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)?	**MARIA**	
Alias con cui apparire nel sito?	**MERY**	
Sesso (M o F)?	**F**	
Età inizio malattia?	**SCOPERTA 10/10/2018**	
Sintomi con cui è iniziata la malattia? *Cioè come sei arrivata/o alla diagnosi*	**TOSSE DA REFLUSSO**	
Età attuale (oggi)?	**49**	
Sintomi attuali?	**TOSSE DA REFLUSSO. NESSUN ALTRO SINTOMO**	
Età diagnosi definitiva GCAA?	**49**	
Zona geografica di cura (basta regione oppure provincia oppure città, scegliete liberamente)?	**VENETO**	
Come hai trovato il mio sito? *Inserisci un simbolo "X" tra le parentesi [ ]*	**[X] Motore di ricerca** **[ ] Passaparola** **[ ] Social Network** **[ ] Link da altro sito**	
Secondo te, i medici a cui ti rivolgi, conoscono la malattia?	**SPERO DI SI**	
Terapie attualmente in uso? *Magari specificando modalità e posologia*	**NESSUNA**	
Problemi derivati dalla GCAA (altre malattie legate direttamente)?	**NON LO SO**	
Altre patologie non legate o che il medici non collegano alla GCAA?	**EMICRANIA, CARENZA DI FERRO, STANCHEZZA, ASMA**	
Hai mai segnalato ad enti istituzionali la tua problematica per ottenere una forma di esonero? Se Sì, specifica possibilmente quali enti.		**NO**
Altre notizie utili per tutti		**NO**
Hai da segnalare istituti/ospedali/medici che ritieni validi per questa patologia, quali?	**NON SAPREI SONO NUOVA A QUESTA COSA**	**NO**
Breve storia dall'inizio ad oggi *(il campo sotto è espandibile)*		

QUESTIONARIO PER AGGREGAZIONE PAZIENTI AFFETTI DA

GASTRITE CRONICA ATROFICA AUTOIMMUNE

Mod. 2017-09_1

PRESCRITTA GASTROSCOPIA PER REFLUSSO GASTRICO. ESITO: GASTROPATIA EROSIVA. STOMACO ANTRO. INCERTA PICCOLA ERNIA IATALW. BIOPSIA:FRAMMENTI DI MUCOSA GASTRICA TIPO CORPO FUNDICO CON INFILTRATO INFIAMMATORIO E LINFOMONOCITARIO DI GRADO MODERATO. ATTIVITA'PRESENTE DI GRADO MODERATO. ATROFIA DI GRADO MODERATO (SCORE 2 SEC. OLGA) PRESENTE METAPLASIA INTESTINALE. HELICOBACTER NEG.. ALLA VISITA CON IL GASTROENTEROLO MI SCRIVE: SOSPETTA GASTRITE ATROFICA AUTOMMUNE DI TIPO A.