Il Diario dei Tuoi Sintomi FA

Conosci il ritmo FA*

*Fibrillazione Atriale

Ci sono persone con la fibrillazione atriale che non sperimentano alcun sintomo mentre altre ne ripotano diversi e altre ancora, li vedono peggiorare col tempo. Questo significa che i sintomi della FA possono nascere col tempo.

Tenere un diario della tua FA (comprese variazioni nei sintomi, gravità e ricorrenza) è incredibilmente utile. Potrai poi condividere queste informazioni con i tuoi medici.

Comprendere questi sintomi e il loro impatto sul tuo quotidiano aiuterà il tuo medico a raccomandarti e discutere le cure più adatte alla tua condizione. Lo scopo sarà di tenere sotto controllo i sintomi e assicurare una corretta ed efficace gestione della fibrillazione atriale.

Quali sono i sintomi più comuni della FA?

65% PALPITAZIONI

50% SPOSSATEZZA

43% AFFANNO

30% MALESSERE

19% CAPOGIRI

12% ANSIA

12% DOLORI AL PETTO

5% ALTRO

OLTRE **IL 50%** dei PAZIENTI con FA have a reduced ability to exercise

Come usare il diario dei sintomi?

- Stai sperimentando uno di questi sintomi? Tienine nota usando questo diario.
- Completa il diario ogni volta che si manifesta un episodio oppure prima di andare dal tuo medico.
- Compila con nuovi dati ogni volta per fare un paragone nel tempo.
- Scarica il PDF interattivo e compilalo sul tuo PC o manualmente.
- Stampa il diario completo dei sintomi per discuterne con l'equipe medica o in occasione del prossimo appuntamento col tuo dottore.

Per ULTERIORI INFORMAZIONI relative alla Fibrillazione Atriale, visitare **CONOSCIILRITMO.IT**

The Get Smart About AFib site ©Copyright Johnson & Johnson, All Rights Reserved.
Questo sito è pubblicato dalla Johnson & Johnson Medical N.V. Belgio che ne è l'unica responsabile ed è da intendersi solo per un pubblico EMEA.
Offerto da Biosense Webster.

Your AF Symptom Tracker

Conosci il ritmo FA*

*Fibrillazione Atriale

Ho fatto questo test il: _____

PALPITAZIONI

Hai mai le palpitazioni?	○ Mai ○ A volte* ○ Spesso* ○ Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ○ ogni giorno ○ ogni settimana ○ ogni mese ○ una o due volte l'anno

AFFANNO

Quanto spesso ti viene l'affanno?	○ Mai ○ A volte* ○ Spesso* ○ Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ○ ogni giorno ○ ogni settimana ○ ogni mese ○ una o due volte l'anno
Hai mai l'affanno a riposo?	○ Mai ○ A volte* ○ Spesso* ○ Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ○ ogni giorno ○ ogni settimana ○ ogni mese ○ una o due volte l'anno

DOLORI AL PETTO

Hai mai dolori al petto?	○ Mai ○ A volte* ○ Spesso* ○ Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ○ ogni giorno ○ ogni settimana ○ ogni mese ○ una o due volte l'anno

CAPOGIRI

Ti gira mai la testa?	○ Mai ○ A volte* ○ Spesso* ○ Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ○ ogni giorno ○ ogni settimana ○ ogni mese ○ una o due volte l'anno
Ti senti mai svenire o venire meno?	○ Mai ○ A volte* ○ Spesso* ○ Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ○ ogni giorno ○ ogni settimana ○ ogni mese ○ una o due volte l'anno

FSPOSSATEZZA/STANCHEZZA

Provi mai spossatezza o ti senti molto stanco?	○ Mai ○ A volte* ○ Spesso* ○ Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ○ ogni giorno ○ ogni settimana ○ ogni mese ○ una o due volte l'anno

ANSIA

Hai mai l'ansia?	○ Mai ○ A volte* ○ Spesso* ○ Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ○ ogni giorno ○ ogni settimana ○ ogni mese ○ una o due volte l'anno

Impatto sul tuo quotidiano

Quale di questi sintomi ti fa interrompere le attività che fai solitamente ogni giorno?

