

Auto Questionnaire de l'étude
Prévalence de la maladie Migraineuse chez les patients électrohypersensibles

Questionnaire à envoyer à l'adresse mail suivante : pmehs@protonmail.com

Numéro du département de résidence :

Age :

Sexe : M F

Poids (kg) :

Taille (cm) :

I) Antécédents :

A-Dans votre famille :

(? = je ne sais pas)

Y a-t-il des antécédents d'allergie ? OUI NON ?

Y a-t-il des antécédents d'intolérance alimentaire ? OUI NON ?

Y a-t-il des antécédents d'asthme ? OUI NON ?

Y a-t-il des antécédents d'épilepsie ? OUI NON ?

Y a-t-il des antécédents de migraine ? OUI NON ?

Y a-t-il une ou des personnes intolérantes au bruit ? OUI NON ?

Y a-t-il une ou des personnes intolérantes à la lumière ? OUI NON ?

Y a-t-il une ou des personnes intolérantes aux vibrations ? OUI NON ?

Y a-t-il une ou des personnes intolérantes aux odeurs ? OUI NON ?

Une sensibilité chimique multiple ? OUI NON ?

Y a-t-il des antécédents de fibromyalgie ? OUI NON ?

Y a-t-il des antécédents d'électrosensibilité ? OUI NON ?

B-Vous concernant, avez-vous ou présentez-vous:

Une ou des allergies ? OUI NON ?

Une ou des intolérances alimentaires ? OUI NON ?

De l'asthme ? OUI NON ?

De l'épilepsie ? OUI NON ?

Des migraines ? OUI NON ?

Une intolérance au bruit ? OUI NON ?

Une intolérance à la lumière ? OUI NON ?

Une intolérance aux vibrations ? OUI NON ?

Une intolérance aux odeurs ? OUI NON ?

- Une sensibilité chimique multiple ? OUI NON ?
- Une fibromyalgie ? OUI NON ?
- Des soins dentaires avec mise en place de matériaux dentaires ? OUI NON ?
- Avez-vous eu un traumatisme crânien ? OUI NON ?
- Avez-vous ou avez-vous eu une maladie de Lyme ? OUI NON ?

II) Concernant l'électrosensibilité :

A-Diagnostic et caractéristiques de l'électrosensibilité :

- Le diagnostic d'électrosensibilité a-t-il été fait par un médecin ? OUI NON
- Etes-vous en arrêt maladie pour ce motif ? OUI NON
- Prenez-vous pour cela un traitement médicamenteux actuellement ? OUI NON

Si oui lequel ?

Avez-vous fait un dossier à la MDPH ? OUI NON

(Maisons Départementales des Personnes Handicapées(MDPH))

Si oui avez-vous obtenu la RTQH ? OUI NON

(La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé: RQTH)

En quelle année vos symptômes ont-ils commencé ?

Vos symptômes ont-ils été déclenchés par un événement notable ? OUI NON ?

Si oui lequel ?

Les symptômes apparaissent-ils lors d'une exposition à une source de rayonnement électromagnétique ? OUI NON ?

Les symptômes cessent-ils après l'arrêt de l'exposition à une source de rayonnement électromagnétique ? OUI NON ?

Les symptômes apparaissent-ils de façon systématique en réaction à une nouvelle exposition à la source de rayonnement électromagnétique en cause ? OUI NON ?

B-Les symptômes surviennent-ils lors d'une exposition à :

- Lumière artificielle issue d'une ampoule à filament OUI NON ?
- Lumière artificielle issue d'ampoule à néon OUI NON ?
- Lumière artificielle issue d'ampoule fluorocompacte OUI NON ?
- Lumière artificielle issue d'ampoule led OUI NON ?
- Une prise ou un cordon de courant électrique OUI NON ?
- Un écran de télévision OUI NON ?
- Un ordinateur OUI NON ?
- Du WIFI OUI NON ?

- | | |
|--|--|
| Du Bluetooth | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Un téléphone sans fil d'intérieur (DECT) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Un téléphone mobile (smartphone) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Un four à micro-ondes | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Un four électrique | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Une Plaque électrique de cuisson | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Une Plaque à induction de cuisson | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Une plaque de cuisson au gaz | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Un sèche-cheveux | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Radiographie médicale | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Scanner | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| IRM | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Un compteur communicant (Linky..) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Une ligne haute tension | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Une Antenne relai de téléphonie mobile | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |
| Une ou plusieurs autre(s) source(s) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? |

si oui précisez

C-Concernant les symptômes que vous ressentez lors d'une exposition aux rayonnements électromagnétiques :

Côtez de 0 à 10 la sévérité des symptômes ressentis. Ne laissez aucun item non rempli. Pour chaque item, choisissez un chiffre dans la liste: "0" étant l'absence de symptôme et "10" les symptômes les plus intenses possibles :

1 – Douleurs, crampes, raideurs ou faiblesses musculaires ou articulaires

2 - Brûlure ou irritation des yeux, difficultés respiratoires : essoufflement, oppression thoracique, toux

3 – Problèmes cardiaques ou thoraciques : rythme cardiaque accéléré ou irrégulier, extrasystoles, palpitations ou gênes dans la poitrine

4 – Problèmes digestifs : douleurs ou crampes abdominales, ballonnements, nausées, diarrhée ou constipation

5 – Ralentissement de l'activité intellectuelle : difficulté de concentration, troubles de mémoire, impression de déconnexion, manque de mots ou difficulté à prendre des décisions

6 – Instabilité d'humeur : sensation de tension ou de nervosité, irritabilité, dépression, crise de

larmes ou accès de colère, désintérêt pour des activités habituellement motivantes

7 – Problèmes d'équilibre ou de coordination, engourdissement ou picotement des extrémités, flou visuel

8 – Maux de tête ou sensation de tête lourde ou de visage congestionné

9 – Problèmes cutanés : éruption, urticaire ou peau sèche

10 - Problèmes génito-urinaires : douleur pelvienne ou besoin d'uriner fréquent

11- Bruits dans les oreilles (acouphènes)

12- Fatigue, troubles du sommeil

D-Recherche d'une électrohypersensibilité :

Durant ces 12 derniers mois, vos symptômes se déclenchent-ils de en plus fréquemment ? OUI NON ?

