

# Enquête Européenne

sur les Symptômes Biologiques et Sanitaires ressentis par les Riverains d'antennes relais.

Après traitement informatique des données, les statistiques seront transmises anonymement aux scientifiques et organismes de santé afin d'analyses et publications.

Version papier à transposer avec une adresse mail sur : <http://www.next-up.org/questionnaire/index.php>

Vous êtes :

Une Femme  Un Homme

Votre poids entre :

moins de 50 Kg  50/60 Kg  61/70 Kg  71/80 Kg  81/90 Kg  plus de 90 Kg

Votre âge entre :

10/20ans  21/40 ans  41/60ans  +60ans

Depuis combien de temps vivez-vous près des antennes relais :

moins d'1 an  1 à 2 ans  2 à 3 ans  3 à 4 ans  4 à 5 ans  + de 5 ans

Environ à quelle distance des antennes relais êtes-vous situé :

moins de 10m  entre 11 et 50m  entre 51 et 100m  entre 101 et 200m  entre 201 et 00m  + de 300m

Par rapport aux antennes relais (plan HORIZONTAL), vous êtes situé :

en dessous  en face  au-dessus

Par rapport aux Antennes Relais (plan VERTICAL), vous êtes situé :

sur le côté  en face  en-arrière

Combien de jours par semaine êtes-vous près des antennes relais :

1  2  3  4  5  6  7

Combien d'heures par jour en moyenne :

moins de 1h  1 à 4 h  4 à 8 h  8 à 12 h  12 à 16 h  24h sur 24

Dosimétrie : connaissez vous la valeur - moyenne ou maxi - de votre exposition aux rayonnements des antennes relais ?(irradiation en CEM artificiels Hautes Fréquences micro-ondes)

NON  moins de 0,6 V/m  0,7 à 1 V/m  1,1 à 1,5 V/m  1,6 à 2 V/m  2,1 à 3 V/m  plus de 3 V/m

Savez-vous ce que veut dire l'abréviation CEM (EMF en ANGLAIS) :

OUI  NON

Si OUI, connaissez-vous ou avez-vous entendu parler des effets des CEM (EMF) sur l'homme :

OUI  NON

Savez-vous la différence entre les Effets dits BIOLOGIQUES et les Effets dits SANITAIRES :

OUI  NON

Connaissez-vous la différence entre les rayonnements dits IONISANTS et NON-IONISANTS :

OUI  NON

Avez-vous eu une information ou fait une démarche pour en savoir plus sur ces ANTENNES RELAIS :

OUI  NON

Si OUI, de ou vers (si non passez cette question) :

La Municipalité  L'Opérateur  Votre Propriétaire/Syndic  Une Association  L'AFNR  Autre

Connaissez-vous leurs Technologies :

NON  GSM 900 MHz  GSM 1800 MHz  EDGE  UMTS (3G)  HSPDA (3,5G, etc ...)  PMR (Private Mobile Radio) : TETRA  PMR (Private Mobile Radio) : TETRAPOL (Astrid-Acropol-Rubis-Antares)  WiFi  WiMax

Connaissez-vous leur Puissance :

OUI  NON

Quel(s) symptôme(s) ressentez-vous ? . . . Nausées

0 jamais  1 parfois  2 souvent  3 très souvent

Palpitations

0  1  2  3

Acouphènes

0  1  2  3

Perte Appétit

0  1  2  3

Maux de Tête

0  1  2  3

Désorientation

0  1  2  3

Perte Mémoire

0  1  2  3

Légers vertiges

0  1  2  3

Picotements tête

0  1  2  3

Fatigue chronique

0  1  2  3

Baisse de la libido

0  1  2  3

Jambes sans repos

0  1  2  3

Saignements de nez

0  1  2  3

Irritabilité /Nervosité

0  1  2  3

Tendance dépressive

0  1  2  3

Sentiments d'inconfort

0  1  2  3

Perturbations visuelles

0  1  2  3

Perturbations auditives

0  1  2  3

Difficultés de déplacement

0  1  2  3

Difficultés de concentration

0  1  2  3

Suffocations / Transpiration

0  1  2  3

Problèmes cardio-vasculaires

0  1  2  3

Problèmes cutanés dermatites

0  1  2  3

Problèmes cutanés dermatoses

0  1  2  3

Hausse légère de température

0  1  2  3

Paralysie des quatre membres (important : en cas de réponse positive veuillez donner dans la zone des commentaires en fin du questionnaire enquête les détails complets et précis de l'événement avec la chronologie horaire)

jamais  Une seule fois  Souvent  Tous les jours

Démangeaisons (en principe dans le dos)

0  1  2  3

Problèmes digestifs (aérophagie, rots, gastrite, vomissements, etc . . .)

0  1  2  3

Problèmes respiratoires (sinusites ou rhinites chroniques, essoufflements, etc . . .)

0  1  2  3

Autres symptômes (explications souhaitées dans la zone des commentaires en fin du questionnaire enquête)

Aucun autre  Quelques fois  Souvent  Tous les jours

Sommeil perturbé (subjectif) : ressenti d'une forte diminution de rêves dans les phases du sommeil paradoxal

NON  Peut être  Sûrement  Avec certitude par comparaison (ailleurs)

Vous réveillez-vous régulièrement au cours de la nuit ?

