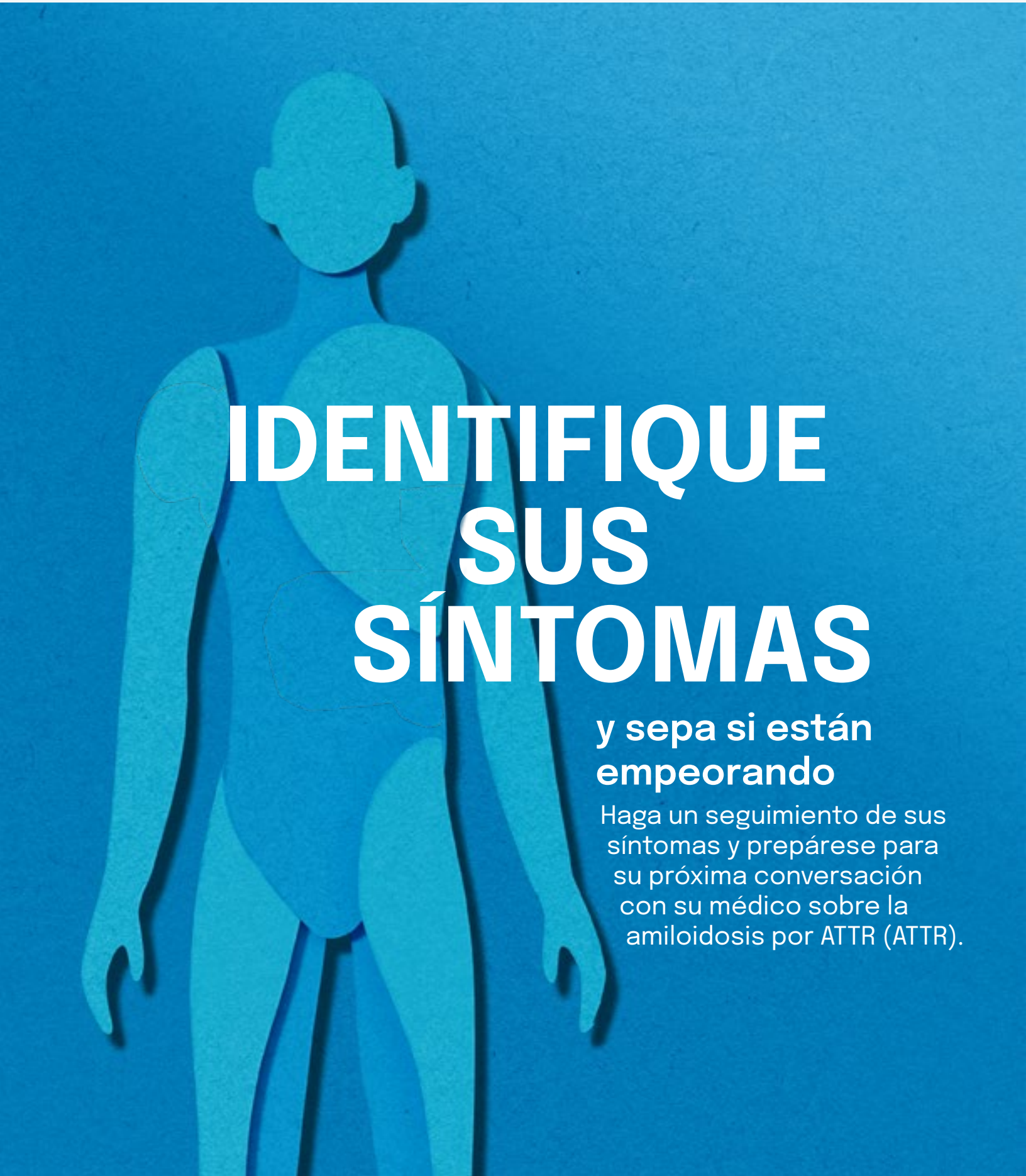
ATTR AMYLOIDOSIS REVEALED™

REGISTRO Y LISTA DE VERIFICACIÓN DE SÍNTOMAS



IDENTIFIQUE SUS SÍNTOMAS

y sepa si están empeorando

Haga un seguimiento de sus síntomas y prepárese para su próxima conversación con su médico sobre la amiloidosis por ATTR (ATTR).

DESCUBRA MÁS ACERCA DE LA ATTR



La ATTR es una enfermedad infradiagnosticada con síntomas que pueden empeorar con el tiempo y afectar varias partes del cuerpo, incluido el **corazón**, los **nervios** y el **aparato digestivo**.

