

CONSULTATION GLOBALE : IDENTIFICATION

(merci de remplir ce questionnaire et de nous le renvoyer au plus vite)

SVP collez ici une petite image en couleur de vous-même (cela nous aide à vous reconnaître et aider quand vous téléphonez)	Prénom :	Nom de famille :	
	Nom jeune fille:	Profession :	
	Date de naissance:/...../.....	Âge : ans	Nombre d'enfants :
	Adresse :		
	Ville :	Code postal :	Pays :
	E-mail :		
	Tél. privé :		Tél bureau:
	Tél. GSM :		Tél. du voisin :
	Fax :		

La (ou les) raison(s) de votre demande de consultation :

.....

.....

Etes-vous envoyé par votre médecin de famille, sur le conseil d'un membre de votre famille ou d'une connaissance) ? Nom

Quel est le nom et l'adresse de votre médecin traitant ?

.....

Désirez-vous que nous informions votre médecin traitant ? oui non

Veuillez décrire **ci-dessous en résumé, votre état de santé antérieur** (en ordre chronologique) maladies, opérations, prise de médicaments, etc. en complétant ce qui suit :

Entre 0 et 1 an :

Poids à la naissance : kg

Opérations :

A quel âge ? La première dent : La marche ? La parole ?

Maladies :

Entre 1 et 10 ans :

Infections : nez gorge oreilles sinusites angines otites
 bronchites primo infection tuberculose

Antibiotiques ?

Vous a-t-on enlevé les amygdales ? oui non - les végétations ? oui non.

A quel âge ? Avez souffert d'énurésie (pipi au lit) ? oui, jusqu'à quel âge ?

Autres opérations ?

Croissance physique durant cette période ? lente moyenne rapide

Rendement scolaire ?

Etat des dents :

Entre 10 et 20 ans :

Infections : nez-gorge-oreilles Poumons

Rhumatisme articulaire aigu ? Mononucléose ? Hépatite (jaunisse) ?

Opérations :

Puberté : précoce tardive

Pour les dames : âge des premières règles :

Développement physique ?

Y-a-t-il eu des problèmes de poids?

Comment était votre état général ? L'état des dents ?

Service militaire ?

Rendement scolaire / universitaire ?

Entre 20 et 30 ans :

Infections ? oui non - Lesquelles ? Mononucléose ? Hépatite ?

Opérations ? Accidents ?

Plaintes durant cette période ?
Etat général durant cette période ?
Traitements ? Etat des dents ?
Service militaire ? Etat des gencives ?

Entre 30 et 40 ans :

Infections ? oui non - Lesquelles ? Hépatite ?
Opérations ? Accidents ?
Plaintes durant cette période ?
Etat général durant cette période ?
Traitements ?
Etat des dents ? Etat des gencives ?

Entre 40 et 50 ans :

Infections ? oui non - Lesquelles ? Hépatite ?
Opérations ? Accidents ?
Plaintes durant cette période ?
Etat général durant cette période ?
Traitements ?
Etat des dents ? Etat des gencives ?

50 ans et plus :

Infections ? oui non - Lesquelles ? Hépatite ?
Opérations ? Accidents ?
Plaintes durant cette période ?
Etat général durant cette période ?
Traitements ?
Etat des dents ? Etat des gencives ?

