

COGNOME E NOME _____

Terapia farmacologica _____

Portatore di PACE-MAKER SI NO

Sintomi da annotare	Attività	ESEMPIO:
<ul style="list-style-type: none"> • Dolore (torace/collo/ Braccia/faccia) • Palpitazioni • Vertigini • Nausea • Affanno 	<ul style="list-style-type: none"> • Esercizio • Fumo • Rapporti sessuali • Sonno • Pasti 	9.30 Inizio registrazione 10.30 Guida al lavoro 10.40 Lavoro 12.00 Pasto 14.00 Riposo 16.00 Guida a casa 18.00 Cena 19.00 TV 21.00 A letto
Ora	Attività	Sintomi