



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 <u>può essere pubblicato</u> assieme al messaggio in bacheca? | | SI |
| Nome reale (solo nome)? | MORENA | SI |
| Alias con cui apparire nel sito? | MORENA | SI |
| Sesso (M o F)? | F | SI |
| Età inizio malattia? | 55 | SI |
| Sintomi con cui è iniziata la malattia? <i>Cioè come sei arrivata/o alla diagnosi</i> | | SI |
| Età attuale (oggi)? | 55 | SI |
| Sintomi attuali? | STANCHEZZA E GONFIORE | SI |
| Età diagnosi definitiva GCAA? | | SI |
| Zona geografica di cura (basta regione oppure provincia oppure città, scegliete liberamente)? | EMILIA ROMAGNA | SI |
| Come hai trovato il mio sito? <i>Inserisci un simbolo "X" tra le parentesi []</i> | <input checked="" 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? | NO | SI |
| Terapie attualmente in uso? <i>Magari specificando modalità e posologia</i> | Farmaci antiacidità da banco, Iniezioni di Vitamina B12 1 al mese | SI |
| Problemi derivati dalla GCAA (altre malattie legate direttamente)? | ALLERGIE LATTOSIO E NICHEL | SI |
| Altre patologie non legate o che il medici non collegano alla GCAA? | IPOACUSIA OTO SX, COLECISTITOMA, ANEMIA SIDEROPENICA | 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 | NO | 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 |



QUESTIONARIO PER AGGREGAZIONE PAZIENTI AFFETTI DA **GASTRITE CRONICA ATROFICA AUTOIMMUNE**

Mod. 2017-09_1

Tutto è cominciato dopo la morte di mio Padre, agosto 2019, forte stress, difficoltà a digerire e batticuore dopo mangiato, gonfiore stomaco.