



Press the button on the Biosensor before recording symptoms.



Date



Time

SYMPTOMS

Mark any symptoms you are experiencing. Select one or more.

ACTIVITY

Mark the activity you were involved in when you experienced the symptoms. Select one.

Low

Medium

High

Pressed by Mistake



Anxious



Chest Discomfort / Pain



Dizziness



Heart Racing



Heart Fluttering



Palpitations



Faint / Weak



Breathless



Tired / Fatigued



Resting, Sitting, Lying down



Walking, Stretching



Exercising, Climbing Stairs



EXAMPLE: A person feeling Palpitations and Chest Discomfort while on a walk at 11:30AM on the 4th of April 2025.

04 / 04 / 2025

11 : 30 AM

☐

☐

☒

☐

☐

☐

☒

☐

☐

☐

☐

☒

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

/ /

:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

