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)?	**Simona**	**SI**
Alias con cui apparire nel sito?	**Simo**	**SI**
Sesso (M o F)?	**F**	**SI**
Età inizio malattia?	**36**	**SI**
Sintomi con cui è iniziata la malattia? *Cioè come sei arrivata/o alla diagnosi*	**Casualmente, ho fatto test genetici**	**SI**
Età attuale (oggi)?	**45**	**SI**
Sintomi attuali?	**Dolore e bruciore stomaco, carenza vitamina b12 e acido folico, anemia**	**SI**
Età diagnosi definitiva GCAA?	**36**	**SI**
Zona geografica di cura (basta regione oppure provincia oppure città, scegliete liberamente)?	**Torino**	**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, abbastanza**	**SI**
Terapie attualmente in uso? *Magari specificando modalità e posologia*	**Lucen 20 mg, Folina 5 mg Dobetin 1000 1 a settimana**	**SI**
Problemi derivati dalla GCAA (altre malattie legate direttamente)?	**Poliendocrinopatie autoimmune(tiroidite di hashimoto, vitiligine, angioedema ereditario)**	**SI**
Altre patologie non legate o che il medici non collegano alla	**Anemia sideropenica**	**SI**
Hai mai segnalato ad enti istituzionali la tua problematica per ottenere una forma di esonero? Se Sì, specifica possibilmente quali enti.	**Ho esenzione rgb030 per poliendocrinopatia**	**SI**
Altre notizie utili per tutti		**SI**
Hai da segnalare istituti/ospedali/medici che ritieni validi per questa patologia, quali?	**Centro malattie rare San Giovanni Bosco, Torino**	**SI**

QUESTIONARIO PER AGGREGAZIONE PAZIENTI AFFETTI DA

GASTRITE CRONICA ATROFICA AUTOIMMUNE

Mod. 2017-09_1

Breve storia dall'inizio ad oggi *(il campo sotto è espandibile)* *Da ormai 30 anni combatto con le malattie autoimmuni, inutile dirvi quanto siano impattanti nella vita quotidiana sia a livello fisico che psicologico, senza contare il dispendio di tempo e quello economico. Negli anni ho girato molte strutture e conosciuto vari medici. Credo al momento di essere seguita piuttosto bene anche se il livello di allerta e preoccupazione rimane sempre abbastanza alto.* *Indubbiamente penso che un minimo di invalidità civile ci spetti, se non altro per le sofferenze che subiamo e per il disagio che queste malattie comportano sia sul luogo di lavoro sia nei rapporti interpersonali, chi non vive la nostra condizione non puo comprendere l'enorme fatica e carico emotivo che soffriamo.*	**SI**