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)	❒	❒	❒	❒
• Réveils nocturnes entre 3h et 5h du matin (préciser l'heure)	❒	❒	❒	❒
• Sommeil entrecoupé (plusieurs réveils par nuit)	❒	❒	❒	❒
• Fatigue anormale au réveil (difficultés à se lever le matin)	❒	❒	❒	❒
• Fatigue chronique, épuisement	❒	❒	❒	❒
• Migraines, céphalées ("en casque", raidissement de la nuque, tempes…)	❒	❒	❒	❒
• Troubles de la mémoire	❒	❒	❒	❒
• Difficultés de concentration	❒	❒	❒	❒
• Difficultés d'apprentissage, résultats scolaires faibles ou en baisse	❒	❒	❒	❒
• État dépressif (dépression sans cause apparente, aggravation d'une dépression ancienne, idées suicidaires)	❒	❒	❒	❒
• Irritabilité (colères subites, disproportionnées par rapport aux événements)	❒	❒	❒	❒
• Apathie, confusion mentale (tendance à laisser traîner ses papiers, à ne plus ouvrir les volets)	❒	❒	❒	❒
• Vertiges, pertes d'équilibre, chutes inexpliquées	❒	❒	❒	❒
• Acouphènes (bruits, sifflements, bourdonnements dans les oreilles ; douleurs)	❒	❒	❒	❒
• Troubles de la vision (baisse de l'acuité visuelle, cataracte)	❒	❒	❒	❒
• Allergies, eczéma, rougeurs, démangeaisons cutanées, psoriasis, sensations de brûlures, de fourmillements	❒	❒	❒	❒
• Asthme	❒	❒	❒	❒
TOTAL sur cette page	___	___	___	___

Troubles constatés	Jamais	Parfois	Souvent	Tous les jours
• Troubles cardiaques (rythme irrégulier, emballement, insuffisance, infarctus)	❒	❒	❒	❒
• Hypertension, hypotension, tension instable	❒	❒	❒	❒
• Troubles vasculaires des membres inférieurs (gonflement des jambes, œdèmes)	❒	❒	❒	❒
• Nausées, vomissements	❒	❒	❒	❒
• Diarrhées (rectocolite hémorragique, maladie de Crohn)	❒	❒	❒	❒
• Constipation	❒	❒	❒	❒
• Anémie (carence en fer)	❒	❒	❒	❒
• Chute de cheveux	❒	❒	❒	❒
• Saignements de nez	❒	❒	❒	❒
• Maladies infectieuses à répétition (angines, etc.)	❒	❒	❒	❒
• Crises d'épilepsie	❒	❒	❒	❒
• Amaigrissement ou prise de poids	❒	❒	❒	❒
• Troubles de la glande thyroïde (hypo- ou hyperthyroïdie, nodules, goitre)	❒	❒	❒	❒
• Règles irrégulières ou arrêt total	❒	❒	❒	❒
• Autres dérèglements hormonaux (troubles de la croissance, etc.)	❒	❒	❒	❒
• Tendance à remettre au lendemain ce que vous devez faire (procratination)	❒	❒	❒	❒
• Douleurs (préciser la localisation)	❒	❒	❒	❒
TOTAL sur cette page	___	___	___	___
TOTAL GÉNÉRAL	___	___	___	___

• Complications ou aggravation de maladies anciennes (préciser)	❒ Oui	❒ Non
• Diabète	❒ Oui	❒ Non
• Troubles vasculaires cérébraux	❒ Oui	❒ Non
• Cancer (préciser la localisation)	❒ Oui	❒ Non
• Décès d'un membre du foyer	❒ Oui	❒ Non
• Autres :		

Pour consulter les résultats du test : https://www.santepublique-editions.fr/test-etes-vous-trop-expose-aux-ondes-telephone-portable-danger-antenne-relais-champ-electromagnetique.html

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 1ère 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

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

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :** **Âge :** **Classe :** **Date :**