

**Scala di Braden**
**Allegato 1**

| Cognome Nome  |   | N. cartella              |                          |                          |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Data di nascita   |   | Unità Operativa          |                          |                          |
| valutazione n°  | Data compilazione   | punteggio                |                          |                          |
| <b>Percezione sensoriale</b><br>Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione | <b>Non limitata</b> (Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio)   | 4                        |                          |                          |
|   | <b>Leggermente limitata</b> (Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione)   | 3                        |                          |                          |
|   | <b>Molto limitata</b> (Risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi)  | 2                        |                          |                          |
|   | <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)                             | 1                        |                          |                          |
| <b>Umidità</b><br>Grado di esposizione della pelle all'umidità  | <b>Raramente bagnato</b> La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine   | 4                        |                          |                          |
|   | <b>Occasionalmente bagnato</b> La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra una volta al giorno   | 3                        |                          |                          |
|   | <b>Spesso bagnato</b> Pelle sovente, ma non sempre, umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno una volta per turno  | 2                        |                          |                          |
|   | <b>Costantemente bagnato</b> La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione dell'urina, ecc.  | 1                        |                          |                          |
| <b>Attività</b>   | <b>Cammina frequentemente</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)                                   | 4                        |                          |                          |
|   | <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                        | 3                        |                          |                          |
|   | <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 ruote             | 2                        |                          |                          |
|   | <b>Completamente allettato</b> Costretto a letto  | 1                        |                          |                          |
| <b>Mobilità</b>   | <b>Limitazioni assenti</b> si sposta frequentemente senza assistenza  | 4                        |                          |                          |
|   | <b>Parzialmente limitata</b> Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo  | 3                        |                          |                          |
|   | <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                                | 2                        |                          |                          |
|   | <b>Completamente immobile</b> non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza  | 1                        |                          |                          |
| <b>Nutrizione</b>   | <b>Eccellente</b> mangia la maggior parte del cibo. Non necessita di integratori  | 4                        |                          |                          |
|   | <b>Adeguate</b> Mangia più della metà dei pasti, quattro porzioni o più di proteine al giorno. Si alimenta artificialmente con nutrizione parenterale assumendo il quantitativo nutrizionale necessario | 3                        |                          |                          |
|   | <b>Probabilmente inadeguata</b> Raramente mangia un pasto completo. Riceve una quantità non ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino naso-gastrico)  | 2                        |                          |                          |
|   | <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 beve bevande per più di cinque giorni a settimana      | 1                        |                          |                          |
| <b>Frizione e scivolamento</b>  | <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                                   | 3                        |                          |                          |
|   | <b>Problema potenziale</b> Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola  | 2                        |                          |                          |
|   | <b>Problema</b> Richiede assistenza da moderata a massima nei movimenti. Scivola frequentemente nel letto o nella poltrona  | 1                        |                          |                          |
| <b>TOTALE</b>   |   |                          |                          |                          |
| <b>PUNTEGGIO</b>  | <b>15 - 23</b>  | <b>13 - 14</b>           | <b>10 - 12</b>           | <b>6 - 9</b>             |
| <b>CLASSE DI RISCHIO</b>  | <b>BASSO</b>  | <b>MEDIO</b>             | <b>ALTO</b>              | <b>MOLTO ALTO</b>        |
|   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Firma infermiere  |   |                          |                          |                          |