

Questionnaire à retourner à l'ARTAC au plus tard le 15 février 2010

Numéro : |_|_|_|_|

Date de réception : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

Cadre réservé à l'ARTAC

Questionnaire SICEM
pour l'étude de l'intolérance aux champs
électromagnétiques
06.01.2010

Enquête nationale sur l'électrosensibilité



Association pour la Recherche Thérapeutique Anti-Cancéreuse
57-59 rue de la Convention 75015 PARIS
Tél. +33 (0)1 45 78 53 53 / Fax. +33 (0)1 45 78 53 50
E-Mail : artac.cerc@gmail.com - Site internet : www.artac.info

Date de remplissage : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

Identification du Patient

3 premières lettres du Nom : |_|_|_| 3 premières lettres du Prénom : |_|_|_|

Sexe : Homme Femme

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (JJ/MM/AAAA)

Poids habituel : |_|_|_|, |_| kg Poids actuel : |_|_|_|, |_| kg

Taille : |_|_|_| cm

Adresse n°1 : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Adresse n°2 : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Email : _____ @ _____

Situation familiale : Marié/Concubin Célibataire Séparé(e) Divorcé(e)

Si séparation ou divorce, date : |_|_| / |_|_|_|_| (MM/AAAA)

Nombre d'enfants : |_|_| et âge(s) : _____

Diplôme(s) obtenu(s): _____

Profession(s) exercée(s) antérieurement: _____

Profession actuelle : _____ depuis |_|_| / |_|_|_|_| (MM/AAAA)

Sans travail Oui Non si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_| (MM/AAAA)

si oui, raison : chômage, invalidité,
 arrêt de travail, autres : _____

Médecin(s) Consulté(s)

Indiquez tous les médecins consultés récemment à l'exception du Professeur Dominique Belpomme

Médecin 1

Médecin généraliste Spécialiste (spécialité) : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Médecin 2

Médecin généraliste Spécialiste (spécialité) : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Médecin 3

Médecin généraliste Spécialiste (spécialité) : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Données générales

Depuis quand estimez vous être électrosensible : |_|_|_| / |_|_|_|_| (MM/AAAA) ?

Quel a été le (les) premier(s) symptôme(s) *cocher une ou plusieurs cases*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> sifflement/bourdonnement d'oreille |
| <input type="checkbox"/> douleur à l'oreille | <input type="checkbox"/> malaise cardiaque |
| <input type="checkbox"/> picotements/fourmillements cutanés | <input type="checkbox"/> insomnie-fatigue |
| <input type="checkbox"/> vertiges | <input type="checkbox"/> autres, précisez : _____ |

Lieu des premiers symptômes

Où sont survenus les premiers symptômes :

- à domicile au travail
 autre : _____

Habitez-vous alors :

- en ville en zone rurale
 dans un appartement dans une maison

Travaillez-vous alors :

- en ville en zone rurale

Sources des premiers symptômes

Quelle source a été responsable du (des) premier(s) symptôme(s):

cocher une ou plusieurs cases (uniquement pour les premiers symptômes)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> téléphone portable | <input type="checkbox"/> téléphone sans fil (DECT) |
| <input type="checkbox"/> télé | <input type="checkbox"/> Wifi personnel |
| <input type="checkbox"/> Wifi chez les voisins | <input type="checkbox"/> proximité d'une antenne relais |
| <input type="checkbox"/> proximité d'une ligne à haute tension | <input type="checkbox"/> proximité d'un transformateur EDF |
| <input type="checkbox"/> GPS | <input type="checkbox"/> proximité d'une éolienne |
| <input type="checkbox"/> ordinateur (préciser le type : <input type="checkbox"/> fixe - écran plat <input type="checkbox"/> fixe - écran à tube <input type="checkbox"/> portable) | |
| <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____ | |

- Ne sait pas

Début

Depuis la survenue des premiers symptômes (période inaugurale), certains d'entre eux ont persisté, d'autres sont apparus.

