



Auto-évaluation

EMR-IP

[Retour](#)

SWEEP

Tous droits réservés
Safe Wireless Initiative
Le 26 janvier 2008

Safe Wireless Electro-sensitivity Evaluation Profils (Profils d'évaluation de l'électrosensibilité aux technologies sans fils) (SWEEP)

Le but poursuivi par le « SWEEP » est de fournir une évaluation objective du degré de rayonnement électromagnétique liés au risque de maladie que le sujet a subi et qui est basé sur le mode de vie, les symptômes existants et les susceptibilités. [Imprimer](#)

Instructions :

S'il vous plaît, imprimez cette page puis, répondez aux questions suivantes, sur base de vos impressions actuelles, en cochant les noms "oui" ou "non".

1. Avez-vous plus de 50 ans ?

Oui
Non

2. Avez-vous moins de 18 ans?

Oui
Non

3. Pesez-vous plus de 9 kilos au-dessus de votre poids idéal ?

Oui
Non

4. Avez-vous des rhumes anormalement fréquents?

Oui
Non

5. Avez-vous des allergies anormalement fréquentes?

Oui
Non

6. Avez-vous dans votre famille proche des personnes qui ont de maladies cardiaques ?

Oui
Non

7. Avez-vous des cas de cancer dans votre famille proche?

Oui
Non

8. Avez-vous des cas de diabète dans votre famille proche?

Oui

Non

9. Avez-vous été un fumeur régulier dans les cinq dernières années?

Oui

Non

10. Buvez-vous plus de deux verres d'alcool par jours?

Oui

Non

11. Utilisez-vous des drogues récréatives?

Oui

Non

12. Faites-vous de l'exercice moins d'une fois par semaine?

Oui

Non

13. Mangez-vous de la viande plus de quatre fois par semaine?

Oui

Non

14. Mangez-vous avant d'aller dormir plus de deux fois par semaine?

Oui

Non

15. Ne dormez-vous pas normalement toute la nuit?

Oui

Non

16. Mangez-vous moins de deux portions de fruits et légumes par jour?

Oui

Non

17. Buvez-vous moins de huit verres d'eau par jours?

Oui

Non

18. Mangez-vous de la nourriture "fast food" plus de quatre fois par semaine ?

Oui

Non

19. Buvez-vous plus de dix tasses de café par semaines?

Oui

Non

20. Avez-vous un travail très stressant?

Oui

Non

21. Travaillez-vous à proximité de produits chimiques toxiques?

Oui

Non

22. Travaillez-vous à proximité de personnes ayant des maladies infectieuses?

Oui

Non

23. Travaillez-vous dans des environnements très chauds ou très froids?

Oui

Non

24. Utilisez-vous régulièrement un téléphone mobile (portable) ?

Oui

Non

25. Est-ce que votre téléphone mobile est utilisé plus de 500 minutes par mois?

Oui

Non

26. Utilisez-vous un téléphone mobile régulièrement depuis 1996?

Oui

Non

27. Vivez-vous à proximité de stations d'antennes de téléphonie mobile?

Oui

Non

28. Vivez-vous à proximité de lignes à haute tension?

Oui

Non

29. Avez-vous l'Internet sans fils à la maison?

Oui

Non

30. Utilisez-vous des téléphones sans fils dans votre maison?

Oui

Non

31. Avez-vous une station de téléphone sans fils dans votre chambre?

Oui

Non

32. Utilisez-vous un four à micro-ondes plus de 5 minutes de manière hebdomadaire?

Oui

Non

33. Avez-vous plus de trois télévisions dans votre maison?

Oui

Non

34. Utilisez-vous une couverture chauffante plus de la moitié de l'année?

Oui

Non

35. Dormez-vous à moins de 6 mètres d'un tableau électrique à fusibles?

Oui

Non

36. Utilisez-vous un sèche cheveux plus de quatre fois par semaine?

Oui

Non

37. Vivez-vous dans une région urbaine à densité de population élevée?

Oui

Non

38. êtes-vous dans un environnement où il y a des Wi-Fi plus de 5 fois par semaine?

