

Enquête sur la santé des habitants

* * *

Merci de bien vouloir remplir une feuille par personne.

adulte enfant adolescent

(Cocher ou entourer les cases concernées)

Homme Femme Âge _____

Troubles constatés

	Jamais	Parfois	Souvent	Tous les jours	Depuis	Remarques
• 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, à ne plus faire ses comptes, à ne plus ouvrir les volets pendant 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"/>	_____	
• Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	

Troubles constatés

	Jamais	Parfois	Souvent	Tous les jours	Depuis	Remarques
• 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	_____	
• 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 _____
- Ordinateur Durée d'utilisation Prof. _____ Dom. _____ Nombre _____
- Play station ou autres jeux vidéo Durée d'utilisation _____ Nombre _____
- Four à micro-ondes Fréquence d'utilisation _____
- Radioréveil Réveil radiopiloté À quartz Montre Réveil horloge à quartz Nombre _____
- Autres : Chaîne hi-fi Lecteur CD Magnétoscope Lecteur DVD _____

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'agissait-il ? _____

Maladies : _____

Avez-vous constaté le dépérissement de plantes ? oui non

Autres remarques formulées :

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 à l'extérieur : _____ Dont enfants : _____ H : _____ F : _____

Étage : _____ N° d'appartement : _____ Distance approx. des antennes _____

Émetteurs radio-TV Depuis/distance _____ Transformateur électrique Depuis/distance _____

(facultatif) Nom, prénom _____ Profession _____

Adresse _____

(Pour être destinataire de la restitution des résultats)

Association _____

Enquête sur la santé des habitants

Le _____, les premières antennes de téléphonie mobile ont été mises en service à _____ . En _____ de nouvelles antennes ont été installées et mises en service.

Ce sont actuellement ____ bandes de fréquences différentes qui sont émises par les ____ antennes implantées sur ce site.

Demeurant dans notre quartier depuis _____ nous avons pu constater que de nombreuses personnes souffrent de troubles de la santé, en premier lieu des maux de tête et un mauvais sommeil.

Pour faire cesser ces nuisances et protéger la population et les enfants, un groupe de riverains a interpellé _____. Une pétition est disponible, si vous voulez la signer : elle est destinée à _____.

Notre cas n'est pas isolé et des milliers de personnes luttent aujourd'hui contre les antennes-relais en France et en Europe. Vous pourrez prendre connaissance, sur les sites Internet www.santepublique-editions.fr et www.next-up.org, de nombreuses situations de crise sanitaire en lien avec les antennes-relais de téléphonie mobile, avec des décès d'enfants fréquentant des écoles surplombées par des antennes.

Afin d'améliorer la connaissance de l'état de santé de la population de notre quartier, nous lançons aujourd'hui une **enquête** à laquelle nous vous remercions de bien vouloir participer.

Vos réponses seront traitées dans la plus **stricte confidentialité**.

Une restitution anonyme sera communiquée par courrier à tous les participants qui acceptent de nous laisser leurs coordonnées, ainsi que par le biais de réunions qui auront lieu _____ et seront annoncées par _____.

Désireux de réunir au plus vite des éléments susceptibles de faire évoluer favorablement la situation, nous vous remercions par avance de bien vouloir contribuer à cette enquête.

Nous restons à votre disposition pour toute information supplémentaire que vous pourriez souhaiter.

(Signatures)

**Lieu, ville,
Date.**