

oreilles						
Bourdonnement d'oreilles, acouphènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Sensation de brûlure dans les yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Fréquence urinaire d'origine nerveuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Se réveiller pour uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Palpitations cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Trouble de la tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Tension musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Problèmes cutanés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Autres [veuillez indiquer]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/

Neurologiques : migraines, vertiges, nausées, faiblesse, tremblements, spasmes musculaires, engourdissements, picotements, altération des réflexes, des muscles et des articulations, de la jambe/pied, douleurs articulaires, symptômes similaires à la grippe, fièvre. Les réactions plus graves peuvent inclure des convulsions, la paralysie, la psychose et une attaque cérébrale.

Cardiaque : palpitations, arythmie, pression artérielle basse ou élevée, rythme cardiaque rapide ou lent, l'essoufflement.

Respiratoire : sinusite, bronchite, pneumonie, asthme.

Dermatologiques : démangeaisons, sensation de brûlure, rougeur du visage.

Ophtalmologie : pression dans/derrière les yeux, vision détériorée, flotteurs, cataractes.

Autres : problèmes digestifs, douleurs abdominales, gonflement de la thyroïde, des testicules/douleur de l'ovaire; sécheresse (des lèvres, de la langue, de la bouche, les yeux), grande soif, déshydratation, saignements de nez, saignements internes; métabolisme des sucres modifiés; anomalies immunitaires; redistribution des métaux dans le corps; perte de cheveux, douleurs dans les dents, détérioration des plombages,

altération de l'odorat, étourdissements/maladie de Ménière, perte d'audition, troubles du sommeil et de l'appétit, saignements de nez...

Quand vous êtes exposé à une source de CEM-RF, vos symptômes apparaissent ou s'aggravent :

Immédiatement Dans les minutes qui suivent Dans les heures qui suivent

Une journée plus tard Deux jours plus tard Trois jours plus tard

b) Variation des problèmes de santé en fonction du moment et du lieu

Quels problèmes de santé considérez-vous être les plus sévères?	
Depuis quand constatez-vous ces problèmes de santé?	
À quel moment ces problèmes de santé surviennent-ils?	
Il y a-t-il un endroit où les problèmes de santé augmentent ou sont particulièrement sévères? (p.ex. au travail, à domicile)	
Il y a-t-il un endroit où les problèmes de santé diminuent ou disparaissent complètement? (Ex. au travail, à domicile, chez un ami, en vacances, résidence secondaire, dans les bois...)	
Avez-vous une explication à ces problèmes de santé?	
Êtes-vous stressé par des changements dans votre vie personnelle ou au travail?	
S'il y a eu lieu, veuillez énumérer les évaluations environnementales ou mesures prises jusqu'à présent.	
S'il a eu lieu, veuillez énumérer les diagnostics de médecine environnementale établis et les	

traitements reçus jusqu'à présent	
Autres	

c) Diagnostic

Diagnostic actuel

Est-ce que le diagnostic a été fait AVANT ou APRÈS l'installation d'un compteur CI ou RF? Avant Après

Diagnostiqué et confirmé par :

	Nom du médecin	Date du diagnostic J/M/A	Thérapie (s) recommandée (s)
Médecin généraliste			
Cardiologue			
Pneumologue			
Allergologue			
Oncologue			
Rhumatologue			
Optométriste/Ophthalmologiste			
Toxicologue			
Spécialiste en médecine environnementale			
Neurologue			
Psychiatre			
ORL			
Autre			

Vous pouvez écrire des commentaires dans la dernière section de ce document.

d) Évaluation de l'exposition aux CEM au domicile et au travail

1. Utilisez-vous un cellulaire à domicile (D) ou au travail (T)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de fois l'utilisez-vous par jour pour téléphoner (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

2. Si oui, le mettez-vous en mode avion quand vous ne l'utilisez pas, particulièrement avant de vous coucher? Oui Non

3. Avez-vous un téléphone sans fil (DECT) à domicile (D) ou au travail (T)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de fois l'utilisez-vous par jour pour téléphoner (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? Oui Non

4. Avez-vous un ordinateur à domicile (D) ou au travail (T) ou à l'école (É)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien d'heures l'utilisez-vous par jour (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? Oui Non

5. Si oui, combien d'ordinateurs avez-vous à domicile (D) ou au travail (T) ou à l'école (É)? _____

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien d'heures sont-ils allumés (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? Oui Non

6. Éteignez-vous le (les) ordinateur (s) à votre domicile avant de vous coucher ou quand ne sont pas en service? Oui Non

7. Avez-vous une tablette sans fil (type iPad) à domicile (D) ou au travail (T) ou à l'école (É)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de fois par jour l'utilisez-vous (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? Oui Non

8. Si oui, la mettez-vous en mode avion quand vous ne l'utilisez pas, particulièrement avant de vous coucher? Oui Non

9. Utilisez-vous l'accès sans fil Internet (Wi-Fi, WLAN, WiMAX, UMTS) à domicile (D) ou au travail (T)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de fois par jour l'utilisez-vous (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? Oui Non

