

### SYMPTOMES EXPRIMES PAR LES RIVERAINS DE LIGNES HAUTE TENSION ET TRANSFORMATEUR QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL\*

Ceci est une étude de voisinage. Elle vise à recenser les symptômes et maladies dont souffrent les riverains de réseaux électriques. 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 :

Voltage de la ligne et/ou du transfo :

Nom ou adresse de la ligne et/ou du transfo :

➤ Sexe : F  M  Age .....ans Taille .....cm Poids .....kg Tél/Mel \_\_\_\_\_

**Caractéristiques de votre exposition ?**

Valeur magnétique en microteslas ? (facultatif)

➤ **Distance en mètres (m) de la ligne et/ou du transfo ?** (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

**...L'orientation de la ligne est-elle ?**

**...Dans le cas d'un transformateur, êtes-vous situé ?**

Est/Ouest  Nord/Sud

Sur le côté

En dessous

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                        |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Irritabilité       | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maux de tête       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pertes de mémoire            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sommeil perturbé   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perturbations auditives      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etat dépressif     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Perturbations visuelles      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nausées            | <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"/> |
| Vertiges           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes cardio-vasculaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles digestifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres troubles plus graves  | Exposez les au VERSO     |                          |                          |                          |                          |

**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 ?