

Questionnaire

Nom, Prénom, M/Mme

Lieu, date

a) Liste des symptômes

Avez-vous éprouvé les problèmes de santé suivants ces 30 derniers jours?

Veillez SVP cocher la case appropriée à chaque ligne.

Symptômes	Pas du tout	Un peu	Modérément	Assez souvent	Très souvent	Si oui, depuis quand (mois/année)
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problèmes de pression artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté de concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté à trouver ses mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles de la coordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bruits dans les oreilles, acouphènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épuisement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes pseudo-grippaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpitations cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tensions musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sensibilité au bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agitation, tensions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sensation de pression dans les oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Affections de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oppression thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urgences urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (SVP préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

b) Variation des problèmes de santé en fonction du moment et du lieu

Quels sont parmi les problèmes de santé susmentionnés ceux que vous percevez comme les plus importants?	
Depuis quand constatez-vous ces problèmes de santé?	
A quel moment les problèmes de santé surviennent-ils ?	
Y a-t-il des endroits ou des circonstances qui augmentent les problèmes de santé ou qui les aggravent particulièrement? (p.ex. au travail, à domicile, lors d'appels prolongés avec téléphone mobile, en portant un téléphone mobile sur le corps, en utilisant le Wi-Fi ou d'autres appareils)?	
Y a-t-il un endroit où les problèmes de santé diminuent ou disparaissent complètement? (p.ex. au travail, à domicile, chez un ami, en vacances, dans une résidence secondaire, dans les bois)?	
Avez-vous une explication à ces problèmes de santé?	
Etes-vous stressé par des changements dans votre vie personnelle ou au travail?	
Veillez énumérer les évaluations environnementales ou mesures préventives/correctives, prises jusqu'à présent.	
Veillez énumérer les diagnostics de médecine environnementale établis et les traitements reçus jusqu'à présent.	
Veillez énumérer toutes les expositions environnementales auxquelles vous avez été soumis(e), par ex. aux produits chimiques, pesticides, moisissures, métaux non physiologiques (toxiques), (nano) particules	

c) Evaluation de l'exposition aux RNI au domicile et au travail

1. Utilisez-vous un téléphone mobile à domicile (D) ou au travail (T)?

Si oui, depuis combien de temps (années/mois) l'avez-vous utilisé en mode 2G, 3G ou 4G? _____
Combien de temps l'utilisez-vous par jour (h/min)? _____
Portez-vous votre téléphone portable près de votre corps (prudence avec les apps!)? _____
Avez-vous constaté un rapport éventuel avec vos problèmes de santé? _____

2. Avez-vous un téléphone sans fil (DECT) à domicile (D) ou au travail (T)?

Si oui, depuis combien de temps (années/mois)? _____
Combien de temps l'utilisez-vous par jour? (h/min)? _____
Avez-vous constaté un rapport éventuel avec vos problèmes de santé? _____

3. Utilisez-vous l'accès sans fil Internet (Wi-Fi, WiMAX, UMTS, LTE) à domicile (D) ou au travail (T)?

Si oui, depuis combien de temps (années/mois)? _____
Combien de temps par jour l'utilisez-vous (h/min)? _____
Avez-vous constaté un rapport éventuel avec vos problèmes de santé? _____

4. Utilisez-vous des ampoules économiques ou des lampes fluorescentes compactes à proximité immédiate (lampe de bureau, de table de salle à manger, de lecture, de chevet) à domicile (D) ou au travail (T)?

Si oui, depuis combien de temps (années/mois)? _____
Combien de temps par jour êtes-vous exposé(e) à ces lampes (h/min) ? _____
Avez-vous constaté un rapport éventuel avec vos problèmes de santé? _____

5. Une antenne de téléphonie mobile se trouve-t-elle près de votre domicile (D) ou de votre lieu de travail (T)?

Si oui, depuis combien de temps (années/mois)? _____
A quelle distance se trouve-t-elle de votre maison/lieu de travail? _____
Avez-vous constaté un rapport éventuel avec vos problèmes de santé? _____

6. Des lignes électriques, des transformateurs ou des lignes ferroviaires se trouvent-ils près de votre domicile (D) ou lieu de travail (T)?

Si oui, combien de temps par jour y êtes-vous exposé(e) (h/min)? _____
Avez-vous constaté un rapport éventuel avec vos problèmes de santé? _____

7. Utilisez-vous des appareils Bluetooth dans votre voiture?

Si oui, depuis combien de temps? _____
Avez-vous constaté un rapport éventuel avec vos problèmes de santé?