10. Si oui, le débranchez-vous quand vous ne l'utilisez pas, surtout avant de vous coucher? Oui Non

11. Avez-vous un four à micro-ondes à votre domicile (D) ou lieu de travail (T) ou à l'école (É)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de fois par jour l'utilisez-vous (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? Oui Non

12. Avez-vous une cuisinière à induction à domicile (D) ou au travail (T)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de fois l'utilisez-vous par jour (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

13. Avez-vous un moniteur pour bébé?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de fois l'utilisez-vous par jour (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

14. Avez-vous des consoles de jeux sans fil?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de fois l'utilisez-vous par jour (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

15. Avez-vous une génératrice à domicile (D) ou au travail (T)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de fois l'utilisez-vous par jour (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

16. Avez-vous une soudeuse à domicile (D) ou au travail (T)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de fois l'utilisez-vous par jour (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

17. Avez-vous un grand chargeur ou 12 volts DC à 120 volts convertisseur de courant alternatif par exemple pour un système solaire à domicile (D) ou au travail (T)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de fois l'utilisez-vous par jour (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

18. Utilisez-vous des ampoules économiques (fluocompactes) à proximité immédiate (lampe de bureau, lampe de table de salle à manger, lampe de lecture, lampe de chevet) à domicile (D) ou au travail (T) ou à l'école (É)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de temps par jour êtes-vous exposé à ces ampoules (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

19. Avez-vous des gradateurs (dimer) à domicile (D) ou au travail (T)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

Combien de temps par jour êtes-vous exposé à ces gradateurs (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

20. Il y a-t-il une antenne de cellulaire près (1 km) de votre domicile (D) ou votre lieu de travail (T) ou à l'école (É)? Ou une tour d'antennes?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

À quelle distance se trouve-t-elle de votre maison/lieu de travail? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

21. Il y a-t-il une antenne de radio près (2 km) de votre domicile (D) ou votre lieu de travail (T)? Autre les postes de radio amateur, la police et les pompiers ont ce type d'antenne.

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

À quelle distance se trouve-t-elle de votre maison/lieu de travail? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

22. Il y a-t-il des lignes électriques, transformateurs ou lignes ferroviaires près de votre domicile (D) ou lieu de travail (T)?

Combien de temps par jour y êtes-vous exposé (h/min)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

23. Utilisez-vous Bluetooth dans votre voiture?

Si oui, depuis combien de temps (années/mois)? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

24. Avez-vous une radio satellite dans votre voiture?

Si oui, depuis combien de temps? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

25. Avez-vous un compteur à radiofréquences (Itron ou GE) à votre domicile (D) ou lieu de travail (T)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

À quelle distance se trouve-t-il de votre chambre à coucher/bureau? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

26. Avez-vous un compteur « intelligent » (Focus de Landis& Gyr) à votre domicile (D) ou lieu de travail (T) ou à l'école (É)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

À quelle distance se trouve-t-il de votre chambre à coucher/bureau? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

27. Il y a-t-il un routeur ou collecteur (HQ) près de votre domicile (D) ou votre lieu de travail (T)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

À quelle distance se trouve-t-il de votre maison/lieu de travail? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

28. Avez-vous un compteur numérique « non communicant » (Itron avec un « X ») à votre domicile (D) ou lieu de travail (T)?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

À quelle distance se trouve-t-il de votre chambre à coucher/bureau? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

29. Avez-vous un système biénergie avec un compteur numérique Itron?

Depuis combien de temps (années/mois)? _____

À quelle distance se trouve-t-il de votre chambre à coucher/bureau? _____

Avez-vous remarqué un rapport avec vos problèmes de santé? **Oui** **Non**

e) **Évaluation spécifique aux compteurs « intelligents » (CI) ou à radiofréquences (RF). SVP, encercler si c'est un CI ou un RF auquel vous avez été exposé.**

1. Quel était votre état de santé générale AVANT l'installation du compteur CI ou RF?

Excellente (pas de sensibilités chimiques multiples, ni problème cardiaque ni fatigue chronique, fibromyalgie ou maladie auto-immune inconnue) **Bonne**
Convenable **Malade**

2. Avant le compteur CI ou RF, aviez-vous une sensibilité électrique que vous étiez au courant? Oui **Non** **Pas certain**

3. Avant le compteur CI ou RF, est-ce que vous vous considérez EHS (Électrohypersensible)?

Oui Non Pas certain

4. Avant le compteur CI ou RF, avez-vous jamais entendu parler de l'EHS?

Oui Non

5. Avant le compteur CI ou RF, étiez-vous préoccupé par les CEM (champs électromagnétiques) de ce compteur? Oui **Non**

6. Environ quel est le nombre total de compteurs « intelligents » dans un rayon d'environ 350 pieds (75 mètres) autour de votre résidence, y compris ceux (le cas échéant) de votre résidence? (S'il vous plaît, vérifiez votre sélection pour être sûr qu'elle est correcte.)

0
1 à 2
3 à 5
6 à 9
10 à 29
30 à 99
100 et plus
Aucune idée

7. Combien de ces compteurs « intelligents » sont relativement proche de vous (25 pieds – 8 mètres? [Sélectionnez « zéro » si aucun].

