



Formulaire d'inscription comme personne Electrohypersensible (EHS)

Ce formulaire a été conçu de façon à préserver l'anonymat des personnes qui y répondent

Vos données de contact pour l'AREHS (confidentielles) :	N° :
Date :	
Nom et Prénom :	
Adresse postale :	
Mail :	
Téléphone :	

.....

Homme / Femme :

N° :

Date de naissance (jour/mois/année) :

Profession :

1. Depuis quand êtes vous électrohypersensible (EHS) ?

Date :

2. Le diagnostic a été posé par (plusieurs réponses possibles) :

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|---------|---|
| <input type="radio"/> | vous-même | (date : |) |
| <input type="radio"/> | un thérapeute | (date : |) |
| <input type="radio"/> | un médecin généraliste | (date : |) |
| <input type="radio"/> | un médecin spécialiste en : | (date : |) |
| <input type="radio"/> | autre : | (date : |) |

3. Considérez-vous votre électrohypersensibilité (EHS) comme déclenchée au départ par un ou plusieurs facteurs précis ?

Oui / non

Si oui, le(s)quel(s) ? :



Questions facultatives :

Afin que l'association puisse mieux cerner les problèmes que rencontrent les personnes EHS, voici un questionnaire supplémentaire.

A propos de votre domicile :

1. Vous sentez-vous bien à l'endroit où vous résidez ? Oui / non

Si oui, avez-vous dû y faire des aménagements ? Oui / non

Si oui, lesquels ?

2. Votre EHS vous a-t-elle obligé à déménager ? Oui / non

3. Êtes-vous à la recherche d'un lieu de vie qui vous convient ? Oui / non

Remarques éventuelles :

A propos de votre travail ou formation :

Votre EHS entraîne-t-elle des difficultés dans votre travail ou pour suivre votre formation ?

Oui / non

Si oui, avez-vous dû :

- arrêter de travailler ou de suivre votre formation ?
- changer de travail ou de formation ?
- aménager votre lieu de travail ?
- autre ?

Remarques éventuelles :

A propos de votre état de santé :

1. Par quels symptômes se manifeste votre EHS ?

Cochez le ou les symptômes dont vous souffrez

<input type="checkbox"/>	Fatigue anormale	<input type="checkbox"/>	Douleurs des membres
<input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	Raideur musculaire
<input type="checkbox"/>	Pertes de mémoire	<input type="checkbox"/>	Crampes
<input type="checkbox"/>	Difficultés de concentration	<input type="checkbox"/>	Douleurs articulaires
<input type="checkbox"/>	Sensation de « Tête vide »	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Brouillard devant les yeux	<input type="checkbox"/>	Troubles de la parole
<input type="checkbox"/>	Baisse de la vision	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Vertiges	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Picotements aux membres	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	Problèmes de digestion
<input type="checkbox"/>	Bourdonnements	<input type="checkbox"/>	Nausées
<input type="checkbox"/>	Sifflements	<input type="checkbox"/>	Vomissements
<input type="checkbox"/>	Maux de tête	<input type="checkbox"/>	Douleurs d'estomac
<input type="checkbox"/>	Douleurs dans les oreilles	<input type="checkbox"/>	Crampes abdominales
<input type="checkbox"/>	Irritabilité	<input type="checkbox"/>	Diarrhée
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Constipation
<input type="checkbox"/>	Palpitations	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Oppression thoracique	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Rougeur du visage	<input type="checkbox"/>	Autres symptômes :
<input type="checkbox"/>	Syncope	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Bouffées de chaleur	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Hypertension	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Chute de tension	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Jambes lourdes	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Sensation de « Manquer d'air »	<input type="checkbox"/>	

2. A quels types d'ondes ou d'appareils êtes-vous sensibles ?

Cochez le ou les types d'ondes ou d'appareils pour le(s)quel(s) vous êtes sensibles ou très sensibles.

Sensible	Très sensible	Type d'ondes ou d'appareils
		Courant domestique 50 Hz
		GSM
		Smartphone
		Tablette
		Antennes GSM
		Antennes UMTS (3G)
		Antennes 4G
		Téléphone fixe sans fil DECT
		WiFi
		Système Bluetooth
		Système CPL (qui transmet le signal internet via le réseau électrique)
		Ampoules fluocompactes
		Ampoules LED
		Téléphone fixe avec fil
		Ordinateur portable
		Ordinateur de bureau
		Télévision ancienne à tube cathodique
		Télévision à écran plat
		Cuisinière électrique
		Four à micro-ondes
		Plaques de cuisson à induction
		Fer à repasser
		Sèche-cheveux
		Rasoir électrique
		Voiture
		Vélo électrique
		Train
		TGV
		Tram
		Métro
		Autres :



3. Avez-vous essayé un ou plusieurs systèmes de protection contre les champs électromagnétiques ?

Oui / non Si oui, le(s)quel(s) et avec quel(s) résultats ?

4. Suivez-vous un (ou plusieurs) traitement(s) pour soigner votre EHS ?

Oui / non Si oui, le(s)quel(s) ?

5. Votre EHS, au cours du temps :

- a augmenté
- a diminué
- varie
- reste stable

6. Informations complémentaires :

- Est ce qu'une personne de votre famille est également EHS ? Oui / Non / Peut-être
- Êtes vous intolérant(e) aux produits chimiques (peintures, parfums, produits ménagers,...) ?
Oui / Non
- Je souhaite être informé(e) des prochaines activités de l'association ? Oui / Non

7. Autre commentaire éventuel :

Merci !