

## Questionnaire

### Questionnaire à envoyer à :

Marion Crasson  
 Unité de Psychoneuroendocrinologie  
 B-35, CHU  
 4000 Liège  
[mcrasson@ulg.ac.be](mailto:mcrasson@ulg.ac.be)  
 tél/fax : 04/366 77 78

**Les données resteront confidentielles à l'Université de Liège.**

### Données personnelles

Nom, prénom : .....

Pays de naissance : .....

Année de naissance : .....Age : .....

Sexe :  M     F

Adresse : .....

.....

.....

Tél : .....

E-mail : .....

### **Statut marital**

- célibataire
- marié ou en ménage
- divorcé
- séparé
- veuf

### **Enfants :**

nombre :

âge(s) :

### **Scolarité (niveau le plus élevé atteint)**

- Ecole primaire : nombre d'années=
- Ecole secondaire : nombre d'années=
- Université, graduat, école supérieure : nombre d'années=

Poids :

Taille :

### Statut professionnel

- étudiant
- travaillant
  - temps plein
  - temps partiel : ..... % ou .....nombre d'heures par semaine
  - travail posté ou de nuit
    - Si oui : horaires : .....
  - salarié
  - indépendant
- inemployé
  - femme/homme au foyer
  - à la recherche d'un emploi
- en congé de maternité
- en congé de maladie
- pré-pensionné/pensionné
- autres catégories

-Quelle est votre activité professionnelle actuelle (ou antérieure si vous avez cessé de travailler)? :

.....

### 1. Pouvez-vous décrire vos plaintes :

2. Quand cela a-t-il débuté ? Indiquez la saison et l'année (ex : automne 1999)

.....

3. Pensez-vous que vos problèmes de santé sont liés à l'exposition aux champs électromagnétiques ?

Oui       non       je me pose la question

4. -Comment sont apparus ces problèmes avec l'électricité?

à la suite d'un événement particulier: si oui, lequel ?

.....

.....

soudainement, du jour au lendemain, sans raison apparente

petit à petit, progressivement

5. Quel est le symptôme qui vous fait souffrir le plus ?

.....

.....

6. Parmi les symptômes que vous citez, quels sont ceux que vous viviez déjà avant, de manière régulière ?

.....

.....

7. Pouvez-vous indiquer les problèmes de santé que vous avez eus avant ?

.....

.....

.....

8. Dans quelles situations ce problème avec l'électricité vous pose le plus de problème ?

Au travail

A la maison

Dans mes loisirs

Lorsque je vais faire des courses

Lorsque je me promène en ville

Lorsque je me promène à la campagne

9. Quelles sont les circonstances ou situations dans lesquelles vos plaintes sont encore plus intenses (facteurs aggravants) ?

.....

.....

.....

.....

10. Dans quelles conditions ressentez-vous moins ces symptômes ? :

.....

.....

.....

.....

11. Vos problèmes avec l'électricité ont-ils eu des conséquences sur les différents aspects de votre vie ? Précisez avec quelle sévérité votre vie en est affectée en entourant le chiffre qui correspond à votre situation :

de 1=pas du tout de conséquence à 6=extrêmement conséquent

-vie personnelle	1	2	3	4	5	6
-vie familiale	1	2	3	4	5	6
-vie sociale (amis, etc)	1	2	3	4	5	6
-vie affective, amoureuse (conflits,...)	1	2	3	4	5	6
-vie professionnelle (changements ou aménagement du travail, etc.)	1	2	3	4	5	6
-loisirs	1	2	3	4	5	6

12. Pouvez-vous décrire la conséquence la plus néfaste, la plus désagréable ?

.....

.....

.....

.....

.....

13. Vos problèmes avec l'électricité ont-ils affecté votre bien-être ?

Entourez le chiffre qui correspond à votre situation :

1=pas du tout de conséquence à 6=extrêmement conséquent

1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> Pas d'avis
---	---	---	---	---	---	-------------------------------------

14. Pouvez-vous décrire ce que vous avez fait dans un premier temps pour essayer de comprendre ce qui vous arrive ?

.....