Dans votre famille (grand-mère ou grand-père maternel ou paternel, père, mère, frères, soeurs, frères et soeurs de vos parents, vos enfants) lesquels souffrent ou ont souffert de (si oui, indiquez le degré de parenté SVP) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> obésité : Qui ? | <input type="checkbox"/> maigreur : Qui ? |
| <input type="checkbox"/> migraine : Qui ? | <input type="checkbox"/> dépression : Qui ? |
| <input type="checkbox"/> épilepsie : Qui ? | <input type="checkbox"/> eczéma : Qui ? |
| <input type="checkbox"/> psoriasis : Qui ? | <input type="checkbox"/> acné : Qui ? |
| <input type="checkbox"/> maladies pulmonaires : Qui ? | <input type="checkbox"/> bronchite chronique : Qui ? |
| <input type="checkbox"/> tuberculose : Qui ? | <input type="checkbox"/> emphysème du poumon : Qui ? |
| <input type="checkbox"/> allergie : Qui ? | <input type="checkbox"/> goître : Qui ? |
| <input type="checkbox"/> hypertension : Qui ? | <input type="checkbox"/> hypotension : Qui ? |
| <input type="checkbox"/> rhumatisme : Qui ? | <input type="checkbox"/> goutte : Qui ? |
| <input type="checkbox"/> infarctus du myocarde : Qui ? | <input type="checkbox"/> artériosclérose des jambes : Qui ? |
| <input type="checkbox"/> ulcère de l'estomac : Qui ? | <input type="checkbox"/> calculs de la vésicule biliaire : Qui ? |
| <input type="checkbox"/> diabète sucré : Qui ? | <input type="checkbox"/> autres : : Qui ? |
| <input type="checkbox"/> énurésie (perte d'urine la nuit) : Qui ? | |
| <input type="checkbox"/> puberté précoce : par ex. premières règles avant 12 ans : Qui ? | |
| <input type="checkbox"/> puberté tardive : par ex. premières règles après 15 ans : Qui ? | |
| <input type="checkbox"/> cancer : Qui ? | |

Remarques :

Votre épouse, votre partenaire, souffre-t-il ou -t-elle d'une des maladies mentionnées ci-avant ?
oui non – Lesquelles ?

et votre ou vos enfants : oui non – Lesquelles ?

Avez-vous pris des médicaments ?

Autrefois ? oui non (si oui, lesquels, doses, périodes)

Récemment ? oui non (si oui, lesquels, doses, périodes)

Quelles médications prenez-vous exactement pour le moment ? A quelles doses ?
.....

Fumez-vous du tabac ? oui non - si oui, combien de cigarettes par jour ?

Important

1 ° Pouvez-vous inclure **une de vos photos** (format photo pour carte d'identité) si possible en couleur SVP, ou nous l'apporter lors de la consultation ?

2 ° Veuillez prendre votre **température corporelle** matinale par trois fois SVP.
Placer le thermomètre (préalablement abaissé) sous le bras dans le creux axillaire du bras le matin, au lit, avant le lever et durant 10 minutes.
Ne pas boire de boissons alcoolisées (bière, vin, alcool) le soir avant.

T° : T° : T° :

Note : pour les dames : seulement le 2e, 3e et 4e jour du cycle. Ce test ne compte pas si prise de pilule contraceptive.

3 ° Avez-vous déjà subi certains examens (sang, urines, radiographies, examens radio-isotopiques) ? Si oui, pourriez-vous nous faire parvenir des photocopies des résultats de ces examens ?

4 ° S.V.P. pourriez-vous nous renvoyer ces questionnaires par la poste bien avant la première consultation ?

Merci de votre collaboration.

Questionnaire sur les attitudes psychologique favorables:

Avez-vous :		NON Jamais	Peu Rare- ment +/-	Intermé- diaire Moyen +	Beauco- up souvent ++	Constam- ment Toujours +++	VOTRE SCORE:
1	La volonté de continuer à vivre, même avec un handicap?	1	2	3	4	5	
2	Le courage devenir vieux et apparaître vieux?	1	2	3	4	5	
3	Projets pour le futur?	1	2	3	4	5	
4	L'impression d'être utile?	1	2	3	4	5	
5	Une profession active?	1	2	3	4	5	
6	Faculté d'adaptation aux situations nouvelles?	1	2	3	4	5	
7	Attitudes positives (une tendance à voir le bon, le côté ensoleillé de la vie et l'exprimer dans beaucoup de mots positifs et actions)?	1	2	3	4	5	
8	Est-ce que vous évitez du stress excessif et inquiétude?	1	2	3	4	5	
9	Est-ce que vous vous débrouillez bien avec les problèmes, trouvez-vous facilement des solutions?	1	2	3	4	5	
10	Autodétermination (déterminez-vous votre propre vie, et ce n'est pas quelqu'un d'autre qui le fait pour vous)?	1	2	3	4	5	
11	Une bonne mémoire, des pensées claires?	1	2	3	4	5	
12	Une haute Intelligence et éducation?	1	2	3	4	5	
13	Une tendance à développer de bons contacts sociaux?	1	2	3	4	5	
14	Amour et attitudes affectueuses?	1	2	3	4	5	
15	Une activité sexuelle élevée?	1	2	3	4	5	
16	Une vie de la famille avec liens serrées, vous êtes proche l'un de l'autre?	1	2	3	4	5	
17	Une sensation de liberté?	1	2	3	4	5	
18	Passion, le "scintillement de vie", quelques excentricités?	1	2	3	4	5	
19	Humour?	1	2	3	4	5	
20	Une sensation d'être jeune au-dedans, même dans un corps âgé?	1	2	3	4	5	
21	Foi religieuse et spiritualité?	1	2	3	4	5	
22	Valeurs de base et croyances dans l'écologie, la moralité, le devoir, etc.?	1	2	3	4	5	
23	Un cycle de sommeil-éveil équilibré?	1	2	3	4	5	
24	Un rythme du travail équilibré?	1	2	3	4	5	
25	Un bon sommeil?	1	2	3	4	5	
26	Inquiétude, anxiété?	5	4	3	2	1	
27	Dépression?	5	4	3	2	1	
28	Stress?	5	4	3	2	1	
29	Caractère agressif?	5	4	3	2	1	
30	Une tendance à garder des émotions négatives dans vous?	5	4	3	2	1	
Total de chaque colonne							
TOTAL = somme de tous les totaux		(maximum = 150 points)					

Veillez répondre en noircissant une case par question S.V.P.

