

Questionnaire

Il est recommandé de remplir ce formulaire maintenant, de le dater et signer. Conservez-le soigneusement. En cas d'installation de l'antenne, faites une première évaluation après 1 mois, puis après 6 mois au cas où votre santé n'aurait pas subi de changement.

En regard des symptômes et des pré-noms, la réponse doit contenir une de ces 4 valeurs :

0 = jamais	1 = parfois	2 = souvent	3 = très souvent
------------	-------------	-------------	------------------

Pour les questions multiples, répondre par exemple (nausées / pertes d'appétit) : 0-2

Nom	Prénom	Prénom	Prénom	Prénom	Prénom
Année de naissance					
Nombre d'heures par jour à la maison : semaine /week-end					
Distance de votre domicile à l'antenne					
Est-elle visible de chez vous					
Nombre de minutes par jour de conversation avec votre natel					
TAS ou SAR de votre natel (voir le mode d'emploi)					
Nombre d'heures cumulées par jour de TV et d'ordinateur					
Avez-vous un téléphone DECT sans fil à domicile (voir mode d'emploi)					
Symptômes					
Troubles du sommeil / réveil subit					
Maux de tête					
Nervosité / stress / irritabilité					
Fatigue / état dépressif					
Difficultés de concentration					
Pertes de mémoire / dyslexie					
Sifflements d'oreille / tinnitus					
Vertiges, troubles de l'équilibre					
Troubles de la vue / glaucome					
Troubles cardiaques / palpitations					
Nausées / pertes d'appétit					
Douleurs abdominales					
Problèmes cutanés / démangeaisons					
Douleurs articulaires ou diffuses					
Hyperactivité / Epilepsie					
Parkinson / Alzheimer					