Mod. 2013-05_1

QUESTIONARIO PER AGGREGAZIONE PAZIENTI AFFETTI DA

GASTRITE CRONICA ATROFICA AUTOIMMUNE

Compila questo form così da fornire alcuni dati utili al censimento che sto raccogliendo sul mio sito **www.gcaa.altervista.org**.
I dati che saranno qui inseriti potranno essere o non essere pubblicati a seconda della vostra indicazione qui espressa. I **dati che comunque saranno pubblicati non conterranno in alcun modo dati che facciano risalire alla vostra vera identità** a meno che non chiediate espressamente di pubblicare il vostro cognome.
Ringrazio tutti per la compilazione di questo modulo e per l'aggregazione al mio lavoro. Ricordo solo che più dati e notizie fornirete e più aiuteremo persone che potrebbero avere le stesse problematiche.

Inviare questo file WORD allegandolo ad una mail inviandola al seguente indirizzo mail **gcaa.italia@gmail.com**.
Il vostro indirizzo mail invece sarà rilevato dall'invio modulo ma non apparirà in alcun punto del sito.
Grazie a tutti Fernando GCAA.

FORM DATI

(non preoccuparti se il foglio si estende su più pagine)

Domanda	Vostro dato	Autorizzazione alla pubblicazione sul sito web del dato **(se non modificato si intenderà il SI)**
Questo questionario può essere pubblicato assieme al messaggio in bacheca?		**NO**
Nome reale (solo nome)?	**Anonima12082015**	**NO**
Alias con cui apparire nel sito?	**Anonima12082015**	**NO**
Sesso (M o F)?	**F**	**SI**
Età inizio malattia?	**NON SO, PRIMA ANEMIA A 30 ANNI**	**SI**
Sintomi con cui è iniziata la malattia? *Cioè come sei arrivata/o alla diagnosi*	**ANEMIA**	**SI**
Età attuale (oggi)?	**XX**	**NO**
Sintomi attuali?	**NESSUNO**	**SI**
Età diagnosi definitiva GCAA?	**37**	**SI**
Zona geografica di cura (basta regione oppure provincia oppure città, scegliete liberamente)?	**XXXXXXXX**	**NO**
Come hai trovato il mio sito? *Inserisci un simbolo "X" tra le parentesi [ ]*	**[X] Motore di ricerca** **[ ] Passaparola** **[ ] Social Network** **[ ] Link da altro sito**	**SI**
Secondo te, i medici a cui ti rivolgi, conoscono la malattia?	**POCO**	**SI**
Terapie attualmente in uso? *Magari specificando modalità e posologia*	**VITAMINA B 12, FOLATI, FERRO** **1 FIALA DOBETIN 1000 OGNI 3 GG, 1 CP FOLICO AL DI', GLUCOFERRO A CICLI OGNI 3 MESI 1 CP AL DI'**	**SI**
Problemi derivati dalla GCAA (altre malattie legate direttamente)?	**TIROIDITE HASHIMOTO**	**SI**
Altre patologie non legate o che il medici non collegano alla GCAA?	**-**	**SI**
Hai mai segnalato ad enti istituzionali la tua problematica per ottenere una forma di esonero? Se Sì, specifica possibilmente quali enti.	**NO**	**SI**
Altre notizie utili per tutti	**-**	**SI**

Hai da segnalare istituti/ospedali/medici che ritieni validi per questa patologia, quali?	-	**SI**
Breve storia dall'inizio ad oggi *(il campo sotto è espandibile)*		**NO**