	Non Jamais O	Peu Parfois ±	Modéré Régulier +	Beaucoup Souvent ++	Enormément Toujours +++
<hr/>					
1. Stress difficile à supporter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fatigue importante lors de stress ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Confusion ou "état vaseux" surtout lors de stress ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tension basse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vertiges le matin au lever ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Coups de pompe vers 11 h – 16 h ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Attiré(e) par les aliments sucrés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Attiré(e) par les aliments salés (ou les épices) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Troubles digestifs (gastro-entérite, colites,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Appétit médiocre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Maigreur excessive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Rhumatisme inflammatoire (arthrite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Allergies :					
- sur la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- nez – gorge – oreilles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- alimentaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Intolérance aux médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Grandes taches de dépigmentation (couleur brune) ou de dépigmentation de couleur blanche (vitiligo) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
1. Euphorique (trop enjoué(e)) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Agitation excessive (« survolté ») ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
1. Fatigue en station debout (et mieux en position couchée) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Besoin impérieux d'uriner après avoir bu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
1. Sommeil léger, anxieux, agité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Difficultés à l'endormissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Souffrez-vous des plaintes suivantes ?	Non Jamais O	Peu Parfois ±	Modéré Régulier +	Beaucoup Souvent ++	Enormément Toujours +++
1. Frilosité en général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frilosité le soir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doigts blancs (ou bleus) au froid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frilosité des mains ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frilosité des pieds ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise circulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tendance à grossir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fatigue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- surtout au repos lorsque vous arrêtez de bouger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- le matin au lever ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sensation d'avoir moins d'énergie qu'avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- apathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lenteur dans la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- somnolence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- distraction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Maux de tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, localisés :					
<input type="checkbox"/> autour des yeux ?					
<input type="checkbox"/> à l'arrière de la tête					
<input type="checkbox"/> côté latéral de la tête ?					
<input type="checkbox"/> sur tout le crâne ?					
7. Mémoire diminuée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- concentration diminuée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nervosité (crispation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- irritabilité (agressivité) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gonflement :					
- autour des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur l'ensemble du visage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au niveau des mains et des pieds ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Constipation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appétit médiocre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appétit exagéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digestion (estomac) lente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance aux graisses cuites ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance au chocolat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Etant enfant, avez-vous uriné longtemps au lit (énurésie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Non Jamais	Peu Parfois	Modéré Régulier	Beaucoup Souvent	Enormément Toujours
Souffrez-vous des plaintes suivantes ?	O	±	+	++	+++
12. Saignement du nez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Palpitations lentes du coeur ? Facilement à court d'haleine ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Crampes musculaires durant la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aux pieds ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aux mollets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aux mains ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Varices ? Elles vous gênent ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Articulations « enraidies » le matin au lever ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Allergies des voies respiratoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Facilement enrhumé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Maux de gorge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Voix rauque le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bourdonnements d'oreilles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Surdit�� ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Coups de pompe durant la journ��e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vers 11 h 00 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vers 16 h 00 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce malaise disparaît-il en mangeant du sucré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Peau s��che ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au visage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aux coudes et aux jambes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ongles cassants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Chute de cheveux ? Poussée lente des cheveux ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. Urinez-vous peu ? Buvez-vous peu ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28. Vertiges ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Sensation permanente de chaleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sueurs profondes sur tout le corps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Soif excessive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Amaigrissement malgré un bon appétit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Tremblement du corps ? Tremblement des doigts ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34. Palpitations cardiaques (rapides) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Nervosité anormale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Souffrez-vous des plaintes suivantes ?	Non Jamais O	Peu Parfois ±	Modéré Régulier +	Beaucoup Souvent ++	Enormément Toujours +++
Vieillessement (sensation de vieillir) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos plus courbé que par le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à accumuler de la graisse au niveau :					
- de la poitrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du ventre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des hanches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attitude plus affaissée, moins tonique qu'avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue (d'arrière-fond) constante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Récupération difficile après un effort physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déprimé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moins dynamique, plus passif (ve) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mémoire diminué ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusion, sensation d'être « à côté de la plaque » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosité intérieure, irritabilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyper-émotivité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidité (difficultés à s'adapter) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil léger, agité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin important de sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheveux devenus :					
- plus minces ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gris ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de cheveux : - diffuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- surtout sur la partie supérieure du crâne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audition diminuée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision diminuée ?					
- pour la lecture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pour voir de loin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vue trouble, de façon brouillée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gencives saignant facilement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de dents ?					
Combien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muqueuses plutôt sèches ?					
- au niveau des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Non Jamais	Peu Parfois	Modéré Régulier	Beaucoup Souvent	Enormément Toujours
	O	±	+	++	+++
Souffrez-vous des plaintes suivantes ?					
- au niveau de la bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pour les dames : au niveau du vagin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peau pâle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peau qui brûle facilement au soleil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peau ridée ?					
- au niveau du front ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au niveau des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au niveau de la bouche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au niveau de la paume des mains ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lignes longitudinales au niveau des ongles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essoufflement rapide lors d'un effort physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs près du cœur lors d'un effort physique ou lors d'un stress ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorroïdes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecchymoses/hématomes facilement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminution de la force musculaire :					
- au niveau des membres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au niveau du ventre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouffées de chaleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sueurs profondes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs articulaires au niveau :					
- du cou ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du bas du dos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des membres supérieurs ? Où ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des membres inférieurs ? Où ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à uriner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin d'aller souvent uriner :					
- le jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de brûlure en urinant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Pour les adultes</u> :					
- perte de libido ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diminution du potentiel sexuel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Non Jamais	Peu Parfois	Modéré Régulier	Beaucoup Souvent	Enormément Toujours
	O	±	+	++	+++
Souffrez-vous des plaintes suivantes ?					
<u>Pour les hommes</u> :					
- barbe poussant fort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pilosité abondante sur le torse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Pour les dames</u> :					
- pilosité pauvre dans les creux axillaires ou sur le pubis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pilosité trop abondante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poitrine qui s'affaisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- avant les règles :					
- seins douloureux, gonflés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bas-ventre gonflé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- irritabilité ou dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- règles douloureuses ?					
- de façon constante ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
- ou par crises violentes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Cycles menstruels irréguliers ?		<input type="checkbox"/> non (27–29 jours)	<input type="checkbox"/> cycles trop courts (26 jours au moins)	<input type="checkbox"/> cycles trop longs (30 jours ou plus)	

