

SYMPTOMES EXPRIMES PAR LES RIVERAINS DES STATION RELAIS DE TELEPHONIE MOBILE QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL*

Ceci est une étude de voisinage. Elle vise à recenser les symptômes et maladies dont souffrent les riverains d'antenne-relais. Dans le cas d'enfants, merci de les aider à répondre aux questions. Le (riirem est autorisé à utiliser et publier les résultats de ce questionnaire anonyme.

Date de l'enquête :

Adresse exacte de la station relais et Nombre d'antennes

➤ Sexe : F M Ageans TEL _____ Mel _____

Caractéristiques de votre exposition ?

Sa valeur en volts/mètre ? (facultatif)

➤ Distance en mètres(m) de la station relais ? (bien répondre à toutes les rubriques)

Moins de 10 m 10 à 50 m 50 à 100 m 100 à 200 m 200 à 300 m Plus de 300 m

➤ Par rapport aux antennes, êtes-vous situé ?

En face Sur le coté En arrière En dessous (antenne sur le toit) Au-dessus

➤ Depuis combien de temps êtes-vous exposé ?

Moins d'1 an 1 à 2 ans 2 à 5 ans Plus de 5 ans

Ressentez-vous ces symptômes ? (cocher dans les colonnes la case sous le chiffre correspondant)
0 = Jamais 1 = Parfois 2 = Souvent 3 = très souvent 4 = ce symptôme disparaît hors domicile

	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
Irritabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficultés de concentration	<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"/>	Pertes de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perturbations auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etat dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perturbations visuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes cutanés	<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"/>	Problèmes cardio-vasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres troubles plus graves	Exposez les au VERSO				

Avez-vous perçu des perturbations dans le fonctionnement de vos appareils télé, hifi ou ménagers ?

Etes-vous porteurs d'une prothèse ? (pacemakers, pompe à insuline, implants crâniens, broches...)

Si oui, laquelle ?

Avez-vous constaté des dysfonctionnements ou des désagréments avec votre prothèse ?

Si oui, lesquels ?