.....

.....

.....

.....

15. Qui avez-vous consulté ?	Avec quel degré de satisfaction ?					
	1=pas du tout satisfait à 6=extrêmement satisfait					
-d'un médecin, un spécialiste	1	2	3	4	5	6
-d'un radiesthésiste	1	2	3	4	5	6
-d'un géobiologue	1	2	3	4	5	6
-d'une université	1	2	3	4	5	6
-d'une association	1	2	3	4	5	6
-d'un groupe de pression	1	2	3	4	5	6
-de l'administration communale	1	2	3	4	5	6
-de la société d'électricité	1	2	3	4	5	6
-de la compagnie de téléphone	1	2	3	4	5	6
-du fabricant d'un appareil	1	2	3	4	5	6
-d'un ministère	1	2	3	4	5	6
-autre (précisez).....	1	2	3	4	5	6
.....						
.....						

16. Si vous avez consulté un médecin pour vos symptômes actuels,

-combien de consultations avez-vous réalisées ? : .....

-Quels tests ou examens ont été réalisés ? :

.....

.....

.....

-Quel diagnostic a été posé par votre médecin à la suite de ces examens ? :

.....

.....

.....

-Quel conseil/traitement vous a été proposé ?

.....

.....

.....

.....

.....

-Quels conseils avez-vous suivis et cela a-t-il marché ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

17. Si vous avez consulté un radiesthésiste ou un géobiologue pour vos symptômes actuels,

-combien de consultations avez-vous réalisées ? : .....

-Quels tests, examens ou mesures ont été réalisés ? :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

-Quel diagnostic (pour vous et/ou votre environnement) a été posé par cette personne à la suite de ces examens ? :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

-Quels conseils/traitements vous ont été proposés ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

-Quels conseils avez-vous suivis et cela a-t-il marché ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

18. Faites-vous partie d'une association ou d'un groupe de soutien qui s'intéresse aux effets sur la santé des champs électromagnétiques ?

Oui       non

Si oui, laquelle ? : .....

19. Voici une liste de démarches que vous avez peut-être déjà effectuées pour comprendre ce qui vous arrive et pour tenter de solutionner votre problème.

Entourez le chiffre qui indique le mieux quelle en a été l'efficacité.

Démarches	Quelle efficacité ?						Aucune démarche
	1	2	3	4	5	6	
-M'informer	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Déconnecter électricité (ex : dans chambre à coucher)	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Améliorer l'installation électrique intérieure	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Retirer des sources d'exposition intérieures	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-M'éloigner des sources d'exposition	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Installer ou utiliser des écrans contre les champs	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Déménager	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Construire une nouvelle maison	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Aménager mon poste de travail	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Aménager mes horaires de travail	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Me faire aider par :	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-des techniques de bien-être, de développement personnel,	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-une psychothérapie	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-des changements dans mon style de vie	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Recourir à techniques de médecine alternative : ex : homéopathie, acupuncture,...	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Prendre des médicaments	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Prendre des vitamines, suppléments, anti-oxydants, algues, etc...	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Porter plainte	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Prendre contact avec une association	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
-Autre (précisez).....							<input type="checkbox"/>
.....							

20. Quelle a été pour vous la solution la plus efficace ?

.....

.....

.....

.....

21. Avez-vous du aménager votre situation de travail en raison de votre sensibilité à l'électricité ?  Oui  non  Pas concerné

Si oui, comment ? (ex : congé de maladie, temps partiel, écrans, etc)

.....

.....

.....

22. Pensez-vous que vous faites partie des personnes qui réagissent particulièrement aux champs électromagnétiques (mettez une croix dans la case qui vous convient)

Pas du tout 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 très fort

23. Vous qualifiez-vous d'électrosensible ou hypersensible à l'électricité?

Oui       non       je ne sais pas ce que cela veut dire

Si oui, qui vous en a parlé la première fois ?

