

# QUESTIONARIO per RACCOLTA DATI CAMPI MAGNETICI

(CO.NA.CEM. – Coordinamento Nazionale dei comitati per la tutela dai campi elettromagnetici - <http://www.conacem.it>)

## Istruzioni

Lo scopo del presente questionario è quello di raccogliere segnalazioni circa eventuali effetti dannosi derivanti dall'esposizione a campi elettromagnetici (CEM). Si precisa che la segnalazione è e rimarrà segreta. Si prega, quindi, di restituire in busta chiusa a: ..... che si impegna a consegnare il materiale ancora secretato al dr. G. Di Giovannantonio responsabile medico nazionale CO.NA.CEM. (Coordinamento Nazionale per la tutela dai Campi Elettromagnetici)

**RIEMPIRE UN SOLO QUESTIONARIO PER OGNI SINGOLA PERSONA  
barrando il simbolo "O" e seguendo attentamente le elementari istruzioni**

**AI SENSI DELLA LEGGE 675/96 AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI AL SOLO SCOPO DI RICERCA SCIENTIFICA**

DATA ..... FIRMA .....

## Dati anagrafici

Cognome: ..... Nome: ..... Nata/o .....

Residente a: ..... via: ..... n° ..... Tel. ....

Sesso:      Maschio            Femmina

## Distanza dalle sorgenti

(Indicare, per ogni tipo di sorgente (anche più tipi), la distanza a cui normalmente ci si trova dalla proiezione sul terreno dell'impianto oppure la distanza assoluta dallo stesso. Es: cavi elettr., tralicci ecc). Se più sorgenti precisarne il numero scrivendolo a dx del simbolo "O".

Antenne: **Telefonia**    **Radio televisione**    **Radar**    **Altro**  .....

**Elettrodotto**    **Sottostazione**    **Cabina di Trasformazione**    **Altro**  .....

Distanza da: **asse**     **cavi**

Più di 4 Km     24 Km     1-2 Km     500-1000 mt     300-500 mt.

200-300 mt.    100-200 mt.    50-100 mt.    25-50    10-50 mt.    meno di 10 mt.

## Durata Esposizione ai Campi Elettromagnetici

1) *lungo termine ovvero da quanto tempo si vive lì* : (Completare anche la prima riga)

Anni .....            Mesi .....  
 meno di 1 anno    da 1 a 2 anni    da 2 a 5 anni    più di 5 anni

2) *breve termine*: (indicare il numero delle ore quotidiane della propria esposizione ai Campi elettromagnetici. Fare una media. Completare anche la prima riga)

ore di esposizione giornaliera: numero .....

meno di 1 ore    da 1 a 4 ore    da 4 a 8 ore    da 8 a 16 ore    da 16 a 24 ore

3) *Quanti giorni alla settimana ?*

Numero giorni: .....

Usate regolarmente: Computer:  1-2 ore al dì    2-4 ore al dì    più di 4 ore al dì  
Telefono cellulare:  20 min.- 1 ora al dì    1-2 ore al dì    più di 2 ore al dì

**Da quanto tempo esiste la sorgente di campi elettromagnetici ?**

meno di 1 anno            da 1 a 2 anni            da 2 a 5 anni            più di 5 anni

**Accusate uno o più dei sintomi seguenti ?**

**C** ( Specificare: 0 = mai      1 = a volte      2 = spesso      3 = molto spesso)

Tremori	0	1	2	3
Aumento della memoria	0	1	2	3
Riduzione della memoria	0	1	2	3
Mal di testa	0	1	2	3
Irritabilità	0	1	2	3
Aumento del tono dell'umore	0	1	2	3
Depressione dell'umore	0	1	2	3
Disturbi della vista	0	1	2	3
Insonnia	0	1	2	3
Sonnolenza eccessiva	0	1	2	3
Alterazioni del battito cardiaco	0	1	2	3
Aumento della resistenza agli sforzi	0	1	2	3
Malattia di Alzheimer	si		no	
Sensazione di calore eccessivo	0	1	2	3
Dolori alle braccia e/o alle gambe	0	1	2	3
Aborto spontaneo	Settimana:			
Stanchezza esagerata	0	1	2	3
Riduzione del desiderio sessuale	0	1	2	3
Aumento del desiderio sessuale	0	1	2	3
Riduzione dell' erezione	0	1	2	3
Aumento dell' erezione	0	1	2	3

Nausea	0	1	2	3
Acufeni (rumori nelle orecchie)	0	1	2	3
Disturbi dell'udito	0	1	2	3
Riduzione dell'appetito	0	1	2	3
Aumento dell'appetito	0	1	2	3
Alterazioni mestruali	0	1	2	3
Menopausa precoce	si		no	
Menopausa tardiva	si		no	
Problemi della pelle	0	1	2	3
Riduzione della concentrazione	0	1	2	3
Vertigini	0	1	2	3
Difficoltà nei movimenti	0	1	2	3
Malattia di Parkinson	si		no	
Ipersudorazione	0	1	2	3
Debolezza muscolare agli arti	0	1	2	3
Epilessia	si		no	
Altri sintomi o malattie importante accertate:	.....			
	.....			
	.....			
	.....			
	.....			

**O** Patologia tumorale: ( Specificare diagnosi precisa, struttura che ha fatto la diagnosi, età al momento della diagnosi ecc):

.....

.....

.....

.....

.....

N.B. Riconsegnare in busta chiusa a: .....

Oppure inviare a: dr. G. Di Giovannantonio Resp. Medico Naz. Conacem, via A. De Gasperi , 08 – 30035 Mirano – Ve

(CO.NA.CEM. – Coordinamento Nazionale dei comitati per la tutela dai campi elettromagnetici - <http://www.conacem.it>)