

A.I.G.S.S.- Associazione Italiana per la lotta contro la malattia di Gerstmann Straussler Scheinker

☎e legale: via Alfieri 2-20813 Bovisio Masciago (MB). C.F. 91146390157 <https://aigss-it.org/>



ANAMNESI

UOMO? _____ DONNA? _____

ETA'? _____

ALTEZZA (CENTIMETERI) _____

PESO (KILOGRAMMI) _____

QUALE MUTAZIONE LE E' STATA RISCONTRATA?

P102L (SI/NO) _____

A117V (SI/NO) _____

H187R (SI/NO) _____

G131V (SI/NO) _____

F198S (SI/NO) _____

Q217R (SI/NO) _____

ALTRO _____

BREVI DOMANDE.

Lei è allergico oppure intollerante a qualcosa (alimento o farmaco)?
(SI/NO) _____

Se sì, a cosa è allergico? _____

Lei beve abitualmente sostanze alcoliche? (SI/NO) _____

Quando lei mangia, fatica a deglutire? (SI/NO) _____

Lei parla correttamente oppure il tuo linguaggio è intellegibile? (SI/NO) _____

Lei ha problemi di fegato? (SI/NO) _____

Ha problemi cardiaci? (SI/NO) _____

Lei è celiaco? (SI/NO) _____

Lei assume farmaci? (SI/NO) _____

Se sì, quali? _____

Ha problemi di pressione arteriosa? (SI/NO) _____

Assume farmaci anticoagulanti? (SI/NO) _____

Soffre di asma? (SI/NO) _____

Soffre di insufficienza renale? (SI/NO) _____

Soffre di epilessia? (SI/NO) _____

Lei fuma? (SI/NO) _____

Lei è diabetico? (SI/NO) _____

Lei è in grado di dormire tranquillamente durante la notte?

(SI/NO) _____

Lei ricorda in che periodo sono iniziati i suoi sintomi (dolori alla schiena e/o gambe)? (MESE E ANNO) _____

Potrebbe raccontarci in generale qualcosa dei suoi sintomi? (risposta aperta)

Io sottoscritto/a _____ mi assumo la responsabilità delle risposte dichiarate.

Firma _____