1. Cheveux (plus) minces ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Visage creusé par des rides profondes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poches sous les yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- joues relâchées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lèvres (plus) minces ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gencives rétractées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- amincissement des os de la mâchoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- relâchement de la peau sous le menton ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Silhouette du corps affaissée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Obésité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminution (ou peu) de muscles ? avec :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- épaules et fesses peu (ou moins) musclées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- triceps (sous le bras) trop relâché (qui pend) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mains peu (ou moins) musclées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ventre relâché, pendouillant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- intérieur des cuisses qui s'affaisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cellulite sur les cuisses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- coussinets de graisse au-dessus des genoux ?

	Non Jamais	Peu Parfois	Modéré Régulier	Beaucoup Souvent	Enormément Toujours
Souffrez-vous des plaintes suivantes ?	O	±	+	++	+++
5. Qualité de vie plus pauvre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation d'être « mal dans sa peau » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malade fréquemment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections fréquentes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Manque d'appétit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque d'appétit pour la viande ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Force musculaire pauvre ou diminuée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epuisement rapide lors d'activités physiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fatigue constante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à rester éveillé(e) après minuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Récupération lente après s'être couché(e) tard (après minuit) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise résistance au stress ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Récupération difficile après un stress ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiment d'impuissance face à une situation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentiment d'incompétence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trop peu d'agressivité (se laisser faire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyper-émotivité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte du contrôle (émotionnel) de soi-même ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauts et bas de l'humeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diminution de l'estime de soi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déprimé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil léger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Difficultés à supporter le froid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durant l'enfance :					
- muscles très minces ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- os très minces ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tendance à s'isoler socialement, à rester cloisonné(e) chez soi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Peau (plus) mince ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Voix aiguë, stridente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à répliquer sèchement (répliques sèches quand					

vous vous sentez coincé(e) ?

14. Rapidement à court d'haleine ?

		Non Jamais	Peu Parfois	Modéré Régulier	Beaucoup Souvent	Enormément Toujours
Mangez-vous :		O	±	+	++	+++
- des produits laitiers ?	- lait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- lait battu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- yaourt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- fromage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- fromage blanc ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- beurre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des sucres ?	- sucre blanc ou du sucre candi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- édulcorants (aspartame, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bonbons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- chocolat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- gâteaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- biscuits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- confiture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- miel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des fruits ? (1 fruit/jour = peu)	- riche en fibres (oranges, raisins,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- sont-ils mûrs quand vous les mangez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des légumes ? Vous les mangez :	- crus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bouillis ou cuits à la vapeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- cuits dans du beurre ou de l'huile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- en conserve ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des céréales ?	- pain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- pain complet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- biscottes, pain grillé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- muesli ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- pâtes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- grains germés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des corn flakes ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des protéines animales ?	- viande ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- volaille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- boeuf, porc ou cheval ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les mangez-vous :	- grillés ou cuits au barbecue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- cuits dans du beurre ou de l'huile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- préparés au four ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bouillis ou cuits à la vapeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- crus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- sous forme de charcuterie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- en conserves ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du poisson ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Le mangez-vous :**
- fumé ?
 - cuits dans du beurre ou de l'huile ?
 - bouilli ou cuit à la vapeur ?
 - cru ?

