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)

Autorizzazione alla pubblicazione sul sito web del dato **(se non modificato si intenderà il SI)**	Vostro dato	Domanda
SI	**Questo questionario può essere pubblicato assieme al messaggio in bacheca?**	
SI	**Deborah Xxxxxxx**	Nome reale (solo nome)?
SI	**Deborah**	Alias con cui apparire nel sito?
SI	**F**	Sesso (M o F)?
SI	**Non so**	Età inizio malattia?
SI	**Parestesie arti inferiori**	Sintomi con cui è iniziata la malattia? ***Cioè come sei arrivata/o alla diagnosi***
SI	**47**	Età attuale (oggi)?
SI	**Nausea**	Sintomi attuali?
SI	**44**	Età diagnosi definitiva GCAA?
SI	**Pavia**	Zona geografica di cura (basta regione oppure provincia oppure città, scegliete liberamente)?
SI	**[ ] Motore di ricerca** **[ ] Passaparola** **[x] Social Network** **[ ] Link da altro sito**	Come hai trovato il mio sito? ***Inserisci un simbolo "X" tra le parentesi [ ]***
SI	**Si**	Secondo te, i medici a cui ti rivolgi, conoscono la malattia?
SI	**Dobetin 1000 ogni 4 settimane**	Terapie attualmente in uso? ***Magari specificando modalità e posologia***
SI	**No**	Problemi derivati dalla GCAA (altre malattie legate direttamente)?
SI	**No**	Altre patologie non legate o che il medici non collegano alla GCAA?
SI	**No**	Hai mai segnalato ad enti istituzionali la tua problematica per ottenere una forma di esonero? Se Sì, specifica possibilmente quali enti.
SI	**No**	Altre notizie utili per tutti

QUESTIONARIO PER AGGREGAZIONE PAZIENTI AFFETTI DA

GASTRITE CRONICA ATROFICA AUTOIMMUNE

Mod. 2017-09_1

SI	**Policlinico San Matteo di Pavia**	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)*	

Parestesie forti, p.s. Vari esami, diagnosi gaa

Inizio cura con dobetin, contrlli con gastroscopia

Miglioramenti dello stato generale e soprattutto delle parestesie ai piedi