Non  OUI principalement avant 2h.  OUI principalement entre 2h et 4h.  OUI principalement entre 4h et 5h.  
 OUI principalement entre 5h et 6h.

Prenez-vous des somnifères ?

Jamais  Quelques fois  Souvent  Tous les soirs

L'Auto-Diagnostic: Si vous ressentez des symptômes, après un éloignement des antennes relais, (exemples: voyage, vacances, déplacements, etc ...) votre état de santé est :

PAREIL  S'AMELIORE  MES SYMPTÔMES ONT DISPARU

L'Auto Diagnostic : Si votre état de santé s'est amélioré ou les symptômes ont disparu, après un éloignement des antennes relais, c'est au bout de combien de temps (si aucune amélioration passez cette question) :

12 heures  1 jour  2 jours  3 jours  4 jours  1 semaine  2 semaines

Électrisation : ressenti dans des parties du corps comme de l'électricité statique ou autre

Jamais  Quelques fois  Souvent  Tous les jours

Électrisation (Si vous avez répondu Jamais à la question précédente, passez cette question) : Pratiquez-vous la décharge de votre corps ?

Je ne connais pas cette action  NON  Oui quelques fois sans résultat positif probant  
 Oui quelques fois avec un résultat positif  Quotidiennement

Marchez-vous pieds nus ?

Jamais  NON  1 heure par jour en moyenne  6 heure par jour en moyenne  En permanence

Etes-vous porteurs d'une prothèse ?

NON  Pacemaker  Pompe à insuline  Implants crâniens / Clips  Broches / Vis  Autres

Si vous avez une prothèse (si non passez cette question), avez-vous constaté des dysfonctionnements ou des désagréments avec votre prothèse ?

OUI  NON

Avez-vous un ou plusieurs amalgames ou implants ou bridge(s) ou un appareil dentaire avec une ou des parties métalliques ?

OUI  NON

Prenez-vous des médicaments régulièrement ? si oui, pouvez-vous inscrire leurs noms dans la zone réservée aux commentaires en fin du questionnaire Enquête. (Vous avez la possibilité de passer cette question sans répondre)

OUI  NON

Si vous êtes sous un Traitement (exemple diabétique sous traitement à l'insuline), avez-vous constaté des changements dans vos moyennes, taux, etc . . .

Aucun traitement  OUI  NON

(Si Aucun Traitement passez cette question) Lorsque vous partez de votre lieu de résidence, exemple vacances ou les week-ends, avez-vous constaté des différences ?

OUI  NON

Avez-vous perçu des perturbations dans le fonctionnement de vos appareils télé, hifi, ménagers, télécommandes diverses, pompes immergées, portes de garage, ou autres ?

OUI  NON

Utilisez vous régulièrement : Un ordinateur + de 2 heures/jour ?

NON  OUI, avec un écran cathodique (CRT)  OUI, avec un écran plat (LCD ou TFT)  OUI, avec liaison WiFi et écran CRT  OUI, avec liaison WiFi et écran LCD

Utilisez vous régulièrement : Un téléphone mobile + de 20mn/jour ?

OUI  NON

Utilisez-vous un téléphone sans fil chez-vous (DECT) ?

OUI  NON

Utilisez-vous le WiFi chez-vous (box activée en WiFi) ?

OUI  NON

Avez-vous un ou des voisins à moins de 30 m qui utilisent une box (WiFi)?

Je ne sais pas  OUI

Avez-vous un Hotspot WiFi près de chez-vous ?

Je ne sais pas  OUI  OUI , je m'y connecte

Hors "des antennes relais", où ressentez-vous significativement le plus de symptômes ? (explications possibles dans les commentaires)

Dans la rue principale d'une ville.  Dans mon véhicule.  Dans les transports en commun (autobus).  
 Dans le métro.  Dans les trains.  Sous des néons.  Sous des ampoules à économie d'énergie.  
 Sous des ampoules halogène.  Devant un écran d'ordinateur CRT.  Devant un écran TV plasma.

Autres

A cause des irradiations des antennes relais, voulez-vous :

Partir  Partir, mais je n'ai pas les moyens  Rester

A cause des irradiations des antennes relais avez-vous déjà :

Déménagé de votre appartement ou maison  Abandonné votre appartement ou maison  Vendu votre appartement ou maison  N'entre pas dans ces cas de figures

A cause des antennes relais, avez-vous installé des protections anti-irradiations chez-vous ?

OUI  NON

A cause des irradiations des antennes relais, avez-vous aménagé ou changé le lieu de votre chambre ?

OUI  NON

Dormez-vous dans une cage de Faraday ?

OUI  NON

Renseignements annexes : souhaitez-vous être informé par e-mail des résultats de ce Questionnaire Enquête ?

OUI  NON

Renseignements annexes : accepteriez-vous d'être auditionné par un organisme ou interviewé par une TV dans le cadre d'un reportage ?

OUI  NON

Mon e-mail :

Commentaires :

Loi Informatique et Liberté (CNIL) : Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit de modification et de retrait de toutes données personnelles.

Valider