Oui

Non

39. Utilisez-vous un téléphone mobile plus de 5 heures par jour?

Oui

Non

40. Utilisez-vous un téléphone sans fils plus de 5 heures par jour?

Oui

Non

41. Téléphonnez-vous régulièrement avec votre téléphone en voiture?

Oui

Non

42. Utilisez-vous un "blackberry" ou un PDA sans fils ?

Oui

Non

43. Utilisez-vous régulièrement un laptop (ordinateur portable) utilisant un système sans fils (wireless) ?

Oui

Non

44. Travaillez-vous avec ou proche d'un radar?

Oui

Non

45. Travaillez-vous à proximité de transformateurs électriques?

Oui

Non

46. Travaillez-vous proche de lignes à haute tension?

Oui

Non

47. Êtes-vous dans une salle éclairée artificiellement plus de 5 heures par jours?

Oui

Non

48. Restez-vous à l'hôtel plus de 5 nuits par mois?

Oui

Non

49. Travaillez-vous avec des outils électriques?

Oui

Non

50. Êtes-vous pilote d'avion?

Oui

Non

51. Voyagez-vous en avion plus de cinq fois par mois?

Oui

Non

52. Avez-vous des maux de tête plus de trois fois par semaine?

Oui

Non

53. Avez-vous des nausées plus de deux fois par semaines ?

Oui

Non

54. Avez-vous déjà eu des crises d'angoisse inexplicables?

Oui

Non

55. Vous sentez-vous désorienté plus d'une fois par jour?

Oui

Non

56. Avez-vous des vertiges plus d'une fois par jour?

Oui

Non

57. Avez-vous déjà ressenti des sentiments de dévalorisation?

Oui

Non

58. Avez-vous déjà souffert de troubles de la vision?

Oui

Non

59. Avez-vous déjà ressenti une fatigue inexplicquée durant la journée?

Oui

Non

60. Avez-vous déjà senti des brûlures dans vos oreilles?

Oui

Non

61. Avez-vous déjà porté des boucles d'oreilles ?

Oui

Non

62. Avez-vous déjà ressenti des engourdissements ou des fourmillements dans vos mains ou dans vos pieds?

Oui

Non

63. Avez-vous déjà eu l'impression que votre peau vous démangeait?

Oui

Non

64. Avez-vous déjà ressenti une douleur inexplicquée ?

Oui

Non

65. Avez-vous des variations d'appétit plus d'une fois par semaine ?

Oui

Non

66. Vivez-vous des fluctuations d'humeur?

Oui

Non

67. Avez-vous des modifications inhabituelles du rythme cardiaque ?

Oui

Non

68. Avez-vous déjà eu des attaques de panique?

Oui

Non

69. Ressentez-vous du stress, sans raison apparente?

Oui

Non

70. Avez-vous des saignements de nez inexplicables?

Oui

Non

71. Avez-vous des rougeurs inexplicables dans les yeux ?

Oui

Non

72. Avez-vous déjà eu des démangeaisons et des brûlures inexplicables dans les yeux ?

Oui

Non

73. Avez-vous déjà éprouvé des difficultés pour vous souvenir de certaines choses?

Oui

Non

74. Avez-vous des difficultés de concentration ?

Oui

Non

75. Vivez-vous des perturbations de votre sommeil ?

Oui

Non

76. Avez-vous déjà présenté des éruptions cutanées ou la peau sèche?

Oui

Non

77. Avez-vous déjà eu fréquemment des rhumes et des grippes ?

Oui

Non

78. Avez-vous des problèmes relationnels ?

Oui

Non

79. Vous sentez-vous généralement mécontent?

Oui

Non

80. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'un cancer du cerveau?

Oui

Non

81. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'un cancer des yeux ?

Oui

No

82. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'un neurinome acoustique ?

Oui

Non

83. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'un lymphome ?

Oui

Non

84. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une leucémie?

Oui

Non

85. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'hypo ou hyper thyroïdie ?

Oui

Non

Interprétation des réponses-Oui:

Si vous totalisez un nombre de moins de 10 réponses "oui" vous êtes actuellement peu exposé à un risque de contracter une maladie à cause des rayonnements électromagnétiques.

Si vous totalisez un nombre de réponses "oui" entre 11 et 30, vous êtes actuellement à un niveau moyen de risque de maladie à cause des rayonnements électromagnétiques et une évaluation médicale est recommandée.

Si votre total de réponses "oui" est supérieur à 30, vous êtes actuellement à un niveau élevé de risque de développer des maladies à cause des rayonnements électromagnétiques et à la fois une évaluation médicale et un traitement sont recommandés.

Tous droits réservés

Safe Wireless Initiative

Le 26 janvier 2008