

Suis-je trop exposé(e) aux ondes ?

Troubles constatés	Jamais	Parfois	Souvent	Tous les jours
• 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 ouvrir les volets)	<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"/>
TOTAL sur cette page	—	—	—	—

Troubles constatés	Jamais	Parfois	Souvent	Tous les jours
• 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"/>
• Constipation	<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	<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"/>
• Tendance à remettre au lendemain ce que vous devez faire (procratination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Douleurs (préciser la localisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL sur cette page	—	—	—	—
TOTAL GÉNÉRAL	—	—	—	—
• Complications ou aggravation de maladies anciennes (préciser)	<input type="checkbox"/>	Oui		<input type="checkbox"/>
• Diabète	<input type="checkbox"/>	Oui		<input type="checkbox"/>
• Troubles vasculaires cérébraux	<input type="checkbox"/>	Oui		<input type="checkbox"/>
• Cancer (préciser la localisation)	<input type="checkbox"/>	Oui		<input type="checkbox"/>
• Décès d'un membre du foyer	<input type="checkbox"/>	Oui		<input type="checkbox"/>
• Autres :				

Appareils se trouvant dans votre chambre (dans la pièce où vous dormez) :

Smartphone en veille sous l'oreiller en veille sur la table de chevet
 éteint en charge près de la tête du lit

Durée de forfait mensuel _____ Date 1^{ère} utilisation _____

Durée quotidienne d'utilisation _____ Modèle actuel _____

Nombre de modèles détenus depuis la première acquisition _____

Téléphone sans fil d'intérieur Marque _____

Borne Internet sans fil wi-fi connectée non connectée en permanence

Internet ADSL avec fil connecté non connecté en permanence

Autres appareils sans fil : casque souris clavier d'ordinateur
 montre connectée Surveillance bébé Autres _____

Téléphone filaire (combiné muni d'un fil) Box Wifi Téléphone Internet TV

Play station ou autres jeux vidéo Noms _____

Ordinateur écran à tube cathodique écran plat ordinateur portable

Télévision habitude de s'endormir avec la TV ou l'ordinateur allumé

Radioréveil Réveil radiopiloté (mise à l'heure automatique)

montre à quartz : réveil à quartz (avec pile) horloge à quartz (avec pile)

Autres : chaîne hi-fi lecteur CD magnétoscope lecteur DVD

Autres (préciser : aquarium,...) : _____

Heure de coucher : en semaine _____ le week-end _____

Heure de lever : en semaine _____ le week-end _____

Nombre d'heures de sommeil par nuit : semaine _____ week-end _____

Nombre d'heures dont vous estimez avoir besoin pour être en forme : _____

Niveau scolaire : Très bon Bon Moyen Faible Très faible

Avez-vous eu une baisse de niveau ? oui non Si oui, depuis quand ? _____

Appareils portés sur vous dans la journée (poche ou sac) :

Smartphone Montre connectée Combiné DECT Autre _____

Télévision allumée (ou autre écran) pendant les repas _____ oui non

Nom :

Prénom :

Appareils utilisés par vous-même et par les membres de votre foyer :

Smartphone Nombre de smartphones dans le foyer _____

Téléphone sans fil d'intérieur DECT Nombre de combinés _____

Box Wifi Internet Télévision Durée de connexion _____

Internet ADSL avec fil Durée de connexion _____

Autres appareils sans fil : casque, souris, clavier, imprimante, jeux _____

Téléphone filaire (combiné muni d'un fil) Nombre _____

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

Autres : Chaîne hi-fi Lecteur CD Magnétoscope Lecteur DVD

• Avez-vous constaté des interférences électromagnétiques ? oui non
(appareils tombant souvent en panne, grésillements, brouillages, ampoules qui claquent...)

Si oui, quels appareils sont touchés et depuis quand ? _____

• Avez-vous constaté des maladies, décès ou anomalies oui non
de comportement chez un animal de compagnie ?

Si oui, de quel animal s'agit-il ? _____

Troubles : _____

• Avez-vous constaté le dépérissement de plantes ? oui non

• À proximité de votre domicile, il y a :

des antennes-relais de téléphonie mobile _____ ne sait pas oui non

des émetteurs de radio-télévision _____ ne sait pas oui non

un transformateur électrique _____ ne sait pas oui non

une ligne à haute ou moyenne tension _____ ne sait pas oui non

une voie ferrée électrifiée _____ ne sait pas oui non

Si oui, à quelle(s) distance(s) ? _____

• Compteurs électriques Linky dans votre appartement ou ceux des voisins
 dans les parties communes de votre immeuble
 dans votre maison à l'extérieur de votre maison

• Compteur d'eau relevé à distance Compteur de gaz Gaspar relevé à distance

Date de naissance :

Âge :

Classe :

Date :