Vos symptômes sont-ils déclenchés par des sources de rayonnement électromagnétique auxquelles vous étiez auparavant insensible ? OUI NON ?

E-Classification de l'électrosensibilité :

Les symptômes ont-ils modifié votre manière de vivre ? OUI NON

Les symptômes vous ont-ils obligé à mettre en place des mesures d'évitement ? OUI NON

Les symptômes vous empêchent-ils d'avoir une vie sociale ? OUI NON

III) Recherche d'un syndrome de sensibilité chimique multiple associé :

A-Avez-vous des symptômes (maux de tête, difficultés de réflexion, difficultés respiratoires, faiblesses, vertiges, maux d'estomac, etc.) lorsque vous êtes exposé à :

La fumée de tabac	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
Certains parfums	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
Vernis à ongles	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
Détachant	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
Gaz d'échappement	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
L'essence	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
Désodorisants	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
Pesticides	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
Peinture	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
Diluant	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
Goudron ou à l'asphalte frais	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
Produits de nettoyage	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
Nouvelle moquette	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?
Meubles récemment achetés?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	?

Avez-vous une intolérance ou des réactions indésirables ou allergiques à :

Des médicaments OUI NON ?

Un implant OUI NON ?
 Une prothèse OUI NON ?
 Un produit chimique OUI NON ?
 Un dispositif contraceptif OUI NON ?
 Autre matériel médical, chirurgical ou dentaire OUI NON ?

Êtes-vous intolérant ou allergique ou avez-vous des réactions indésirables à des aliments tels que :

Les produits laitiers OUI NON ?
 Le blé OUI NON ?
 Le maïs OUI NON ?
 Les œufs OUI NON ?
 La caféine OUI NON ?
 Les boissons alcoolisées OUI NON ?
 Les additifs alimentaires ? OUI NON ?

Si vous avez répondu que NON ou ? aux précédentes questions merci d'aller directement au paragraphe IV page 6.

B-Concernant les symptômes que vous ressentez lors d'une exposition à un aliment , un produit chimique, un médicament ou à du matériel médical :

Côtez de 0 à 10 la sévérité des symptômes ressentis. Ne laissez aucun item non rempli. Pour chaque item, choisissez un chiffre dans la liste: "0" étant l'absence de symptôme et "10" les symptômes les plus intenses possibles ::

- 1 – Douleurs, crampes, raideurs ou faiblesses musculaires ou articulaires
- 2 - Brûlure ou irritation des yeux, difficultés respiratoires : essoufflement, oppression thoracique, toux
- 3 – Problèmes cardiaques ou thoraciques : rythme cardiaque accéléré ou irrégulier, extrasystoles, palpitations ou gêne dans la poitrine
- 4 – Problèmes digestifs : douleurs ou crampes abdominales, ballonnements, nausées, diarrhée ou constipation
- 5 – Ralentissement de l'activité intellectuelle : difficulté de concentration, troubles de mémoire, impression de déconnexion manque de mot ou difficulté à prendre des décisions
- 6 – Instabilité d'humeur : sensation de tension ou de nervosité, irritabilité, dépression, crise de larmes ou accès de colère, désintérêt pour des activités habituellement motivantes
- 7 – Problèmes d'équilibre ou de coordination, engourdissement ou picotement des extrémités, flou visuel
- 8 – Maux de tête ou sensation de tête lourde ou de visage congestionné
- 9 – Problèmes cutanés : éruption, urticaire ou peau sèche

10- Problèmes génito-urinaires : douleur pelvienne ou besoin d'uriner fréquent

11- Bruits dans les oreilles (acouphènes)

12- Fatigue, troubles du sommeil

C-Classification de la sensibilité chimique :

Les symptômes ont-ils modifié votre manière de vivre ? OUI NON

Les symptômes vous ont-ils obligé à mettre en place des mesures d'évitement ? OUI NON

Les symptômes vous empêchent-ils d'avoir une vie sociale ? OUI NON

IV-Concernant les maux de tête :

Est-ce que pendant les 12 derniers mois vous avez eu des maux de tête qui vous ont empêché de fonctionner (vivre) normalement ?

OUI Si vous avez répondu oui merci de répondre aux questions suivantes.

NON Si vous avez répondu non vous avez fini de répondre au questionnaire.

Est-ce que ces maux de tête sont accompagnés de nausées (ou de vomissements) ?

OUI NON

Est-ce que ces maux de tête sont accompagnés d'une sensibilité exagérée à la lumière (soleil, néons...) ?

OUI NON

Est-ce que ces maux de tête ont été précédés juste avant d'apparaître par des troubles de la vue (éclairs, flashes, tâches foncées, vibrations...)

OUI NON

si OUI

Chaque fois? OUI NON

Pas à chaque fois? OUI NON

Fin du questionnaire.

En vous remerciant pour votre participation.

Questionnaire à envoyer à l'adresse suivante : pmehs@protonmail.com ou pmehs1@protonmail.com (si la première est saturée).

Ou encore par voie postale à l'adresse suivante : Docteur Frédéric GRECO, Département d'Anesthésie Réanimation Gui de Chauliac, Hôpital Gui de Chauliac, 80 avenue Augustin FLICHE, 34295 Montpellier cedex 5.