

Centre de Recherche et d'Information Indépendantes sur les Rayonnements Electromagnétiques

SYMPTOMES EXPRIMES PAR LES RIVERAINS DE STATION RELAIS DE TELEPHONIE MOBILE QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL*

Ceci est une étude de voisinage. Elle vise à recenser les symptômes et maladies dont souffrent les riverains d'antenne-relais. Dans le cas d'enfants, merci de les aider à répondre aux questions.

Le (riirem est autorisé à utiliser et publier les résultats de ce questionnaire anonyme.

Date de l'enquête :

Nombre d'antennes :

Adresse exacte de la station relais :

➤ **Sexe** : F M Ageans Taillecm Poidskg Tél/Mel _____

Caractéristiques de votre exposition ?

Sa valeur en volts/mètre ? (facultatif)

➤ **Distance en mètres(m) de la station relais ?** (bien répondre à toutes les rubriques)

Moins de 10 m 10 à 50 m 50 à 100 m 100 à 200 m 200 à 300 m Plus de 300 m

➤ **Par rapport aux antennes, êtes-vous situé ?**

En face Sur le coté En arrière En dessous (antenne sur le toit) Au-dessus

➤ **Depuis combien de temps êtes-vous exposé ?**

Moins d'1 an 1 à 2 ans 2 à 5 ans Plus de 5 ans

Ressentez-vous ces symptômes ? (cocher dans les colonnes la case sous le chiffre correspondant)
0 = Jamais 1 = Parfois 2 = Souvent 3 = très souvent 4 = ce symptôme disparaît hors domicile

	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
<i>Irritabilité</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Difficultés de concentration</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Maux de tête</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Pertes de mémoire</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sommeil perturbé</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Perturbations auditives</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Etat dépressif</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Perturbations visuelles</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Nausées</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Problèmes cutanés</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vertiges</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Problèmes cardio-vasculaires</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troubles digestifs</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Autres troubles plus graves</i>	<i>Exposez les au VERSO</i>				

Avez-vous perçu des perturbations dans le fonctionnement de vos appareils télé, hifi ou ménagers ?

Etes-vous porteurs d'une prothèse ? (pacemakers, pompe à insuline, implants crâniens, broches...)

Si oui, laquelle ?

Avez-vous constaté des dysfonctionnements ou des désagréments avec votre prothèse ?

Si oui, lesquels ?

* Questionnaire préconisé par le Conseil Scientifique du (riirem, utilisé et validé dans les études de R. Santini et coll. (2001, 2002, 2003) et de E.A. Navarro (2003) auprès des riverains d'antennes. Téléchargeable sur www.criirem.org