.....

24. Quel est le degré de gravité de votre électrosensibilité ?

- Faible à modéré ou inconfort occasionnel. Peu ou pas de changement dans ma vie quotidienne
- Inconfort significatif. Je ne peux participer à la plupart des activités sans quelques modifications
- Fortes limitations de ma capacité à participer à la plupart des activités
- Je suis incapable de sortir de chez moi
- Je suis généralement incapable de travailler
- Je ne suis pas concerné par cette question

25. D'autres membres de votre entourage présentent-ils le même problème ?

Oui       non

Si oui, précisez s'il s'agit de voisins, de parents, enfants ou autre :

.....

.....

26. Je suis particulièrement inquiet(e) des effets sur la santé des champs électromagnétiques

Oui       non

Si oui, parce que : .....

.....

.....

.....

27. Je suis particulièrement sensible aux champs électromagnétiques

Oui       non

Si oui, parce que : .....

.....

.....

.....

28. Je suis plus exposé(e) aux champs électromagnétiques que la plupart des gens  Oui  non

Si oui, parce que : .....

.....

29. A quel type de source d'électricité réagissez-vous particulièrement? Pour chacune de ces sources d'exposition, pouvez-vous préciser quel est le degré de sensibilité et d'évitement de ces expositions ?

	Sensibilité particulière 0=pas du tout sensible à 5=extrêmement sensible						Degré d'évitement 0=je n'évite pas du tout à 5=j'évite toujours					
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-toutes les sources	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-antennes de téléphonie mobile	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-téléphones mobiles (GSM) et sans fil d'intérieur (DECT)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-réseau internet sans fil (W-LAN, WI-FI,...)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-télévision	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-émetteurs radio-TV	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-écrans d'ordinateur	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-cuisinière à induction	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-trains, trams	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-transformateurs	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-lignes à haute tension,	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-lignes électriques	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-appareils électriques (sèche-cheveux, etc...)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-lampes	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-néons	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-autres (indiquez lesquelles) : ..... .....	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-champs électriques statiques	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-champs électriques basse fréquence	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-champs magnétiques basse fréquence	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
-champs radio-fréquences	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

30. Quelle est la source qui déclenche systématiquement un inconfort ?

.....

31. Lorsque vous êtes éloigné de la source d'exposition (à distance de la source, en vacances, etc...), votre état de santé est-il ?

- pareil
- amélioré
- s'aggrave temporairement

32. Les sensations que vous ressentez lorsque vous êtes exposé(e) à des champs électromagnétiques apparaissent :

- immédiatement
- après quelques minutes
- après quelques heures
- la nuit suivante
- autre précision

33. Les sensations que vous ressentez lorsque vous êtes exposé à des champs électromagnétiques disparaissent :

- immédiatement après l'arrêt de l'exposition ou l'éloignement de la source
- quelques minutes après l'arrêt de l'exposition ou l'éloignement de la source
- quelques heures après l'arrêt de l'exposition ou l'éloignement de la source
- la nuit suivant l'arrêt de l'exposition ou l'éloignement de la source
- autre précision

34. Ces sensations persistent en l'absence de toute exposition

- oui
- non

35. Vivez-vous\* ou travaillez-vous\* à proximité d'une ligne à haute tension\* ou d'une sous-station électrique\* ?

Si oui, quel voltage (ex : 380 kV) ? .....

A quelle distance environ?.....m

Depuis combien d'années ?.....ans

Combien de jours par semaine ?.....jours /semaine

Des mesures de champs ont-elles été réalisées ? Qu'ont-elles indiqué ?

.....

36. Vivez-vous\* ou travaillez-vous\* à proximité d'une antenne GSM ?

Si oui, à quelle distance ? .....

Depuis combien d'années ? .....ans

Combien de jours par semaine ? .....jours /semaine

Des mesures de champs ont-elles été réalisées ? Qu'ont-elles indiqué ?

