

MARSEILLE - DECEMBRE 2005 -QUESTIONNAIRE PAR PERSONNE -

SYMPTOMES BIOLOGIQUES EXPRIMES PAR LES RIVERAINS DES STATION RELAIS DE TELEPHONIE MOBILE

**LES ASSOCIATIONS PRIARTÉM, CRIIREM, AGIR POUR L'ENVIRONNEMENT, ROBIN DES TOITS
ECOFORUM et le COLLECTIF Antennes Relais POUR MARSEILLE**

Ceci n'est pas une étude clinique. Ce recensement restera anonyme mais vaudra Pétition auprès de la Mairie Centrale de Marseille, partenaire responsable de la bonne conduite des Opérateurs signataires de la Charte. Le but est de recenser les implantations anarchiques des antennes relais, les symptômes et maladies dont souffrent les riverains.

Pour les enfants, merci de les aider ou le faire pour eux.

Adresse exacte de l'antenne relais : _____

➤ **Sexe** : F M Ageans
(Facultatif) : TEL _____ Messagerie Internet _____

Caractéristiques de votre exposition (bien répondre à toutes les rubriques en cochant les cases appropriées)

➤ **Distance en mètres(m) de la station relais :**

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 la case en dessous du chiffre correspondant dans les colonnes)

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>Tendance dépressive</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</i>	<i>Exposez les au VERSO</i>				

Veuillez renvoyer ce questionnaire au « Collectif Antenne Relais Marseille » 13 Boulevard des Platanes 13008 MARSEILLE.-

nb : Ce questionnaire est basé sur celui utilisé et validé lors des enquêtes scientifiques de Roger Santini et collaborateurs. (2001, 2002, 2003) et E.A. Navarro (2003). 1