Pour chacun des symptômes indiquer leur date de survenue. Prenez grand soin de le faire, car les dates de survenue conditionnent l'ordre d'apparition de vos symptômes, ce qui est essentiel pour comprendre votre maladie. *A noter que plusieurs symptômes peuvent être apparus en même temps*

	Date d'apparition	Survient-il encore ?
<input type="checkbox"/> Maux de tête	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Douleur/raideur de la nuque	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Migraine (mal de tête d'un seul coté)	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Douleur dans les dents ou la mâchoire	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Impression de décharge électrique dans les dents ou la mâchoire	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Douleur dans une oreille Est-ce celle qui correspond à l'exposition au portable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Chaleur dans une oreille Est-ce celle qui correspond à l'exposition au portable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Sifflement/bourdonnement dans une ou les deux oreilles	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Impression de sons dans la tête	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> fourmillements/picotements au niveau du visage	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Chaleur au niveau du visage	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Fourmillement/picotement au niveau d'un membre ou du corps	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Chaleur au niveau d'un membre ou du corps	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Impression que des ondes pénètrent le corps	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Douleur musculaire	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Douleur articulaire	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Troubles de l'attention et de la concentration	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui

Début (suite)

	Date d'apparition	Survient-il encore ?
<input type="checkbox"/> Perte de mémoire	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Insomnie	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Fatigue	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Irritabilité	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Tendence dépressive (mauvais moral, pleurs)	___/___/____ (MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Oui

Symptômes particuliers

Présentez-vous une intolérance à la lumière ?

Oui Non

si oui, depuis quand ___/___/____ (MM/AAAA)

Et de quel type ?

Solaire Ampoules électriques Néons

Enseignes lumineuses Autres : _____

Avez-vous présenté des saignements de nez ?

Oui Non

si oui, depuis quand ___/___/____ (MM/AAAA)

Avez-vous présenté des lésions cutanées ?

Oui Non

si oui, depuis quand ___/___/____ (MM/AAAA)

et où sur le corps (préciser) : _____

avec démangeaisons ? Oui Non

avez-vous des photos ? Oui Non

Avez-vous présenté des vertiges ?

Oui Non

si oui, depuis quand ___/___/____ (MM/AAAA)

avec impression de chute ? Oui Non

Avez-vous présenté des malaises cardiaques avec palpitations et « impression que le cœur bat vite » ?

Oui Non

si oui, nombre d'épisodes : ___

et à partir de quand ___/___/____ (MM/AAAA)

Lors de ces malaises, à combien était votre pouls (rythme cardiaque) ? : ___

Ne sait pas

Le pouls était-il régulier ? Oui Non

Ne sait pas

à combien était votre tension artérielle ? : ___ - ___

Ne sait pas

Lors de ces malaises, un électrogramme à-t-il été fait ? Oui Non

Symptômes particuliers (Suite)

Avez-vous présenté une paralysie transitoire d'un membre ? Oui Non

Si oui nombre d'épisodes : |_|_|

quel membre : _____

et depuis quand |_|_| / |_|_|_|_| (MM/AAAA)

Avez-vous présenté des troubles digestifs ? Oui Non

si oui, cocher une case :

Nausée

Douleur abdominale

Constipation

Diarrhée

et, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_| (MM/AAAA)

Avez-vous présenté des troubles oculaires ? Oui Non

si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_| (MM/AAAA)

si oui, cocher une case :

baisse de la vision flou de la vision voile sur les yeux

douleur oculaire

autre : _____

Avez-vous une baisse de l'audition ?

Oui Non

si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_| (MM/AAAA)

Vos sifflements/bourdonnements d'oreille (acouphènes) sont-ils devenus permanents ? Oui Non

Prédominant-ils : à droite à gauche, ou sont-ils bilatéraux ?

Pour ces symptômes particuliers, avez-vous consulté un médecin ?

Avez-vous consulté un **neurologue** ? Oui Non

Quelles sont ses coordonnées ?

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Avez-vous eu : un électroencéphalogramme un scanner cérébral une IRM cérébrale

Si vous ne l'avez pas déjà fait parvenir à l'ARTAC, joindre au questionnaire tous les documents pouvant éclairer les conclusions du neurologue.

Avez-vous consulté un **cardiologue** ? Oui Non

Quelles sont ses coordonnées ?

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Avez-vous eu : un électrocardiogramme une échographie cardiaque
 un Holter (enregistrement continu)

La conclusion a-t-elle été : examen normal tachycardie tachyarythmie ne sais pas

Si vous ne l'avez pas déjà fait parvenir à l'ARTAC, joindre au questionnaire tous les documents pouvant éclairer les conclusions.