.....  
Installation d'écran ? : oui non

Si oui, depuis quand ?

Si oui, avez-vous constaté une amélioration de votre état de santé ?

oui non

37. Utilisez-vous régulièrement des appareils électriques dans le cadre de  
-votre profession : lesquels : .....

.....

.....

.....

-vos loisirs : lesquels : .....

.....

.....

.....

38. Etes-vous en contact régulier avec des produits chimiques ou toxiques ?  
(ex : solvants, des insecticides, des métaux lourds, du monoxyde de carbone ou  
autres) :  oui  non

Si oui, précisez : .....

.....

.....

.....

39. Utilisez-vous régulièrement (au minimum une fois par semaine) un GSM ?

oui non

-Si oui, combien de fois par semaine ?

<4 appels  entre 4 et 12 appels  plus de 12 appels

Pour quelle durée d'appel en moyenne ?

<5min  entre 5 et 15 min  plus de 15 min

Depuis combien d'années ?.....ans

Utilisez-vous un kit main-libre ou une antenne externe ?

Jamais

Moins de 50% du temps

Plus de 50% du temps

-Si non, depuis quand ne l'utilisez-vous plus ?

- je n'en ai presque jamais utilisé de GSM  
 je ne l'utilise plus depuis : .....mois ou.....ans  
 Avez-vous constaté depuis lors une amélioration de votre état de santé ? oui non

40. Utilisez-vous régulièrement (au minimum une fois par semaine) un téléphone sans fil d'intérieur (DECT, ...): oui non

-Si oui, combien de minutes par jour environ ? : .....min/jour

Depuis combien d'années ? : .....ans

Au travail : oui non

A la maison : oui non

Où se trouve la station de base de ce téléphone sans fil ? :

.....

-Si non, depuis quand ne l'utilisez-vous plus ?

je n'ai jamais eu de téléphone sans fil à la maison ou au travail

je l'ai supprimé depuis : .....

Avez-vous constaté depuis lors une amélioration de votre état de santé ? oui non

41. Etes-vous relié à un réseau sans fil de type Wi-Fi pour internet ou la télévision ?

-Si oui, combien d'heures par jour ? :.....heures/jour

Depuis combien de temps ? :.....

A la maison ? au travail ?

Où se trouve le modem ? :

.....

-Si non, depuis quand ne l'utilisez-vous plus ?

je n'ai jamais eu de réseau de type Wi-Fi sans fil à la maison ou au travail

je l'ai supprimé depuis : .....

Avez-vous constaté depuis lors une amélioration de votre état de santé ? oui non

42. Utilisez-vous régulièrement un ordinateur pour votre travail ou vos loisirs ?

oui non

-Si oui, depuis combien d'années : .....ans

Nombre d'heures par jour en moyenne : .....heures/jour

Si peu fréquent, nombre d'heures par semaine en moyenne :  
.....heures/semaine

-Si réduction : nombre d'heures de réduction par semaine : .....

Depuis combien de temps ? .....

Avez-vous constaté depuis lors une amélioration de votre état de  
santé ?      oui      non

-Si non, depuis quand ne l'utilisez-vous plus ?

je n'utilise presque jamais l'ordinateur

je l'ai supprimé depuis : .....

Avez-vous constaté depuis lors une amélioration de  
votre état de santé ?      oui      non

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

Crasson Marion

1. Etes-vous satisfait de votre état de santé actuel ?  oui  non

2. Comment jugez-vous votre état de santé ces 6 derniers mois ? (mettre une croix dans la case qui vous convient) :

très mauvais 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 très bon

3. Quelle **valeur** accordez-vous à votre **santé** ? (mettre une croix)

Peu importante 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 très importante

4. Etes-vous particulièrement **préoccupé** par votre santé

pas préoccupé 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 très préoccupé

5. Etes-vous particulièrement **soucieux de mener une vie saine**  oui  non  
(plus que la moyenne des gens)

peu important 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 très important

-De quelle manière ? : .....

.....

.....

.....

