



Unele persoane cu FA nu prezintă niciun semn, în timp ce alte persoane se confruntă cu o serie de simptome diferite, iar altele pot constata că FA de care suferă se agravează în timp. Acest lucru înseamnă că simptomele de FA se pot dezvolta în timp.

Urmărirea FA (incluzând modificarea tipului de simptome, a severității acestora și a frecvenței cu care le resimțiți) este incredibil de utilă, deoarece puteți comunica aceste informații echipei dumneavoastră medicale.

Înțelegerea acestor simptome și a impactului lor asupra vieții dumneavoastră de zi cu zi îl va ajuta pe medicul dumneavoastră să vă recomande și să discute cele mai potrivite opțiuni de tratament pentru afecțiunea dumneavoastră. Scopul va fi de a ține aceste simptome sub control și de a asigura că FA de care suferiți este tratată eficient.

Care sunt cele mai frecvente simptome de fibrilație atrială?



65%
PALPITAȚII

50%
OBOSEALĂ

43%
DIFICULTĂȚI DE
RESPIRAȚIE

30%
STARE DE RĂU



19%
AMEȚEALĂ

12%
ANXIETATE

12%
DURERI ÎN PIEPT

5%
ALTELE



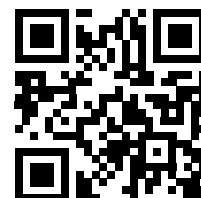
PESTE

50% din PACIENȚII cu FA
au o capacitate redusă de a face mișcare.

Cum se utilizează acest instrument de urmărire a simptomelor?

- Vă confrunțați cu oricare din simptomele de mai sus? Urmăriți-le folosind acest instrument.
- Completați acest instrument de urmărire de fiecare dată când vă confrunțați cu un episod sau înainte de a merge la medic.
- Completați data pentru fiecare intrare nouă, astfel încât să vă puteți compara răspunsurile de-a lungul timpului.
- Descărcați acest PDF interactiv și completați-l pe computer sau tipăriți-l și completați-l manual.
- Tipăriți instrumentul de urmărire a simptomelor completat pentru a discuta cu echipa dumneavoastră de asistență medicală cu ocazia următoarei programări la medic.

Pentru MAI MULTE INFORMAȚII
legate de fibrilația atrială,
vă rugăm să vizitați
WWW.FIBRILATIEATRIALA.RO



Instrumentul dumneavoastră de urmărire a simptomelor FA



**Totul
despre**
**FIBRILAȚIA
ATRIALĂ**

Am efectuat acest test la data de:

Palpitații

Vă confrunțați vreodată cu palpitații?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
---	------------------------	---------------------	--

Dificultăți de respirație

Cât de des vă confrunțați cu dificultăți de respirație?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
Vă confrunțați vreodată cu dificultăți de respirație în stare de repaus?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an

Dureri în piept

Vă confrunțați vreodată cu dureri în piept?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
--	------------------------	---------------------	--

Amețeală

Suferiți vreodată de amețeală?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
Simțiți vreodată că ați putea leșina sau v-ați putea pierde cunoștința?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an

Fatigabilitate/oboseală

Vă simțiți extenuat(ă) sau foarte obosit(ă)?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
---	------------------------	---------------------	--

Anxietate

Aveți sentimente de anxietate?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
---------------------------------------	------------------------	---------------------	--

Impactul asupra vieții de zi cu zi

Ce simptome, dacă există, vă întrerup activitățile de zi cu zi, însemnând că trebuie să vă opriți din ceea ce faceți?

Instrumentul dumneavoastră de urmărire a simptomelor FA



**Totul
despre
FIBRILAȚIA
ATRIALĂ**

Am efectuat acest test la data de:

Palpitații

Vă confrunțați vreodată cu palpitații?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
---	------------------------	---------------------	--

Dificultăți de respirație

Cât de des vă confrunțați cu dificultăți de respirație?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
Vă confrunțați vreodată cu dificultăți de respirație în stare de repaus?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an

Dureri în piept

Vă confrunțați vreodată cu dureri în piept?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
--	------------------------	---------------------	--

Amețeală

Suferiți vreodată de amețeală?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
Simțiți vreodată că ați putea leșina sau v-ați putea pierde cunoștința?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an

Fatigabilitate/oboseală

Vă simțiți extenuat(ă) sau foarte obosit(ă)?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
---	------------------------	---------------------	--

Anxietate

Aveți sentimente de anxietate?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
---------------------------------------	------------------------	---------------------	--

Impactul asupra vieții de zi cu zi

Ce simptome, dacă există, vă întrerup activitățile de zi cu zi, însemnând că trebuie să vă opriți din ceea ce faceți?

Instrumentul dumneavoastră de urmărire a simptomelor FA



**Totul
despre
FIBRILAȚIA
ATRIALĂ**

Am efectuat acest test la data de:

Palpitații

Vă confrunțați vreodată cu palpitații?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
---	------------------------	---------------------	--

Dificultăți de respirație

Cât de des vă confrunțați cu dificultăți de respirație?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
Vă confrunțați vreodată cu dificultăți de respirație în stare de repaus?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an

Dureri în piept

Vă confrunțați vreodată cu dureri în piept?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
--	------------------------	---------------------	--

Amețeală

Suferiți vreodată de amețeală?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
Simțiți vreodată că ați putea leșina sau v-ați putea pierde cunoștința?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an

Fatigabilitate/oboseală

Vă simțiți extenuat(ă) sau foarte obosit(ă)?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
---	------------------------	---------------------	--

Anxietate

Aveți sentimente de anxietate?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
---------------------------------------	------------------------	---------------------	--

Impactul asupra vieții de zi cu zi

Ce simptome, dacă există, vă întrerup activitățile de zi cu zi, însemnând că trebuie să vă opriți din ceea ce faceți?

Instrumentul dumneavoastră de urmărire a simptomelor FA



**Totul
despre**
**FIBRILAȚIA
ATRIALĂ**

Am efectuat acest test la data de:

Palpitații

Vă confrunțați vreodată cu palpitații?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
---	------------------------	---------------------	--

Dificultăți de respirație

Cât de des vă confrunțați cu dificultăți de respirație?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
Vă confrunțați vreodată cu dificultăți de respirație în stare de repaus?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an

Dureri în piept

Vă confrunțați vreodată cu dureri în piept?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
--	------------------------	---------------------	--

Amețeală

Suferiți vreodată de amețeală?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
Simțiți vreodată că ați putea leșina sau v-ați putea pierde cunoștința?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an

Fatigabilitate/oboseală

Vă simțiți extenuat(ă) sau foarte obosit(ă)?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
---	------------------------	---------------------	--

Anxietate

Aveți sentimente de anxietate?	Niciodată Frecvent*	Ocazional* Mereu	*Dacă răspunsul este ocazional sau frecvent zilnic în fiecare săptămână în fiecare lună o dată sau de două ori pe an
---------------------------------------	------------------------	---------------------	--

Impactul asupra vieții de zi cu zi

Ce simptome, dacă există, vă întrerup activitățile de zi cu zi, însemnând că trebuie să vă opriți din ceea ce faceți?