Avez-vous consulté un **ophtalmologue** ? Oui Non

Quelles sont ses coordonnées ?

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Quel œil est concerné ? droit gauche les deux

La conclusion a-t-elle été : examen normal rétinopathie conjonctivite
 glaucome ne sais pas autre : _____

Si vous ne l'avez pas déjà fait parvenir à l'ARTAC, joindre au questionnaire tous les documents pouvant éclairer les conclusions.

Pour ces symptômes particuliers, avez-vous consulté un médecin ? (suite)

Avez-vous consulté un **dermatologue** ? Oui Non

Quelles sont ses coordonnées ?

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Quelles ont été les conclusions : _____

Si vous ne l'avez pas déjà fait parvenir à l'ARTAC, joindre au questionnaire tous les documents (y compris les photos) pouvant éclairer les conclusions.

Avez-vous fait un **audiogramme** ? Oui Non

Quelles sont les coordonnées de l'ORL ?

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Si oui, joindre une photocopie de l'audiogramme.

Sources des symptômes actuels

Quelles sont les sources qui selon vous déclenchent les symptômes que vous présentez actuellement ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> téléphone portable | <input type="checkbox"/> téléphone sans fil (DECT) |
| <input type="checkbox"/> télé | <input type="checkbox"/> Wifi personnel |
| <input type="checkbox"/> Wifi chez les voisins | <input type="checkbox"/> proximité d'une antenne relais |
| <input type="checkbox"/> proximité d'une ligne à haute tension | <input type="checkbox"/> proximité d'un transformateur EDF |
| <input type="checkbox"/> GPS | <input type="checkbox"/> proximité d'une éolienne |
| <input type="checkbox"/> ordinateur (préciser le type : <input type="checkbox"/> fixe - écran plat | <input type="checkbox"/> fixe - écran à tube <input type="checkbox"/> portable) |
| <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____ | |

Ne sait pas

Apparition et régression des symptômes

Lorsque vous êtes en présence de l'une ou l'autre des sources précédentes, les symptômes réapparaissent-ils ?

Oui Non

Quels sont les symptômes qui réapparaissent ? Avez-vous des exemples précis à donner (Antennes relais, lignes à hautes tension, etc.) : _____

A quelle distance sont situées les antennes relais proches de votre lieu de vie ?

moins de 10 mètres moins de 50 mètres
 moins de 100 mètres moins de 200 mètres plus de 200 mètres

A quelle distance sont situées les antennes relais proches de votre lieu de travail ?

moins de 10 mètres moins de 50 mètres
 moins de 100 mètres moins de 200 mètres plus de 200 mètres

Quand vous êtes hors de votre domicile, à quelle distance « sentez » vous une antenne relais ?

moins de 10 mètres moins de 50 mètres
 moins de 100 mètres moins de 200 mètres plus de 200 mètres

Etes-vous incommodé lorsque quelqu'un proche de vous à un portable allumé ? Oui Non
à un ordinateur allumé ? Oui Non

A partir de quelle distance êtes vous incommodé ? *précisez* : _____

Êtes-vous en général incommodé

dans le train ? Oui Non

en ville dans la rue ? Oui Non

dans un supermarché ? Oui Non

à domicile, le jour ? Oui Non

à domicile, la nuit ? Oui Non

sur votre lieu de travail ? Oui Non

autres : _____

Quand vous vous éloignez des sources électromagnétiques, vos symptômes régressent-ils ? Oui Non

Régressent-ils : totalement partiellement

Si vous cochez les 2 cases expliquez pourquoi ? _____

Apparition et régression des symptômes (suite)

Avez-vous des exemples précis à donner, où des symptômes ont disparus

Période de vacance Oui Non

Séjour en zone blanche Oui Non

Changement de lieu d'habitation Oui Non

Précisez : _____

Mesures de protection

Pour éviter la survenue des symptômes d'intolérance quelles mesures avez-vous prises ? et surtout précisez quand ?