Existen 2 tipos de ATTR, la ATTR de tipo salvaje (wtATTR) y la ATTR hereditaria (hATTR).

wtATTR

Este tipo no se hereda y puede estar asociado con el envejecimiento.

hATTR

Este tipo es causado por una variante genética hereditaria, o cambio, en el gen TTR que se transmite a través de los miembros de la familia.

La variante genética hace que la proteína TTR se pliegue mal y se acumule en el cuerpo en forma de depósitos de amiloide.

Debido a que la hATTR se transmite entre miembros de la familia, es importante informar a su médico sobre los síntomas que hayan presentado sus familiares.

La ATTR puede afectar varias partes del cuerpo. Cuando presenta síntomas relacionados con el corazón, se conoce como **ATTR con cardiomiopatía (ATTR-CM)**. Cuando presenta síntomas relacionados con los nervios, se conoce como **ATTR con polineuropatía (ATTR-PN)**.

Obtenga más información sobre la ATTR y cómo reconocer sus signos y síntomas en ATTRrevealed.com/symptoms.

El seguimiento es solo el comienzo

3

Esta **Lista de verificación y registro de síntomas** puede ayudarle a llevar un control de sus síntomas, cómo han afectado su vida y si han cambiado con el tiempo.

Compartir esta información es un paso importante en su viaje hacia el diagnóstico y el monitoreo de su afección. Para su médico, estos detalles le ayudarán a determinar los próximos pasos. Para sus seres queridos, saber cómo se siente les brinda la oportunidad de brindarle un mejor apoyo.

Este recurso no incluye una lista completa de los síntomas que pueden experimentar las personas con ATTR. Cada persona tiene una experiencia diferente, y es posible que no tenga todos estos síntomas, o que no los tenga al mismo tiempo. Hable con su médico sobre todos sus síntomas, incluso si parecen no estar relacionados.



JERRY,
vive con wtATTR

4 Síntomas relacionados con el corazón



¿Qué síntomas experimenta?
Marque todas las opciones que correspondan.

	¿Qué tan limitante es el síntoma?	¿Cuánto tiempo ha tenido este síntoma?	¿Cómo ha cambiado el síntoma con el tiempo?
	Marque el número correspondiente. 1 - Mínimo 2 - Leve 3 - Moderado 4 - Grave 5 - Extremo	Anote cuándo experimentó el síntoma por primera vez. MM/DD/AAAA	Marque la casilla correspondiente.
☐ Falta de aliento	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Hinchazón de las piernas, los tobillos y/o los pies (edema)	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Fatiga	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Desmayos	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Ritmos cardíacos anormales (arritmias)	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Latidos cardíacos irregulares	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual

¿Otro familiar ha experimentado alguno de estos síntomas? SÍ | NO

¿Le han diagnosticado insuficiencia cardíaca? SÍ | NO

Notas:

Síntomas relacionados con los nervios de las manos, los pies, los brazos y las piernas



¿Qué síntomas experimenta?
Marque todas las opciones que correspondan.

	¿Qué tan limitante es el síntoma?	¿Cuánto tiempo ha tenido este síntoma?	¿Cómo ha cambiado el síntoma con el tiempo?
	Marque el número correspondiente. 1 - Mínimo 2 - Leve 3 - Moderado 4 - Grave 5 - Extremo	Anote cuándo experimentó el síntoma por primera vez. MM/DD/AAAA	Marque la casilla correspondiente.
☐ Dolor con ardor, entumecimiento, cosquilleo y/u hormigueo en las extremidades	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Pérdida de sensibilidad a la temperatura	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Dificultad para agarrarse a los objetos	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Dificultad para usar los dedos (p. ej.: abrochar botones, escribir, recoger monedas)	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Problemas de equilibrio y/o sensación de inestabilidad en los pies	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Dificultad para levantarse de una silla	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Dificultad para caminar	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual

¿Otro familiar ha experimentado alguno de estos síntomas? SÍ | NO

¿Le han diagnosticado polineuropatía? SÍ | NO

Notas:

6 Síntomas relacionados con el control de las funciones corporales



¿Qué síntomas experimenta?
Marque todas las opciones que correspondan.

	¿Qué tan limitante es el síntoma?	¿Cuánto tiempo ha tenido este síntoma?	¿Cómo ha cambiado el síntoma con el tiempo?
	Marque el número correspondiente. 1 - Mínimo 2 - Leve 3 - Moderado 4 - Grave 5 - Extremo	Anote cuándo experimentó el síntoma por primera vez. MM/DD/AAAA	Marque la casilla correspondiente.
☐ Problemas digestivos (p. ej., sensación de saciedad rápida, diarrea, estreñimiento)	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Náuseas y/o vómitos	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Pérdida de peso inexplicable	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Mareos o aturdimiento al ponerse de pie	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Incontinencia urinaria o infecciones urinarias (IU) recurrentes	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Aumento o disminución de la sudoración	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Disfunción sexual	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Dificultad para adaptarse a los cambios en la luz	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual

¿Otro familiar ha experimentado alguno de estos síntomas? SÍ | NO

Notas:

Síntomas relacionados con los músculos, las articulaciones y los tendones



¿Alguna vez le diagnosticaron estas afecciones o habló sobre ellas con su médico?
Marque todas las opciones que correspondan.

