immunodeficienza ☐ Cachessia ☐ Neoplasia ☐ Malattie vascolare periferica ☐ Patologie traumatiche acute ☐ Lesioni midollari ☐ Malattie neurologiche degenerative ☐ Ipoalbuminemia <3,5 mg/dl ☐ Comparsa nelle ultime 24h di arrossamento che non scompare alla digitopressione nelle zone a rischio di sviluppo di LdP.