Suppression du téléphone portable Oui Non
si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Suppression du Wifi Oui Non
si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Suppression du téléphone sans fil (DECT) Oui Non
si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Suppression de la télévision Oui Non
si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Transformation du lieu de vie en cage de Faraday
(peinture, rideau, lit en baldaquin) Oui Non
si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Port de vêtements protecteurs Oui Non
si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Changement de domicile Oui Non
si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Vie en zone blanche Oui Non
si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Vie sans domicile fixe Oui Non
si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Changement de bureau ou de lieu de travail Oui Non
si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Changement de travail Oui Non
si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Autres mesures (précisez) : _____

Traitements

Pour améliorer votre état, avez-vous reçu un traitement approprié ? Oui Non

si oui, depuis quand |_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Et de quel type ? :

Homéopathie Phytothérapie Allopathie Autre : _____

Avez-vous été traité :

par la vitamine D ? Oui Non De quand à quand : _____

par les vitamines B1/B2 ? Oui Non De quand à quand : _____

par des antihistaminiques ? Oui Non De quand à quand : _____

par des antioxydants ? Oui Non De quand à quand : _____

Par qui ont été prescrits ces traitements :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Les mesures précédentes ont-ils fait régresser les symptômes

totalem^{ent}

partiellem^{ent}

pas du tout

Les traitements précédents ont-ils fait régresser les symptômes

totalem^{ent}

partiellem^{ent}

pas du tout

Avez-vous passé un encéphalogramme Oui Non

si oui, quand |_|_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Joindre au questionnaire une photocopie des résultats

Avez-vous fait les tests mis au point par l'ARTAC (Laboratoire XV, Paris) Oui Non

Si oui, quand |_|_|_| / |_|_|_|_|_| (MM/AAAA)

Avez-vous passé d'autres tests ? Oui Non

si oui, joindre au questionnaire une photocopie des résultats

Avez-vous fait réaliser des mesures de champs électromagnétiques faites ?
à votre domicile Oui Non sur votre lieu de travail Oui Non

Et par qui : _____

Adresser à l'ARTAC le résultat des mesures s'il s'agit d'un document officiel ou indiquez ci-dessous le
mesures si celles-ci ont été réalisées de façon officieuse :

Antécédents personnels

Dans votre jeunesse, avez-vous fait une dépression ? Oui Non

si oui, à quel âge ? |__|__|

cette dépression a-t-elle été traitée par des antidépresseurs ? Oui Non

Dans votre jeunesse, avez-vous présenté une intolérance :

à la lumière ? Oui Non

aux sons aigus ? Oui Non

Avez-vous présenté dans votre jeunesse :

des otites à répétition ? Oui Non

des troubles de l'audition ? Oui Non

Avez-vous été l'objet d'une électrocution ? Oui Non

si oui, précisez : _____

Avez-vous été opérée d'une fracture avec pose d'une prothèse métallique ? Oui Non

Si oui, lieu de la prothèse (précisez) : _____

Avez-vous fumé ? Oui Non

si oui pendant combien de temps et en moyenne, combien de cigarettes par jour (précisez) : _____

Buvez-vous de l'alcool ? Oui Non

si oui combien de verres de vin par jour ? |__|__|

Prenez vous des apéritifs chaque jour ? Oui Non

Etes-vous actuellement traité pour insomnie ?

Oui Non

si oui, quels médicaments prenez vous: _____

Etes-vous actuellement traité pour dépression ?

Oui Non

si oui, quels médicaments prenez vous : _____

Antécédents personnels (suite 1)

Avez-vous déjà eu une prise en charge psychiatrique ? Oui Non

si oui, précisez où, par qui et de quand à quand : _____

Avez-vous déjà été traité pour un cancer ? Oui Non

Si oui, précisez quand il a été découvert, le siège du cancer et quels types de traitements ont été effectués :

Date du diagnostic : |_|_| / |_|_|_|_| (MM/AAAA)

Siège de cancer : _____

Traitements : _____

Avez-vous déjà présenté une maladie du système nerveux :

Sclérose en plaque Oui Non

Parkinson Oui Non

Alzheimer Oui Non

Accident vasculaire cérébral Oui Non

Tumeur du cerveau Oui Non

si oui précisez : _____

Autre Oui Non

si oui précisez : _____

Avez-vous déjà présenté une maladie de Lyme ? Oui Non

si oui, précisez :

la date de découverte : |_|_| / |_|_|_|_| (MM/AAAA)

les circonstances : _____

les traitements : _____

Antécédents personnels (suite 2)

Etes-vous suivi pour une allergie respiratoire ? Oui Non
si oui, précisez : asthme coryza bronchite autre : _____

