

# Il Diario dei Tuoi Sintomi di Fibrillazione Atriale



Alcune persone con Fibrillazione Atriale (FA) non avvertono alcun sintomo, mentre altre ne riportano di diverso tipo ed altre ancora, li sentono peggiorare nel tempo. I sintomi della FA, infatti, possono insorgere col passare del tempo

Tenere un tuo diario della FA, che includa variazioni nei sintomi, gravità e ricorrenza, è estremamente 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 FA.

## 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

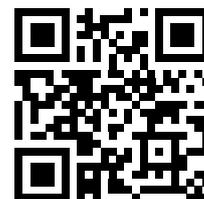


**IL 50%** dei PAZIENTI con FA ha ridotta capacità fisica

## Come usare il diario dei sintomi?

- Stai sperimentando uno di questi sintomi? Tieni 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 così da poter fare un paragone.
- 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 di Fibrillazione Atriale



Ho compilato il questionario 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 di Fibrillazione Atriale



Ho compilato il questionario 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 di Fibrillazione Atriale



Ho compilato il questionario 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 di Fibrillazione Atriale



Ho compilato il questionario 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?