

Ci sono persone con la fibrillazione atriale che non sperimentano alcun sintomo mentre altre ne riportano 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



**IL 50%** dei PAZIENTI con FA  
ha avere ridotta capacità fisica

## 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**



# Il Diario dei Tuoi Sintomi FA



Ho fatto questo test il:

## PALPITAZIONI

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

## AFFANNO

<b>Quanto spesso ti viene l'affanno?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
--	----------------	--------------------	---

<b>Hai mai l'affanno a riposo?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
------------------------------------	----------------	--------------------	---

## DOLORI AL PETTO

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

## CAPOGIRI

<b>Ti gira mai la testa?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
------------------------------	----------------	--------------------	---

<b>Ti senti mai svenire o venire meno?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
--	----------------	--------------------	---

## SPOSSATEZZA/STANCHEZZA

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

## ANSIA

<b>Hai mai l'ansia?</b>	Mai Spesso*	A volte* 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?

# Il Diario dei Tuoi Sintomi FA



Ho fatto questo test il:

## PALPITAZIONI

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

## AFFANNO

<b>Quanto spesso ti viene l'affanno?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
--	----------------	--------------------	---

<b>Hai mai l'affanno a riposo?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
------------------------------------	----------------	--------------------	---

## DOLORI AL PETTO

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

## CAPOGIRI

<b>Ti gira mai la testa?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
------------------------------	----------------	--------------------	---

<b>Ti senti mai svenire o venire meno?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
--	----------------	--------------------	---

## SPOSSATEZZA/STANCHEZZA

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

## ANSIA

<b>Hai mai l'ansia?</b>	Mai Spesso*	A volte* 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?

# Il Diario dei Tuoi Sintomi FA



Ho fatto questo test il:

## PALPITAZIONI

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

## AFFANNO

<b>Quanto spesso ti viene l'affanno?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
--	----------------	--------------------	---

<b>Hai mai l'affanno a riposo?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
------------------------------------	----------------	--------------------	---

## DOLORI AL PETTO

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

## CAPOGIRI

<b>Ti gira mai la testa?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
------------------------------	----------------	--------------------	---

<b>Ti senti mai svenire o venire meno?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
--	----------------	--------------------	---

## SPOSSATEZZA/STANCHEZZA

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

## ANSIA

<b>Hai mai l'ansia?</b>	Mai Spesso*	A volte* 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?

# Il Diario dei Tuoi Sintomi FA



Ho fatto questo test il:



## PALPITAZIONI

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



## AFFANNO

<b>Quanto spesso ti viene l'affanno?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
--	----------------	--------------------	---

<b>Hai mai l'affanno a riposo?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
------------------------------------	----------------	--------------------	---



## DOLORI AL PETTO

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



## CAPOGIRI

<b>Ti gira mai la testa?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso valutare se ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
------------------------------	----------------	--------------------	---

<b>Ti senti mai svenire o venire meno?</b>	Mai Spesso*	A volte* Sempre	*Se rispondi A volte o Spesso ogni giorno ogni settimana ogni mese una o due volte l'anno
--	----------------	--------------------	---



## SPOSSATEZZA/STANCHEZZA

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



## ANSIA

<b>Hai mai l'ansia?</b>	Mai Spesso*	A volte* 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?