Etes-vous suivi pour une allergie cutanée ? Oui Non
si oui, précisez le type d'allergie : _____

Etes-vous suivi pour une allergie alimentaire ? Oui Non
si oui, précisez le type d'allergie : _____

Etes-vous atteints d'intolérance au gluten ? Oui Non
si oui, depuis quand : ____/____ (MM/AAAA)

Etes-vous atteints d'intolérance au lait (caséine) ? Oui Non
si oui, depuis quand : ____/____ (MM/AAAA)

Etes-vous atteint d'hypersensibilité multiple aux produits chimiques (CMS) ? Oui Non
si oui, depuis quand : ____/____ (MM/AAAA)
pour quels types de produits chimiques ? précisez en joignant au questionnaire la liste des produits chimiques:

Antécédents familiaux

Y a-t'il d'autres cas d'électrohypersensibilité dans votre famille ? Oui Non

si oui, précisez qui est atteint : _____

Les personnes atteintes vivent-elles dans le même lieu de vie que vous ? Oui Non

Vos enfants présentent-ils des symptômes d'intolérance aux champs électromagnétiques ? Oui Non

si oui, précisez quels types de symptômes : _____

Y-a-t'il des cas de dépression dans votre famille ? Oui Non

si oui, qui en est atteint : _____

Y-a-t'il des cas de maladies d'Alzheimer dans votre famille ? Oui Non

si oui, qui en est atteint : _____

Y-a-t'il des cas de maladies de Parkinson dans votre famille ? Oui Non

si oui, qui en est atteint : _____

Y-a-t'il des cas de sclérose en plaque dans votre famille ? Oui Non

si oui, qui en est atteint : _____

Y-a-t'il des cas de tumeur du cerveau dans votre famille ? Oui Non

si oui, qui en est atteint : _____

Recherches des causes à l'électrosensibilité

portez-vous un stimulateur cardiaque ? Oui Non
si oui, depuis quand : |_|_| / |_|_|_|_| (MM/AAAA)

Avez-vous été opéré pour fracture avec pose de prothèse métallique ? Oui Non
si oui, de quel membre sagit-il :

_____ et quand : |_|_| / |_|_|_|_| (MM/AAAA)

Portez-vous des lunettes à monture métalliques ? Oui Non

Avez-vous des amalgames dentaires métalliques ? Oui Non si oui, combien ? |_|_|

Joindre une photocopie du panoramique dentaire.

Présentez-vous une intoxication par le plomb, le mercure ou un autre métal « dit » lourd ? Oui Non

Des dosages ont-ils été réalisés ? Oui Non
si oui, joindre au questionnaire le résultat des dosages

Avez-vous réalisez l'ablation de vos amalgames ? Oui Non si oui, combien ont été retirés? |_|_|
et par qui ? Coordonnées du dentiste :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Avez-vous eu une recrudescence des symptômes après retraits des amalgames ? Oui Non

Si oui quels symptômes (précisez) : _____

Avez-vous eu un traitement par chélation ? Oui Non

Si oui, précisez quel type de chélation : _____

Combien de séances ? |_|_|
et par qui ? Coordonnées du médecin :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Retentissement socioprofessionnel

Au plan sociétal et familial, votre intolérance aux champs électromagnétiques a-t-elle été responsable :

d'une perte d'emploi Oui Non

d'une séparation d'avec votre compagne (compagnon) Oui Non

d'un divorce Oui Non

d'une séparation d'avec vos enfants Oui Non

d'une incompréhension de la part de votre famille Oui Non

d'un rejet du corps médical Oui Non

d'un séjour en hôpital psychiatrique Oui Non
si oui, précisez les conditions et les coordonnées du psychiatre :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____

Téléphone fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Téléphone portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Vos difficultés financières sont elles :

majeures

moyennes

minimes

absentes

Actuellement, qu'est ce qui vous cause le plus de désagrément (**cochez trois cases positives au maximum**)

des conditions de travail difficiles Oui Non

la perte de votre emploi Oui Non

la vie sans domicile fixe Oui Non

votre isolement familial Oui Non

la non prise en considération
de votre maladie par les médecins Oui Non

le fait que certains considèrent que
vous êtes atteint d'une maladie
psychiatrique Oui Non

la persistance des symptômes
ou leur aggravation Oui Non

les difficultés financières Oui Non