Mangez-vous :	Non Jamais	Peu Parfois	Modéré Régulier	Beaucoup Souvent	Enormément Toujours
	O	±	+	++	+++
- des fruits de mer (coquillages, crevettes,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des œufs ?					
- en omelette ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cuits mollets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- crus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des aliments « bio » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- que buvez-vous ?					
- des boissons sucrées (limonades, tonics,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des boissons caféinées ?					
- vrai café ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cola ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vrai thé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des dérivés ?					
- café, céréales/fruits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- décaféiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tisane ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'alcool ?					
- bière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- alcools forts (whisky, cognac,..) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'eau ?					
- pétillante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- plate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- combien de litres d'eau plate buvez-vous par jour ?	litre(s) par jour				

- Que pensez-vous de votre alimentation ?

- est-elle équilibrée ? oui non
- mangez-vous peu ? oui non
- à des heures régulières ? oui non
- beaucoup de produits laitiers ? oui non
- les aliments sont-ils cuits à haute température ? oui non
- allez-vous souvent au restaurant ? oui non
- buvez-vous beaucoup de bière, vin apéritifs, ... ? oui non
- mangez-vous beaucoup ? oui non
- à des heures irrégulières ? oui non
- lesquels ?

- buvez-vous beaucoup de boissons fortes ?

oui non

Souffrez-vous des plaintes suivantes ?	Non Jamais 0	Peu Parfois ±	Modéré Régulier +	Beaucoup Souvent ++	Enormément Toujours +++
- Pellicules dans les cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Démangeaisons : - dans les cheveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sur le corps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Langue chargée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ventre ballonné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gaz intestinaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Eructations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Constipation et diarrhée en alternance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Taches d'eczéma sur le corps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Urticaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Peau qui pèle entre les orteils ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- « Hauts et bas » d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- « Hauts et bas » d'humeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sensation de pression sur la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Pour les dames :</u>					
- Pertes blanches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Démangeaisons vaginales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Syndrome prémenstruel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire concernant votre environnement

*Les questions que nous vous posons servent à savoir si vous êtes
ou avez été exposé(e)s à divers facteurs de pollution.*

VOTRE LOGEMENT

- Habitez-vous ?

- | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - en ville ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - dans une commune ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - dans un village ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - dans le centre ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - aux abords ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - à la campagne ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - au Sud du centre ville ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - au Nord du centre ville ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - à l'Est du centre ville ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - à l'Ouest du centre ville ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

- Y-a-t-il beaucoup de trafic devant votre habitation ?

- | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| - des camions ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - des autobus ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - des automobiles ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

- Votre habitation est-elle située sur un coin de rue, ou près d'un coin ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|------------------------------|------------------------------|

- Tout près de votre habitation, y-a-t-il :

- | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|
| - un arrêt d'autobus ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - des feux de signalisation ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - une autoroute ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - des travaux (publics) qui ont récemment été effectués | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - une ligne de train ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - une barrière de train ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| - une ligne de tram ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - un champ d'aviation ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - une école ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - une station d'essence ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - un garage ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - un carrossier ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - avec cabine de peinture ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| - une cabine à tension électrique ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | |
| - des lignes à haute tension ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - à quelle distance ? | |
| - une rivière ou un ruisseau ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - à odeurs polluantes ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| - des usines ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - lesquelles ? | |
| - un parc industriel ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - à quelle distance ? | |

-
- est-il polluant pour vous ? oui non
- un port ? oui non
-

- Dans votre voisinage, êtes-vous parfois ennuyé par un voisin qui brûle ses déchets ? oui non
- bois, plastique ou autre ? oui non
- barbecue ? oui non
- Votre rue ou avenue est-elle pavée ou asphaltée ? oui non
- Y-a-t-il près de votre habitation :
- des prairies ? oui non
 - des champs ? oui non
 - des serres ? oui non
 - des vergers ? oui non
 - des exploitations de fleurs ? oui non
 - des exploitations de fruits ? oui non
- Y emploie-t-on des pesticides ? oui non
-

