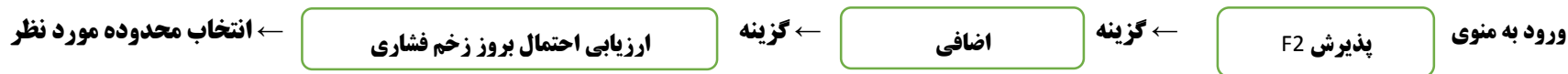


### راهنمای ارزیابی ریسک زخم فشاری بر اساس معیار برادن

کشش/سایش	تغذیه	تحرك	فعالیت	رطوبت	درک حسی	محور بررسی	
						امتیاز	
سر خوردن مکرر در تخت	<ul style="list-style-type: none"> <li>اغلب کمتر از ۱/۳ غذايش را ميخورد</li> <li>بیش از ۵ روز NPO بوده و یا مایعات شفاف خوراکی/مایعات وریدی دریافت می کند</li> </ul>	خیلی مختل	کاملاً بی حرکت	محدود به تخت	همیشه مرطوب	کاملاً مختل: عدم پاسخ به محرک دردناک	۱
سر خوردن گهگاهی در تخت	<ul style="list-style-type: none"> <li>فقط نصف غذايش را ميخورد</li> <li>کمتر از میزان توصیه شده رژیم مایعات/تغذیه لوله ای دریافت می کند</li> </ul>	احتمالاً ناکافی	محدودیت زیاد: تغییر اندک در پوزیشن بدن و اندام ها بصورت گهگاهی	محدود به صندلی	اغلب مرطوب	خیلی مختل: پاسخ صرفاً به محرک دردناک	۲
عدم سر خوردن (حفظ پوزیشن مطلوب)	<ul style="list-style-type: none"> <li>بیش از نصف غذايش را ميخورد</li> <li>بیشتر نیازهای تغذیه ای بیماران دارای تغذیه لوله ای/TPN مرتفع می گردد</li> </ul>	ناکافی	محدودیت کم: تغییر اندک در پوزیشن بدن و اندام ها بصورت مکرر	راه رفتن با کمک	گاهی مرطوب	کمی مختل: پلسخ به محرک کلامی ولی عدم اختلال در حس درد در یک یا دو اندام	۳
	بیشتر غذايش را ميخورد	کافی	عدم محدودیت	راه رفتن بدون کمک	همیشه خشک	کاملاً سالم: پاسخ به محرک کلامی بدون مشکلی در حس درد	۴

ریسک خفلی بالا: ۶-۹	ریسک بالا: ۱۰-۱۲	ریسک متوسط: ۱۳-۱۴	ریسک پایین: ۱۵-۱۸	بدون خطر: ۱۹-۲۳
---------------------	------------------	-------------------	-------------------	-----------------

\*نحوه ثبت شاخص برادن در HIS:



اهم اقدامات و مراقبت های ضروری در پیشگیری از زخم فشاری	
<ul style="list-style-type: none"> <li>استفاده از تشک مواج برای بیماران فاقد تحرك</li> <li>اجتناب از کشیدن بیمار بر روی تخت در زمان جابجایی</li> <li>اطمینان از عدم جا ماندن اشیاء و تجهیزات بر روی تخت بیمار</li> <li>ثبت کلیه اقدامات صورت گرفته در گزارش پرستاری</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>الصاق لیبل زرد با درج ریسک مربوطه بر روی دستبند شناسایی بیمار</li> <li>تغییر پوزیشن بر اساس جدول تغییر پوزیشن</li> <li>حفظ ملافه بیمار بصورت خشک و بدون چروک</li> <li>آموزش اقدامات مراقبت از پوست به بیمار / خانواده</li> </ul>