

Domande di Screening



Lista di valutazione dei fattori di rischio del paziente:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. A qualcuno nella tua famiglia è mai stata diagnosticata la FA? | SI | NO |
| 2. Soffri di apnea ostruttiva notturna? | SI | NO |
| 3. Hai la pressione alta o prendi farmaci per curare l'ipertensione? | SI | NO |
| 4. Hai il diabete o prendi farmaci per tenere sotto controllo gli zuccheri nel sangue? | SI | NO |
| 5. Il tuo medico ti ha mai curato per ipertiroidismo? | SI | NO |
| 6. Hai mai subito un infarto, un'operazione chirurgica toracica o soffri di altre patologie cardiovascolari? | SI | NO |
| 7. Tali patologie possono esser state definite dal medico come: infarto del miocardio, coronaropatia, arteriopatia periferica o chirurgia cardiotoracica. | SI | NO |
| 8. Il tuo medico ti ha mai detto che hai una malattia alle valvole cardiache o di aver riparato o sostituito una valvola cardiaca? | SI | NO |
| 9. Il medico ti ha mai diagnosticata l'insufficienza cardiaca? | SI | NO |

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

