



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'aggiungimento 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)?	Giuseppe	SI
Alias con cui apparire nel sito?		SI
Sesso (M o F)?	M	SI
Età inizio malattia?	49	SI
Sintomi con cui è iniziata la malattia? <i>Cioè come sei arrivata/o alla diagnosi</i>	Autodiagnosi carenza b12	SI
Età attuale (oggi)?	49	SI
Sintomi attuali?	/	SI
Età diagnosi definitiva GCAA?	49	SI
Zona geografica di cura (basta regione oppure provincia oppure città, scegliete liberamente)?	Lombardia	SI
Come hai trovato il mio sito? <i>Inserisci un simbolo "X" tra le parentesi []</i>	<input type="checkbox"/> Motore di ricerca <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Social Network <input type="checkbox"/> Link da altro sito	SI
Secondo te, i medici a cui ti rivolgi, conoscono la malattia?	Si	SI
Terapie attualmente in uso? <i>Magari specificando modalità e posologia</i>	Dobetin 1000 1 al mese folina un al di	SI
Problemi derivati dalla GCAA (altre malattie legate direttamente)?	Anemia perniziosa	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?	No	SI
Breve storia dall'inizio ad oggi <i>(il campo sotto è espandibile)</i>		SI