- Habitez-vous :

- dans une maison ? oui non - est-elle isolée des autres oui non
 - dans un appartement ? oui non - mitoyenne ? oui non
 - votre habitation est-elle ancienne ? oui non - à quel étage ?
 - depuis combien de temps y habitez-vous ?
 - quel type de logement habitiez-vous auparavant ?
- Votre habitation, a-t-elle beaucoup de boiseries ? oui non
- où ? (plafonds, murs, ...)
- Le bois a-t-il été traité à l'aide de produits de protection du bois ? oui non
- Sadolin ? oui non - Linitop ? oui non - Xylamon ? oui non
 - depuis quand ce ou ces produits ont-ils été utilisés ?
- Les dernières années, a-t-on beaucoup peint ? oui non
- quelle(s) peinture(s) ? (à l'huile, Latex, Stellatex, ...)
- Employez-vous parfois :
- du white spirit ? oui non - du thinner ? oui non
 - de la térébanthine ? oui non - du Sadolin oui non
- (l'ancien ou le nouveau ?)

- Quels sont les revêtements au niveau du sol de votre habitation :

-
- | | | | | | |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - parquet ciré ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - parquet stratifié ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - plancher en bois plein ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - plancher en stratifié ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - vinyl, novilon ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | | | |
| - linoléum ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - dallage en pierre ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - tapis-plein synthétique? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | - tapis-plein en laine ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
-

- Les murs, sont-ils recouverts de papier vinyl ? oui non

- dans quelle(s) pièce(s) ?

- Y a-t-il des meubles : - en bois compressé oui non - en bois plein ? oui non

- Dans la chambre à coucher : - qu'y a-t-il sur le sol ?

- au niveau des murs ?

- la couverture du lit est-elle en tissu synthétique ? oui non

- les coussins sont-ils en mousse ? oui non

- lu lampadaire : - abat-jour est-il en matière synthétique, plastique ? oui non

- Les rideaux et tentures dans la chambre à coucher sont-ils : - en synthétique ? oui non

- en coton ? oui non

- en velours ? oui non

- La chambre à coucher : - est-elle localisée en-dessous du toit ? oui non

- y-a-t-il un grenier au-dessus ? oui non

- Dans la salle à manger : les rideaux et tentures sont-ils : - en synthétique ? oui non

- en coton ? oui non

- en velours ? oui non

- Toiture : - le toit est-il plat ? oui non - ou en pointe ? oui non

- le toit est-il isolé ? oui non - à l'aide de quoi ?

- le bois supportant le toit a-t-il été traité par des produits protecteurs de bois oui non

- si oui, quels produits ?

- Garage : - inclus dans la maison ? oui non - à distance ? oui non

- bien séparé de la salle à manger, de la cuisine, de la chambre ? oui non

- Chauffage : - quel type de chauffage avez-vous ? :

- chauffage central ? oui non - le brûleur est-il isolé ? oui non

- chauffage au mazout ? oui non - chauffage électrique ? oui non

- chauffage au gaz ? oui non - radiateurs au gaz ? Combien ?

- poêle à charbon ? oui non - poêle à bois ? oui non

- feu ouvert ? oui non

-
- **Cuisine** : - cuisinière au gaz ? oui non - cuisinière électrique ? oui non
- pouvez-vous bien ventiler la cuisine ? oui non
- **L'eau de boisson à table** : - est-elle en bouteille plastique? oui non
- est-elle en bouteille en verre ? oui non
-

- **L'eau du robinet** : - contient-elle de la chaux ? oui non - du chlore ? oui non
- employez-vous l'eau du robinet pour cuisiner ? oui non
(café, thé, potage, pommes de terre, ...)