0
1
2
3
4 à 5
6 à 9
10 à 29
30 à 99
100 et plus
Aucune idée

8. Combien de temps après l'installation des compteurs « intelligents » ou après le début de l'exposition, avez-vous découvert que le compteur « intelligent » était présent [en le voyant ou après être informé]?

- Au moment de l'installation/début de l'exposition
- Moins d'une heure après l'installation/début de l'exposition
- Plus tard, le jour de l'installation/début de l'exposition
- Le jour après l'installation/début de l'exposition
- 2 à 3 jours après l'installation/début de l'exposition
- 4 à 6 jours après l'installation/début de l'exposition
- 7 à 13 jours après l'installation/début de l'exposition
- 14 à 28 jours après l'installation/début de l'exposition
- 1 à 2 mois après l'installation/début de l'exposition
- 2 à 3 mois après l'installation/début de l'exposition
- Plus de trois mois après l'installation/début de l'exposition
- Je ne me rappelle pas

9. Avez-vous de nouveaux symptômes/aggravés [qui sont en corrélation avec l'exposition de compteurs « intelligents »] qui ont commencés ou se sont aggravés AVANT ou APRÈS avoir d'abord découvert la présence d'un compteur « intelligent »?

- Des symptômes AVANT de découvrir la présence d'un CI ou un RF
- Des symptômes des semaines AVANT
- Des symptômes des jours AVANT
- Des symptômes des heures AVANT
- Des symptômes des minutes AVANT
- Des symptômes des minutes APRÈS de découvrir la présence d'un CI ou un RF
- Des symptômes des heures APRÈS
- Des symptômes des jours APRÈS
- Des symptômes des semaines APRÈS
- Je ne me rappelle pas

10. À quel point êtes-vous sûr que vos symptômes, nouveaux/empirés, sont en corrélation avec votre exposition aux radiofréquences de ces compteurs?

- Pas très sûr
- Pas mal sûr
- Sans aucun doute

11. Quelle est [ou était] la distance approximative [à travers la paroi du mur dans une mesure linéaire] entre le CI ou RF plus proche et l'emplacement le plus proche du compteur CI ou RF où vous avez passé le plus de temps [par exemple, la tête de votre lit]?

- Moins de 3 pieds
- De 4 à 9 pieds
- De 10 à 19 pieds

- De 20 à 50 pieds
- De 50 à 100 pieds
- Plus de 100 pieds
- Je ne sais pas
- _____ pieds de ma tête de lit

12. Est-ce que vos symptômes se sont améliorés quand vous vous éloignez du compteur CI ou RF?

- Oui, en quelques secondes
- Oui, en quelques minutes
- Oui, en quelques heures
- Oui, en quelques jours
- Oui, en quelques semaines
- Oui, après un mois ou plus
- Non
- Je ne sais pas

13. Est-ce que vos symptômes ont empiré quand vous approchiez le CI ou RF?

- Oui, en quelques secondes
- Oui, en quelques minutes
- Oui, en quelques heures
- Oui, en quelques jours
- Oui, en quelques semaines
- Oui, après un mois ou plus
- Non
- Je ne sais pas

14. Combien de fois avez-vous mené par inadvertance [ou consciemment] l'« expérience » décrite dans les deux questions précédentes?

- Jamais
- Quelques fois
- Plus d'une douzaine de fois
- Je ne me rappelle pas

15. Combien de personnes dans votre ménage ont été touchées par les compteurs intelligents, y compris vous-même?

- Seulement moi
- Moi et une autre personne
- Moi et deux autres personnes
- 4 personnes
- 5 personnes
- 6 personnes
- Plus de six personnes

16. Quel était le nombre total de personnes vivant dans votre ménage au moment de l'exposition au compteur CI ou RF, y compris vous-même?

- Seulement moi
2 personnes
3 personnes
4 personnes
5 personnes
6 personnes
Plus de six personnes

17. Si un ou plusieurs CI ou RF ont été installés sur votre résidence, ont-ils tous été enlevés? Oui Non

18. Si « oui » est ce que vos symptômes ont diminué?

- Oui, moins de symptômes/moins prononcés
Oui, ils sont tous disparus
Non
s.o.

19. Avez-vous déménagé?

- Oui, j'ai changé de domicile
Oui, je suis sans abri
Je veux déménager à cause de CI mais je ne peux pas
Non
s.o.

20. Si vous avez déménagé, est-ce surtout à cause du CI?

Oui Non s.o.

f) Questions concernant les métaux :

1. Avez-vous des implants dentaires? Oui Non

2. Avez-vous des amalgames (plombage gris)? Oui Non

3. Avez-vous déjà eu des amalgames? Oui Non

4. Si oui, est-ce qu'ils ont été retirés selon la procédure de l'IAOMT?

Oui Non

5. Avez-vous un pont dentaire ou une couronne en métal? Oui Non

6. Avez-vous un stimulateur cardiaque? Oui Non

7. Avez-vous une endoprothèse vasculaire (stent)? Oui Non

