

RECENSEMENT DES PERSONNES SOUFFRANT DE SICEM dans le **GRAND OUEST**
(Syndromes d'Intolérance aux Champs Electro Magnétiques)

Merci de remplir ce questionnaire le plus précisément possible, en cochant les lignes concernées, rayant ou ajoutant vos précisions, et de le retourner :

association des citoyens éclairés, maison des associations, Place Penvern, 56600 Lanester

- O sommeil perturbé, difficultés d'endormissement, réveils nocturnes
- O nervosité intérieure, hyperactivité
- O irritabilité, agressivité
- O inquiétude, anxiété
- O sensibilité excessive
- O dépression nerveuse, troubles de l'humeur
- O picotements dans le corps
- O tremblements dans le corps
- O douleurs sourdes dans le corps
- O douleurs, pression, tensions, tête nuque, épaules
- O douleurs rhumatismales, articulaires
- O douleurs dentaires brutales et brèves
- O sifflements dans les oreilles, acouphènes, hyperacousie, pression des tympans
- O saignements de nez
- O altération des sensations du toucher, doigts gourds
- O altération de la vue, douleurs, picotements, yeux secs
- O sensibilité aux odeurs
- O mal être corporel
- O grande fatigue, épuisement
- O stress cellulaire
- O membres qui « dorment » comme morts, surtout au réveil
- O oppression thoracique
- O gêne respiratoire, asthme
- O troubles cardiaques et vasculaires
- O nausées
- O troubles digestifs, sensibilité, intolérances alimentaires
- O difficultés de concentration, apprentissage, mémorisation
- O serrement au niveau du ventre
- O vertiges, sensation d'ébriété
- O perte de repères spatio-temporels
- O altération du temps de réaction
- O problèmes cutanés

Changements constatés dans la formule sanguine :

- O dérèglement de la vit D
- O dérèglement de la mélatonine
- O altération de la formule sanguine

Avez-vous des métaux dans le corps ?

non

oui : à quel endroit ?.....

.....

NOM.....
Prénom.....
Année de naissance

Adresse.....
.....

Adresse mail

Téléphone.....

Êtes vous en activité professionnelle ? OUI NON

Avez-vous été déclaré avec une invalidité par un médecin de la sécurité sociale ?
OUI NON

Avez-vous été diagnostiqué EHS (électro hyper sensible) et/ou MCS (chimico sensible) par un service régional de pathologies environnementales et professionnelles ?

(Pour le grand ouest, hôpital de Nantes, Dr Dominique Tripodi, rv au 02 40 08 36 35)

OUI à quelle date NON

Autorisez-vous l'association des citoyens éclairés à transmettre votre fiche signalétique aux services de santé publique ? OUI NON

souhaitez-vous que votre questionnaire reste anonyme ? OUI NON

Je soussigné (e)..... déclare exactes les informations consignées sur ce questionnaire.

A..... le
Signature :

Espace libre expression :