

UOC Assistenza Infermieristica

Allegato 2 - Scheda per la Valutazione del rischio di Lesioni da Pressione-Scala di Braden (Cod. 0/892/19)

Scheda per la Valutazione del Rischio di Nutrizionale¹ - MNA (Mini Nutritional Assessment)

U.O. _____

Cognome _____ **Nome** _____

Sesso _____ **Età** _____ **Peso Kg** _____ **Altezza cm** _____

		Data Valutazione _____	
Screening ²	Valore attribuito	Valutazione Globale	Valore attribuito
A – Presenta una perdita dell'appetito? Ha mangiato meno negli ultimi tre mesi? (perdita di appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione o deglutizione) 0 = grave riduzione dell'assunzione di cibo 1 = moderata riduzione dell'assunzione di cibo 2 = nessuna riduzione dell'assunzione di cibo		G – Il paziente vive autonomamente a domicilio? 1 = SI 0 = NO	
B – Perdita di peso recente (<3 mesi) 0 = perdita di peso > 3 kg 1 = non sa 2 = perdita peso tra 1 e 3 Kg 3 = nessuna perdita di peso		H – Prende più di 3 medicinali al giorno? 0 = SI 1 = NO	
C – Motricità 0 = dal letto alla poltrona 1 = autonomo a domicilio 2 = esce di casa		I – Presenza di decubiti/ulcere cutanee? 0 = SI 1 = NO	
D – Nell'arco degli ultimi 3 mesi malattie acute o stress psicologici? 0 = SI 1 = NO		J – Quanti pasti completi consuma al giorno? 0 = 1 pasto 1 = 2 pasti 2 = 3 pasti	
E – Problemi neuropsicologici 0 = demenza o depressione grave 1 = demenza moderata 2 = nessun problema psicologico		K – Consuma: ✓ Almeno una volta al giorno prodotti lattiero-caseari? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ✓ Una o due volte a settimana uova o legumi? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ✓ Ogni giorno carne, pesce, pollame? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 0.0 = se 0 o 1 SI 0.5 = se 2 SI 1.0 = se 3 SI	
F – Indice di massa corporea (IMC) = peso/(altezza)² in kg/m² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23		L – Consuma almeno due volte al giorno frutta o verdura? 0 = SI 1 = NO	
Valutazione di screening (max 14 punti) 12 - 14 punti: stato nutrizionale normale 8 - 11 punti: a rischio nutrizionale 0 - 7 punti: malnutrito Per una valutazione più approfondita continuare con le domande G -R		M – Quanti bicchieri beve al giorno? (acqua, succhi, caffè, the, latte, ecc....) 0.0 = meno di 3 bicchieri 0.5 = da 3 a 5 bicchieri 1.0 = più di 5 bicchieri	
		N – Come si nutre? 0 = necessità di assistenza 1 = autonomamente con difficoltà 2 = autonomamente senza difficoltà	
		O – Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altre persone della sua età? 0 = malnutrizione grave 1 = malnutrizione moderata o non sa 2 = nessun problema nutrizionale	
		P – Il paziente considera il suo stato di salute migliore o peggiore di altre persone della sua età? 0.0 = meno buono 0.5 = non sa 1.0 = uguale 2.0 = migliore	
		Q – Circonferenza brachiale (CB in cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = CB ≤ 21 e ≤ 22 1.0 = CB > 22	
		R – Circonferenza del polpaccio (CP in cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	
		Valutazione Globale (max 16 punti)	
		Screening (max 14 punti)	
		Valutazione Totale (max 30 punti)	
		Valutazione dello stato nutrizionale Da 24 a 30 punti = Stato nutrizionale normale Da 17 a 23.5 punti = Rischio malnutrizione 17 punti = Cattivo stato nutrizionale	

Timbro e Firma del Valutatore

¹ Allegato 2 - Scheda MNA, allegata al "Piano Aziendale per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione".

² Rispondere alla prima parte del questionario (Screening) indicando, per ogni domanda, il punteggio appropriato. Sommare il punteggio della valutazione di screening e, se il risultato è uguale inferiore a 11, completare il questionario per ottenere una valutazione dello stato nutrizionale.