

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA  Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

## SCALA MNA-SF (Mini Nutritional Assessment)

ETA' ..... PESO (Kg) ..... ALTEZZA (cm) .....

SESSO ..... DATA .....

### Screening

**A Presenta una perdita dell' appetito? Ha mangiato meno negli ultimi 3 mesi? (perdita d'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

**B Perdita di peso recente (<3 mesi)**

- 0 = perdita di peso > 3 kg  
1 = non sa  
2 = perdita di peso tra 1 e 3 kg  
3 = nessuna perdita di peso

**C Motricità**

- 0 = dal letto alla poltrona  
1 = autonomo a domicilio  
2 = esce di casa

**D Nell' arco degli ultimi 3 mesi: malattie acute o stress psicologici?**

- 0 = sì    2 = no

**E Problemi neuropsicologici**

- 0 = demenza o depressione grave  
1 = demenza moderata  
2 = nessun problema psicologico

**F1 Indice di massa corporea (IMC = peso / (altezza)<sup>2</sup> in kg/m<sup>2</sup>)**

- 0 = IMC < 19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

SE L' IMC NON E DISPONIBILE, SOSTITUIRE LA DOMANDA F1 CON LA DOMANDA F2.  
NON RISPONDERE ALLA DOMANDA F2 SE LA DOMANDA F1 E GIA' STATA COMPLETATA.

**F2 Circonferenza del polpaccio (CP in cm)**

- 0 = CP inferiore a 31  
3 = CP 31 o superiore

### Valutazione di screening

(max. 14 punti)

- 12-14 punti:**  stato nutrizionale normale  
**8-11 punti:**  a rischio di malnutrizione  
**0-7 punti:**  malnutrito