The Get Smart About AFib site ©Copyright Johnson & Johnson, All Rights Reserved.
Questo sito è pubblicato dalla Johnson & Johnson Medical N.V. Belgio che ne è l'unica responsabile ed è da intendersi solo per un pubblico EMEA.
Offerto da Biosense Webster.

Il Diario dei Tuoi Sintomi FA

Conosci il ritmo FA*

*Fibrillazione Atriale

Ho fatto questo test il: _____

PALPITAZIONI

Hai mai le palpitazioni?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

AFFANNO

Quanto spesso ti viene l'affanno?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno
Hai mai l'affanno a riposo?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

DOLORI AL PETTO

Hai mai dolori al petto?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

CAPOGIRI

Ti gira mai la testa?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno
Ti senti mai svenire o venire meno?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

FSPOSSATEZZA/STANCHEZZA

Provi mai spossatezza o ti senti molto stanco?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

ANSIA

Hai mai l'ansia?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

Impatto sul tuo quotidiano

Quale di questi sintomi ti fa interrompere le attività che fai solitamente ogni giorno?

The Get Smart About AFib site ©Copyright Johnson & Johnson, All Rights Reserved.
Questo sito è pubblicato dalla Johnson & Johnson Medical N.V. Belgio che ne è l'unica responsabile ed è da intendersi solo per un pubblico EMEA.
Offerto da Biosense Webster.

Il Diario dei Tuoi Sintomi FA

Conosci il ritmo FA*

*Fibrillazione Atriale

Ho fatto questo test il: _____

PALPITAZIONI

Hai mai le palpitazioni?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

AFFANNO

Quanto spesso ti viene l'affanno?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno
Hai mai l'affanno a riposo?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

DOLORI AL PETTO

Hai mai dolori al petto?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

CAPOGIRI

Ti gira mai la testa?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno
Ti senti mai svenire o venire meno?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

FSPOSSATEZZA/STANCHEZZA

Provi mai spossatezza o ti senti molto stanco?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

ANSIA

Hai mai l'ansia?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

Impatto sul tuo quotidiano

Quale di questi sintomi ti fa interrompere le attività che fai solitamente ogni giorno?

The Get Smart About AFib site ©Copyright Johnson & Johnson, All Rights Reserved.
Questo sito è pubblicato dalla Johnson & Johnson Medical N.V. Belgio che ne è l'unica responsabile ed è da intendersi solo per un pubblico EMEA.
Offerto da Biosense Webster.

Il Diario dei Tuoi Sintomi FA

Conosci il ritmo FA*

*Fibrillazione Atriale

Ho fatto questo test il: _____

PALPITAZIONI

Hai mai le palpitazioni?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

AFFANNO

Quanto spesso ti viene l'affanno?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno
Hai mai l'affanno a riposo?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

DOLORI AL PETTO

Hai mai dolori al petto?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

CAPOGIRI

Ti gira mai la testa?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno
Ti senti mai svenire o venire meno?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

FSPOSSATEZZA/STANCHEZZA

Provi mai spossatezza o ti senti molto stanco?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

ANSIA

Hai mai l'ansia?	● Mai ● A volte* ● Spesso* ● Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ● ogni giorno ● ogni settimana ● ogni mese ● una o due volte l'anno

Impatto sul tuo quotidiano

Quale di questi sintomi ti fa interrompere le attività che fai solitamente ogni giorno?

The Get Smart About AFib site ©Copyright Johnson & Johnson, All Rights Reserved.
Questo sito è pubblicato dalla Johnson & Johnson Medical N.V. Belgio che ne è l'unica responsabile ed è da intendersi solo per un pubblico EMEA.
Offerto da Biosense Webster.