- **Fumez-vous** ? oui non - Combien de cigarettes par jour ?
- votre épouse/époux ? oui non - vos enfants ? oui non
- d'autres membres de votre famille ? oui non - beaucoup ? oui non
- d'autres personnes sur le lieu de travail ? oui non - beaucoup ? oui non

- **Etés-vous sensible aux** :

- parfums oui non - produits de lessive ? oui non
- ammoniacale ? oui non - produits de cirage ? oui non
- javel ? oui non - fumées ? oui non
- autres ?

- **Allergies** : - avez-vous ou avez-vous eu des allergies ? oui non
- rhume des foins ? oui non - allergie de la peau ? oui non
- allergie alimentaire ? oui non - autre allergie ?

- **Animaux** : - avez-vous des animaux dans la maison ? oui non
- chien ? oui non - chat ? oui non - autre ?

- **Deuxième résidence** : - avez-vous une 2^{ème} résidence ? oui non - où ?
- un chalet ? oui non - en bois ? oui non
- une caravane ? oui non - un château ? oui non
-

- **Comment vous sentez-vous** : - à la mer ?
- à la montagne ?
-

- **En voiture**, combien de kilomètres roulez-vous par an ?
- Faites-vous de la bicyclette ? oui non
-

- **Produits cosmétiques** :

-
- en utilisez-vous sur la peau? Lesquels ?
 -
 - employez-vous de la laque pour cheveux ? oui non - Laquelle ?
 - employez-vous de la teinture capillaire ? oui non - Composition ?

- Vêtements : portez-vous :

- des vêtements en tissu synthétique ? oui non
- des souliers à semelles caoutchouc ? oui non - à semelles synthétique oui non
- une horloge digitale ? oui non
- donnez-vous souvent vos vêtements au nettoyage à sec ? oui non

- Dentition :**
- obturations dentaires ? oui non - combien ?
 - lesquelles ? - amalgames (mercure) ? oui non - combien ?
 - amalgames (or) ? oui non - combien ?
 - prothèse totale ? oui non - supérieure ? oui non
 - inférieure ? oui non

- Portez-vous des prothèses orthopédiques ou autres ? oui non Lesquelles ?**
-
-

CONCERNANT VOTRE PROFESSION

- Quel est (ou était) votre profession ?**

- Travaillez-vous :**
- chez vous ? oui non
 - dans une industrie ? oui non
 - dans une usine ? oui non
 - dans une société ? oui non
 - autre ?

- Depuis quand ? - Et autrefois ?**

- Travaillez-vous en ville ? oui non - à la campagne ? oui non**

- Type de travail :**
- administratif ? oui non - manuel ? oui non
 - autre ?

- Près de votre lieu de travail, y a-t-il (ou y avait-il) :**

- beaucoup de trafic ? oui non
- un garage ? oui non
- un carrossier ? oui non - avec cabine de peinture ? oui non
- une station d'essence ? oui non
- des feux de signalisation ? oui non
- une autoroute ? oui non
- des usines ? oui non
- un parc industriel ? oui non

- une rivière ou un ruisseau ? oui non

- **Au bureau, utilisez-vous personnellement :**

- un ordinateur ? oui non

- une photocopieuse ? oui non

Si non, d'autres personnes dans votre entourage utilisent-elle :

- un ordinateur oui non

- une photocopieuse ? oui non

- **Travaillez-vous dans une pièce :**

- de grande dimension oui non - de petite dimension oui non

- avec une ventilation suffisante ? oui non

- avec fenêtres ? oui non - sans fenêtre ? oui non

- avec conditionnement d'air ? oui non - ennuis à ce propos ?

- **Utilisez-vous pour votre travail des substances toxiques ?** oui non

- thinner ? oui non - white spirit ? oui non

- térébenthine ? oui non - autres ?

- **Fumez-vous ou fume-t-on sur votre lieu de travail ?** oui non

- **Pensez-vous souffrir des nuisances :**

- de votre environnement ? oui non

- chez vous, à la maison ? oui non

- sur votre lieu de travail ? oui non

- **Jugez-vous que la pollution présente un danger pour votre santé ?** oui non