6. Prenez-vous des médicaments actuellement ?

Si oui, lesquels ?

Nom du médicament	dose	Depuis quand ?	Pour soigner quoi ?	Lié à mon problème avec l'électricité ?
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

7. Etes-vous particulièrement sensibles aux effets indésirables des médicaments (symptômes présentés dans la liste des effets secondaires)?

oui      non

8. Etes-vous fumeur ?    oui      non

Si oui, combien de cigarettes (cigares, pipes, etc) ? :

.....par jour ou .....par semaine

9. Quelle est votre tension habituelle ? : ...../.....

10. Avez-vous des problèmes de peau ?

oui    non

Si oui, lesquels ? .....

.....

11. Présentez-vous des troubles du sommeil ?

oui    non

Depuis combien de temps ?:

présents depuis ..... années

récents

irréguliers

liés aux périodes de stress,

autre...

-Si oui, depuis combien de temps ? .....

S'agit-il :

de difficultés d'endormissement

de réveils fréquents

de réveils trop tôt le matin (bien avant la sonnerie du réveil)

de cauchemars fréquents

autre : ....

12. Etes-vous souvent exagérément fatigué pendant la journée ?

Oui      Non

Si oui, depuis combien de temps ? .....

surtout le matin    l'après-midi    le soir    continuellement

13. Etes-vous migraineux ?                      oui    non

Si oui, depuis combien de temps ? .....

quelle est la fréquence des crises: .....par mois

14. Etes-vous asthmatique ? oui non

Si oui, quelle est la fréquence des crises: .....par mois

15. Etes-vous allergique ? oui non

Si oui, à quoi ? .....

.....

.....

16. Voici une liste d'éléments auxquels on peut être intolérant ou allergique, si vous êtes concerné, précisez avec quelle sévérité votre santé en est affectée en entourant le chiffre qui vous convient de 0=pas du tout à 5=extrêmement

Allergies et intolérances	0	1	2	3	4	5	Pas concerné
-poils d'animaux	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-pollen	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-latex	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-poussière	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-moisissures	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-certains aliments (lesquels : )	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-gluten	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-certains médicaments si oui, lesquels : .....	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-le nickel	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-le titane	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-le mercure	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-le plomb	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-l'or	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-l'alcool	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-les produits cosmétiques	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-les produits d'entretien	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
-autres : lesquels :	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
.....							
.....							
.....							

17. Est-ce que cette (ces) allergie(s) a (ont) été décelée(s) par des tests spécifiques ? oui non

18. Avez-vous le rhume des foins oui non

19. Avez-vous des problèmes avec vos amalgames dentaires (plombages en argent ou mercure) ? oui non pas d'amalgames

Si oui, les avez-vous remplacés ? oui non

Cela a-t-il amélioré votre état de santé ? oui non

20. Combien avez-vous d'amalgames dentaires ? nombre=.....

21. Souffrez-vous de sensibilité chimique multiple ? oui non

Si oui, depuis combien de temps ? .....

22. Souffrez-vous de fatigue chronique ? oui non

Si oui, depuis combien de temps ? .....

23. Souffrez-vous de fibromyalgie ? oui non

Si oui, depuis combien de temps ? .....

24. si vous souffrez de plusieurs de ces problèmes (y compris l'électrosensibilité), lequel vous paraît le plus prépondérant ?  
.....

25. Comment êtes-vous dérangé ou affecté par les facteurs de nuisances domestiques suivants en entourant le chiffre qui vous convient de  
0=pas du tout à 5= extrêmement

<b>Intolérances aux nuisances environnementales</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Pas concerné</b>
Bruits du voisinage	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Bruit des systèmes de ventilation	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Bruit du trafic	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Gaz d'échappement des voitures	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Fumée de tabac de l'environnement	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Odeurs de la rue	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Suie	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Poussière	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
" mauvais air ", étouffant	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Faible température de la pièce	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Air sec	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Parfums	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Odeurs particulières	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Lumière du jour	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Néons	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Electricité statique	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Changement de saison ou de temps	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
Autres : précisez :.....	0	1	2	3	4	5	



