

Diario per il monitoraggio dei sintomi della stenosi aortica

Ascoltare il cuore.
Riconoscere i segni.



Monitorando la salute del cuore, insieme al suo
medico potrà affrontare la stenosi aortica.








Edwards

Il diario per il monitoraggio dei sintomi della stenosi aortica è stato creato per aiutarla a monitorare e registrare i suoi sintomi. Capire in che modo la stenosi aortica influisca su di lei e sul suo stile di vita può aiutare il medico a valutare più prontamente la causa, la gravità e la progressione della patologia.

Riconoscere i segni.

Di seguito sono elencati i sintomi della stenosi aortica:⁽¹⁾

				
Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	Battito cardiaco accelerato o irregolare	Difficoltà a respirare o fiato corto	Capogiri o svenimenti	Gonfiore alle caviglie o ai piedi

I sintomi della stenosi aortica sono spesso trascurati in quanto segni tipici dell'età e possono essere difficili da riconoscere senza un attento monitoraggio.⁽¹⁾ Quando si è affetti da stenosi aortica severa sintomatica, si corre un rischio più elevato,⁽¹⁾ quindi è fondamentale per lei comprendere i fattori correlati alla salute del cuore e rivolgersi al medico qualora le condizioni peggiorassero.

⁽¹⁾Carabello BA. Introduction to aortic stenosis. Circ Res 2013;113:179–85.

Come utilizzare questo diario di monitoraggio dei sintomi

1. La prima volta che utilizza questo diario, potrebbe essere utile annotare alcune frasi sulla pagina successiva, per descrivere in che modo la stenosi aortica influisce sulla sua vita.
2. A partire dal giorno 1, inserisca la data odierna nella prima riga, nella parte superiore della pagina.
3. Per ogni riga delle tabelle (ad esempio “Dolore toracico”), faccia clic per contrassegnare le caselle che meglio descrivono la sua condizione.
4. Scriva alcune frasi alla fine della giornata per riflettere su eventuali sintomi o attività che hanno risentito più del solito della sua patologia.
5. Può essere una buona idea impostare una sveglia sul telefono o altro dispositivo (per esempio alle 19:00 o dopo la cena) per ricordarsi di compilare ogni giorno la tabella.
6. Cerchi di completare almeno 14 giorni di monitoraggio in modo che il suo medico possa avere un quadro quanto più completo dei suoi sintomi.
7. Si ricordi di portare questo diario al prossimo appuntamento con il medico. Questo diario di monitoraggio può essere usato anche in combinazione con la guida al colloquio con il medico, disponibile alla pagina NewHeartValve.com, per aiutarla a parlare con il medico della stenosi aortica.

La stenosi aortica influisce sulla mia vita quotidiana perché:

Digitare qui

Le attività che mi piacciono e che non posso più fare sono:

Digitare qui






Le attività che vorrei tornare a svolgere sono:

Digitare qui



Giorno 1

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>






Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui



Giorno 2

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>






Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui



Giorno 3

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>






Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui



Giorno 4

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>






Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui



Giorno 5

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>






Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui



Giorno 6

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>






Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui



Giorno 7

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui

Sintomi che sono peggiorati questa settimana:

Digitare qui

Fattori legati allo stile di vita che sono peggiorati questa settimana:

Digitare qui






Altri cambiamenti questa settimana:

Digitare qui



Giorno 8

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>






Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui



Giorno 9

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>






Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui



Giorno 10

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>






Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui



Giorno 11

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>






Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui



Giorno 12

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>






Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui



Giorno 13

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>






Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui



Giorno 14

Data

Sintomi	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Dolore toracico (angina) o costrizione al petto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Battito cardiaco rapido e irregolare (palpitazioni)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a respirare o fiato corto, specialmente durante l'esercizio fisico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Sensazione di vertigini o svenimento quando stanco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Gonfiore alle caviglie o ai piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Fattori legati allo stile di vita	Nessuno	Lieve	Moderato	Severo
 Difficoltà a percorrere brevi distanze a piedi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Difficoltà a dormire o bisogno di dormire seduto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Esercizio fisico ridotto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
 Ansia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Altri cambiamenti riscontrati oggi

Digitare qui

Sintomi che sono peggiorati questa settimana:

Digitare qui

Fattori legati allo stile di vita che sono peggiorati questa settimana:

Digitare qui

Altri cambiamenti questa settimana:

Digitare qui

Note

Digitare qui

Note

Digitare qui

Edwards, Edwards Lifesciences e il logo stilizzato E sono marchi di fabbrica di Edwards Lifesciences Corporation o delle sue affiliate. Tutti gli altri marchi sono di proprietà dei rispettivi titolari.

© 2020 Edwards Lifesciences Corporation. Tutti i diritti riservati. PP--EU-1000 4 v1.0

Edwards Lifesciences • Route de l'Etraz 70, 1260 Nyon, Svizzera • edwards.com



Edwards