QUESTIONARIO PER AGGREGAZIONE PAZIENTI AFFETTI DA

GASTRITE CRONICA ATROFICA AUTOIMMUNE

Mod. 2017-09_1

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?		**SI**
Nome reale (solo nome)?	**ALICE**	**SI**
Alias con cui apparire nel sito?		**SI**
Sesso (M o F)?	**F**	**SI**
Età inizio malattia?	**2017**	**SI**
Sintomi con cui è iniziata la malattia? *Cioè come sei arrivata/o alla diagnosi*	**LIVELLI BASSI VIT. B12, VIT. D E FERRO**	**SI**
Età attuale (oggi)?	**39**	**SI**
Sintomi attuali?	**STANCHEZZA E DIFFICOLTA' NELLA CONCENTRAZIONE . A LIVELLO DI STOMACO NESSUN DISTURBO.**	**SI**
Età diagnosi definitiva GCAA?	**2017**	**SI**
Zona geografica di cura (basta regione oppure provincia oppure città, scegliete liberamente)?	**LOMBARDIA**	**SI**
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?	**SI**	**SI**
Terapie attualmente in uso? *Magari specificando modalità e posologia*	**HEPILOR MATTINA E SERA, POLASE 1 BUSTINA AL GIORNO, CICLI DI 20 PUNTURE A GIORNI ALTERNI DI ACIDO FOLICO E VIT. B12 OGNI 4 MESI CIRCA.**	**SI**
Problemi derivati dalla GCAA (altre malattie legate direttamente)?	**VITILIGGINE**	**SI**
Altre patologie non legate o che il medici non collegano alla GCAA?	**NESSUNA**	**SI**
Hai mai segnalato ad enti istituzionali la tua problematica per ottenere una forma di esonero? Se Si, specifica possibilmente quali enti.	**NO**	**SI**

QUESTIONARIO PER AGGREGAZIONE PAZIENTI AFFETTI DA

GASTRITE CRONICA ATROFICA AUTOIMMUNE

Mod. 2017-09_1

Altre notizie utili per tutti		**SI**
Hai da segnalare istituti/ospedali/medici che ritieni validi per questa patologia, quali?	**POLICLINICO SAN MATTEO PAVIA**	**SI**
Breve storia dall'inizio ad oggi *(il campo sotto è espandibile)*		**SI**

A FINE 2016 A SEGUITO DI EPISODIO DI DISGEUSIA DURATO CIRCA 15 GG MI SONO RECATA DA UN GASTROENTEROLO CHE MI HA FATTO FARE DIVERSI ESAMI DI CONTROLLO DAI QUALI RISULTAVO CARENTE DI FERRO, DI VIT. B12 E DI VIT. D. – IPERGASTRINEMIA. A GENNAIO 2017 FACCIO ANTICORTPI ANTI APCA E RISULTANO POSITIVI – FINE GENNAIO 2017 GASTROSCOPIA CON DIAGNOSI DI GASTRITE CRONICA ATROFICA AUTOIMMUNE.