



Fondazione italiana per il cuore

# Giornata Mondiale del Cuore

## VISITA LA TUA

# FARMACIA DEL CUORE



ASSOCIAZIONE CHIMICA FARMACEUTICA  
LOMBARDA FRA TITOLARI DI FARMACIA

## STORIA PERSONALE

♥ <b>Quanti anni ha?</b>	<b>Punti</b>
<30 se uomo, <40 se donna	0
30-55 se uomo, 40-65 se donna	1
>55 se uomo, >65 se donna	2
♥ <b>Sesso:</b>	
Femmina	0
Maschio	1
♥ <b>Per le donne:</b>	
Età fertile?	0
Menopausa?	1
♥ <b>Soffre di pressione alta o assume farmaci per ridurre la pressione?</b>	
No	0
Non so	1
Sì	2
♥ <b>Soffre di colesterolo e/o trigliceridi alto o assume farmaci per abbassare il colesterolo?</b>	
No	0
Non so	1
Sì	2
♥ <b>Soffre di diabete o assume farmaci per ridurre la glicemia?</b>	
No	0
Non so	1
Sì	2
♥ <b>È in sovrappeso?</b>	
No	0
Ora no, ma lo sono stato in passato	1
Sì	2

♥ <b>Fumo</b>	
Non ho mai fumato	0
Ora no, ma in passato ho fumato	1
Sì, fumo	2
♥ <b>Svolge attività fisica aerobica (camminata, jogging, corsa, nuoto, bicicletta, ecc)?</b>	
No, mai	<input type="checkbox"/>
Occasionalmente	<input type="checkbox"/>
Regolarmente	<input type="checkbox"/>
Se regolare, quante volte a settimana? _____	
♥ <b>Ritiene di essere:</b>	
Usualmente sereno	<input type="checkbox"/>
Stressato solo in alcuni periodi	<input type="checkbox"/>
Frequentemente stressato	<input type="checkbox"/>

## STORIA FAMILIARE

♥ <b>Tra i suoi familiari (genitori, fratelli, figli) qualcuno soffre o ha sofferto di una o più delle seguenti malattie:</b>	
– Infarto,	
– Angina,	
– Ischemia cardiaca,	
– Morte cardiaca improvvisa,	
– Ictus,	
– Ischemia cerebrale,	
– Infarto cerebrale transitorio (TIA),	
– Ostruzione alle arterie delle gambe,	
<b>o è stato sottoposto a:</b>	
– By-pass (coronarico/carotideo),	
– Angioplastica (palloncino/stent).	
No	0
Sì	1
♥ <b>Tra i suoi familiari (genitori, fratelli, figli) qualcuno soffre o ha sofferto di uno o più dei seguenti fattori di rischio?</b>	
– Ipertensione arteriosa?	
– Diabete?	
– Ipercolesterolemia?	
No	0
Sì	1

**Totale punti:** \_\_\_\_\_





Fondazione italiana per il cuore

# Giornata Mondiale del Cuore VISITA LA TUA FARMACIA DEL CUORE



ASSOCIAZIONE CHIMICA FARMACEUTICA  
LOMBARDA FRA TITOLARI DI FARMACIA

## Risultati

- ♥ **Totale punti: 0-2:** Consigli comportamentali.
- ♥ **Totale punti:  $\geq 3$ :** Compilare il seguente questionario. È inoltre consigliabile effettuare una valutazione dettagliata dei fattori di rischio e una stima del rischio cardiovascolare globale.

HA MAI AVVERTITO UNO O PIÙ DEI SEGUENTI DISTURBI?	No	Sì
Palpitazioni (sensazione di battito cardiaco mancante o di accelerazione improvvisa dei battiti)?		
Dolore oppure senso di peso o di oppressione o di bruciore al petto oppure allo stomaco, gola, o braccio sinistro, soprattutto in concomitanza di sforzi fisici, freddo o situazioni di stress?		
Dispnea (mancanza di fiato durante l'attività fisica anche lieve o moderata)?		
Gonfiore ai piedi, specialmente di sera?		
Necessità di dormire con più di un cuscino per respirare bene?		
Necessità di alzarsi durante la notte per mancanza di fiato?		
Svenimenti ripetuti o perdita di coscienza?		
Perdita momentanea della vista, della parola, della forza o sensibilità di un braccio o di una gamba?		
Dolori alle gambe mentre cammina e che La costringono a fermarsi?		
Se maschio: erezione insufficiente o non efficace per un normale rapporto sessuale?		

- ♥ **Se stima del rischio < 20 punti e nessun "Sì" nel questionario:** → Consigli comportamentali.
- ♥ **Se stima del rischio > 20 punti o almeno un "Sì" nel questionario:** → Opportuno visita medica.