

Enquête - santé - Antilles

* * *

Merci de bien vouloir remplir une feuille par personne.

Date

Cocher ou entourer les cases concernées.

Troubles constatés	Jamais	Parfois	Souvent	Tous les jours	Depuis quand ?
• Difficultés d'endormissement (pas sommeil avant une heure très tardive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Réveils nocturnes entre 3h et 5h du matin (préciser l'heure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sommeil entrecoupé (plusieurs réveils par nuit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fatigue anormale au réveil (difficultés à se lever le matin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fatigue chronique, épuisement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Migraines, céphalées ("en casque", raidissement de la nuque, tempes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles de la mémoire	<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"/>
• Difficultés d'apprentissage (résultats scolaires faibles ou en baisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• État dépressif (dépression sans cause apparente, aggravation d'une dépression ancienne, idées suicidaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Irritabilité (colères subites, disproportionnées par rapport aux événements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Apathie, confusion mentale (tendance à laisser traîner ses papiers, ne plus faire ses comptes ou ouvrir les volets la journée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vertiges, pertes d'équilibre, chutes inexplicables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Acouphènes (bruits, sifflements, bourdonnements dans les oreilles ; douleurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Troubles de la vision (baisse de l'acuité visuelle, cataracte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergies, eczéma, rougeurs, démangeaisons cutanées, psoriasis, sensations de brûlures, de fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Difficultés respiratoires (Asthme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles constatés

Jamais Parfois Souvent Tous les jours

Depuis quand ?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| • Troubles cardiaques (rythme irrégulier, emballement, insuffisance, infarctus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Hypertension, hypotension, tension instable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Troubles vasculaires des membres inférieurs (gonflement des jambes, œdèmes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Nausées, vomissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Diarrhées
(rectocolite hémorragique, maladie de Crohn) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Anémie (carence en fer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Chute de cheveux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Saignements de nez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Maladies infectieuses à répétition (angines, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Crises d'épilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Amaigrissement ou prise de poids | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Troubles de la glande thyroïde
(hypo- ou hyperthyroïdie, nodules, goitre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Règles irrégulières ou arrêt total
(ménopause prématurée) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Autres dérèglements hormonaux
(troubles de la croissance, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Baisse de la libido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • Difficultés à concevoir un enfant
(fausse couche, oligospermie) | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |
| • Diabète | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |
| • Troubles vasculaires cérébraux | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |
| • Complications ou aggravation de pathologies anciennes (préciser) | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |
| • Cancer
(préciser la localisation) | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |
| • Déménagement pour cause de maladie grave | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |
| • Décès d'un membre du foyer | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |
| • Avez-vous en bouche des amalgames dentaires (plombages) ou des couronnes ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |
| • Autres : | | | | | |

Appareils utilisés par les membres de votre foyer :

- Téléphone portable Nombre de téléphones portables dans le foyer _____
- Téléphone sans fil d'intérieur DECT numérique analogique Nombre de combinés _____
- Borne Internet sans fil wi-fi Durée de connexion _____
- Internet ADSL avec fil Durée de connexion _____
- Autres appareils sans fil : lecteur MP3 casque souris et clavier d'ordinateur Wii _____
- Téléphone filaire (combiné muni d'un fil) Nombre _____ Box téléphonique Marque _____
- Télévision Durée de fonctionnement _____ Nombre _____
- dont écran à tube cathodique _____ dont écran plat _____
- Ordinateur Durée d'utilisation : Professionnelle _____ Durée d'utilisation au domicile _____
- Nombre dans le foyer écran à tube cathodique _____ écran plat _____ ordinateur portable _____
- Play station ou autres jeux vidéo Durée d'utilisation _____ Nombre _____
- Four à micro-ondes Fréquence d'utilisation _____
- Lampes basse consommation (LBC) Depuis _____ Nombre _____ Durée d'allumage _____

Appareils présents dans votre chambre :

- LBC : lampe de chevet plafonnier Radioréveil À quartz : Montre Réveil Horloge
- Télévision Chaîne hi-fi Lecteur CD Magnéscope Lecteur DVD _____
- Autres (préciser : téléphone sans fil ou avec fil, aquarium, Minitel...) : _____

Avez-vous constaté des interférences électromagnétiques ?

(appareils tombant souvent en panne, grésillements, brouillages, ampoules qui claquent...) : oui non

Si oui, quels appareils sont touchés et depuis quand _____

Avez-vous constaté des maladies, décès ou anomalies de comportement chez des animaux ? oui non

Si oui, de quels animaux s'agit-il ? _____ Troubles : _____

Avez-vous constaté le dépérissement de plantes ?

oui non

Date d'arrivée dans le logement (mois, année) _____

Nombre de personnes vivant dans le logement _____ Âges : _____

Nombre de personnes sujettes à des troubles : _____ Dont enfants : _____ H : _____ F : _____

Personnes passant leurs journées au domicile : _____ Dont enfants : _____ H : _____ F : _____

Immeuble : Étage auquel se situe l'appartement _____ Nombre d'étages : _____

Maison individuelle Nombre d'étages : _____

Rue : _____

À proximité de votre domicile, il y a :

- des antennes-relais de téléphonie mobile ne sait pas oui non Distance _____
- des émetteurs de radio-télévision ne sait pas oui non Distance _____
- un transformateur électrique ne sait pas oui non Distance _____
- antennes-relais sur le toit antennes relais visibles en face Depuis quand le savez-vous ? _____

À proximité de votre lieu de travail, il y a :

- des antennes-relais de téléphonie mobile ne sait pas oui non Distance _____
- des émetteurs de radio-télévision ne sait pas oui non Distance _____
- un transformateur électrique ne sait pas oui non Distance _____
- antennes-relais sur le toit antennes relais visibles en face Depuis quand le savez-vous ? _____

À proximité de votre précédent domicile, il y avait :

- des antennes-relais de téléphonie mobile ne sait pas oui non Distance _____
- des émetteurs de radio-télévision ne sait pas oui non Distance _____
- un transformateur électrique ne sait pas oui non Distance _____
- antennes-relais sur le toit antennes relais visibles en face Depuis quand le savez-vous ? _____

Etes-vous professionnellement exposé(e) à des substances dangereuses ? oui non

Si oui, lesquelles ?

Profession.....

Ampoules basse consommation sur votre lieu de travail non oui Depuis

Téléphone portable à la ceinture ou dans une poche du pantalon non oui Depuis

Véhicule personnel : Marque..... Modèle Nombre d'heures de conduite par semaine.....

Véhicule professionnel : Marque Modèle Nombre d'heures de conduite par semaine.....

Boisson : Eau, principalement du robinet en bouteille Marque Rhum ... litres/an Autres.....

Alimentation : chaque mois, combien mangez-vous de bananes..... ananas légumes frais kg

Combien de fois par mois mangez-vous ? poisson ou produits de la mer œufs boudin.....

Autres produits locaux consommés régulièrement (dont sucre)

Pourcentage de votre alimentation produit dans l'archipel

Ce questionnaire concerne un individu : Masculin Féminin adulte enfant ado Âge

Quelle est selon vous la cause de vos troubles ?
.....

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire. Les réponses seront traitées dans la plus stricte confidentialité.