	¿Qué tan limitante es el síntoma?	¿Cuánto tiempo ha tenido este síntoma?	¿Cómo ha cambiado el síntoma con el tiempo?
	Marque el número correspondiente. 1 - Mínimo 2 - Leve 3 - Moderado 4 - Grave 5 - Extremo	Anote cuándo experimentó el síntoma por primera vez. MM/DD/AAAA	Marque la casilla correspondiente.
☐ Síndrome del túnel carpiano	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual



El síndrome del túnel carpiano, especialmente en ambas muñecas, puede ser uno de los primeros síntomas de ATTR y puede aparecer hasta 10 años antes de que se diagnostique la enfermedad.

☐ Estenosis lumbar del canal vertebral*	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Rotura del tendón del bíceps	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Lesión del manguito rotador	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Osteoartritis	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Dedo en gatillo	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual

¿Otro familiar ha experimentado alguno de estos síntomas? SÍ | NO

Notas:

* Estrechamiento del canal espinal en la parte baja de la espalda que puede causar dolor o entumecimiento en las piernas.

8 Salud general e impacto en las actividades diarias



¿Cuáles de estos está experimentando? Marque todas las opciones que correspondan.	**¿Qué tan grave es la limitación?** Marque el número correspondiente. 1 - Mínimo 2 - Leve 3 - Moderado 4 - Grave 5 - Extremo	**¿Desde hace cuánto tiempo lo presenta?** Anote cuándo experimentó el síntoma por primera vez. MM/DD/AAAA	**¿Cómo ha cambiado con el tiempo?** Marque la casilla correspondiente.
☐ La salud física interfiere con las actividades sociales normales (p. ej.: pasatiempos, visitas a amigos o familiares, etc.) y/o el trabajo	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ La debilidad y/o los temblores interfieren con las actividades normales (p. ej.: compras, tareas domésticas, etc.)	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Dificultad para bañarse/ducharse	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Dificultad para vestirse	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Ansiedad o depresión	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Dificultad para caminar 1 cuadra en un suelo plano	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual

Notas:

Otros síntomas



¿Qué síntomas experimenta?
Marque todas las opciones que correspondan.

	¿Qué tan limitante es el síntoma?	¿Cuánto tiempo ha tenido este síntoma?	¿Cómo ha cambiado el síntoma con el tiempo?
	Marque el número correspondiente. 1 - Mínimo 2 - Leve 3 - Moderado 4 - Grave 5 - Extremo	Anote cuándo experimentó el síntoma por primera vez. MM/DD/AAAA	Marque la casilla correspondiente.
☐ Glaucoma, visión borrosa o manchada	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Moscas volantes	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Episodios similares a los accidentes cerebrovasculares, que causan síntomas (p. ej.: dificultad para hablar, dolores de cabeza intensos o convulsiones)	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Problemas para recordar cosas y/u olvido	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual
☐ Disfunción renal	1 2 3 4 5		Mejor Peor Igual

¿Otro familiar ha experimentado alguno de estos síntomas? **SÍ** | **NO**

Notas:

10 Prepararse para su próxima conversación con su médico

Identificar y controlar sus síntomas es una parte importante para estar mejor informado al momento de hablar sobre la ATTR con su médico. Como la comunicación abierta con su equipo de atención médica es fundamental para definir los próximos pasos, a continuación se presentan algunas cuestiones que puede considerar antes de su próxima cita.

Anote cualquier otro síntoma que esté experimentando y que no esté incluido en este registro, así como cuándo comenzó a notarlo.

¿Qué síntomas han aparecido desde su última cita?

Desde su última cita, ¿qué síntomas han interferido con sus actividades diarias?

¿Alguien le ha comentado que ha notado un cambio en sus síntomas?

Si le han diagnosticado insuficiencia cardíaca, ¿qué medicamentos le han recetado? ¿Cómo han cambiado sus síntomas desde que comenzó el tratamiento?

Anote todos los medicamentos que está tomando.



Escanee el código o visite www.ATTRrevealed.com para recibir más recursos educativos y obtener información sobre la ATTR.

Alnylam® PHARMACEUTICALS

ATTR Revealed y su logotipo asociado son marcas comerciales de Alnylam Pharmaceuticals, Inc.
©2025 Alnylam Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. TTR-USA-00765

ATTR AMYLOIDOSIS REVEALED™