## Questions sur les plaintes

Vous trouverez ici une liste de sensations que vous avez peut-être déjà éprouvées. Indiquez :

- à quelle **fréquence** vous avez ressenti ces sensations dans les 30 derniers jours qui vient de s'écouler (1<sup>ère</sup> colonne),
- le degré de **sévérité** avec laquelle vous avez ressenti ces sensations (2<sup>ème</sup> colonne) et,
- mettez ensuite une croix dans la dernière colonne à la réponse qui vous convient en ce qui concerne la **proximité ou l'utilisation** d'appareils ou d'installations électriques.

Symptômes	Fréquence					Sévérité					Près appareils ou installations électriques en fonctionnement		
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3		4	5
1. Sensation de tension nerveuse	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
2. Incapacité à respirer profondément	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
3. Respiration accélérée ou plus profonde	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
4. Essoufflement	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
5. Palpitations	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
6. Froideur des pieds et des mains	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
7. Vertiges	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
8. Sensation d'anxiété	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
9. Poitrine oppressée	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
10. Fourmillements dans les doigts	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
11. Flou visuel	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
12. Confusion	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
13. Douleur thoracique	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
14. Ankylose dans les bras et les doigts	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
15. Ballonnement abdominal	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
16. Fourmillements autour de la bouche	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
17. Mal de tête	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis

Symptômes	Fréquence					Sévérité					Près appareils ou installations électriques en fonctionnement		
	0=jamais à 5=tout le temps					0=pas de sensation à 5=très sévère							
18. Fatigue	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
19. Troubles du sommeil	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
20. Perte d'appétit	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
21. Gorge sèche, enrouée, qui pique	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
22. Toux	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
23. Lourdeur ou pression dans la tête	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
24. Nausées	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
25. Douleur à l'estomac ou aux intestins	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
26. Nervosité, irritabilité, déprime	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
27. Epuisement	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
28. Irritation, tremblements, douleurs des yeux	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
29. Transpiration accrue	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
30. Sensation de chaleur au niveau de la tête	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
31. Rougeurs, irritation de la peau, démangeaisons ou picotements	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
32. Douleurs dans les membres, les articulations	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
33. Sensation de malaise, d'inconfort	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
34. Nez bouché ou qui coule	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
35. Impression de pression ou de douleurs dans les oreilles, sifflement, bourdonnement	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis

Symptômes	Fréquence					Sévérité					Près appareils ou installations électriques en fonctionnement		
	0=jamais à 5=tout le temps					0=pas de sensation à 5=très sévère							
36. Difficultés de concentration	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
37. Problèmes de mémoire	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
38. Manque du mot	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
39. Se sentir séparé(e) d'une partie de son corps, seulement partiellement présent	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
40. Sensation de déjà vu	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
41. Sensibilité accrue au bruit	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis
42. Autres : précisez : .....	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pas d'avis

-J'accepte de faire une prise de sang afin de réaliser des tests de sensibilité à l'électricité spécifiques :

oui    non

-J'accepte de participer à des tests d'exposition en laboratoire si éventuellement on me contacte à ce sujet :

oui    non

-J'accepte que des mesures de champs électriques et magnétiques et de courants de contact soient réalisées à votre domicile :

oui    non

*Rem : cet encadré concerne les personnes qui sont géographiquement proches de notre laboratoire.*

. Quelle information aimeriez-vous partager qui pourrait aider d'autres personnes qui sont dans votre situation ?

.....  
 .....  
 .....

.....

. Quelles sont, à votre avis, les questions qui restent non résolues dans le domaine des effets sur la santé des champs électromagnétiques et qui devraient être étudiées ?

.....  
.....  
.....

Commentaires éventuels sur ce questionnaire ou autre :

.....  
.....  
.....

**Date :**

**Signature :**

Nous vous remercions pour votre participation et votre confiance.