

# Interrogatoire sur les antécédents

Une mnémonic (CH<sup>2</sup>OPD<sup>2</sup>) permet d'organiser l'historique, et les mots clés suivants peuvent être donnés aux patients pour compléter à la maison et réviser lors d'une visite subséquente.

**C** ommunauté

**H** abitation

**H** obby

**O** ccupation

**P** ersonnel

**D** iète

**D** rogues

# Antécédents d'exposition

## COMMUNAUTÉ

Pour chacun des mentionnés plus bas:	Demeurez-vous présentement près de :			Si dans le passé, notez les années
Trafic élevé	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	(Détails, svp) m autoroute m rue passante	_____
Véhicules au ralenti	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	(Détails, svp) m autos m autobus / camions	_____
Dépotoir	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	(Détails, type) _____	_____
Fermes	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	(Détails, type) _____	_____
Usines	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	(Détails, type) _____	_____
Lac ou rivière pollués	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	(Détails, type) _____	_____
Réacteur nucléaire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		_____
Pylônes électriques	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		_____
Tours cellulaires	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		_____
Autres dangers potentiels	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	(Détails, type) _____	_____

Vous protégez-vous des rayons du soleil?  rarement  parfois  souvent  toujours

## HABITATION ET HOBBIES

Nombre d'années dans votre résidence actuelle? \_\_\_\_\_ Âge de la maison? \_\_\_\_\_

Sorte d'habitation?  maison détachée  maison semi-détachée  maison mobile  
 appartement  m au sous-sol  m au dessus d'un magasin m nombre d'étages \_\_\_\_\_, votre étage \_\_\_\_\_

Propriétaire?  occupant-propriétaire  location  coopérative  logement public

Chauffage?  air forcé  radiateurs d'eau chaude  poêle à gaz  plinthes électriques

Type de carburant?  gaz naturel  mazout  bois  électricité  propane

Utilisez-vous?  aspirateur central?  aspirateur à filtre HEPA?  autre aspirateur? \_\_\_\_\_

Utilisez-vous:  téléphone cellulaire?  téléphone sans fil?  ordinateur portatif?

Avez-vous fait des rénovations?  Non  Oui  Quand? \_\_\_\_\_  
De quelle nature? \_\_\_\_\_

Avez-vous une auto louée ou achetée?  Non  Oui  Âge? \_\_\_\_\_

Usage du tabac permis à l'intérieur?  Non  Oui

Utilisez-vous pesticides or herbicides (anti mauvaises herbes, anti insectes, atomiseurs pour pous ou tiques, colliers, poudres, granules, etc.):

- dans la maison?  Non  Oui (Détails, svp type) \_\_\_\_\_

- sur vos animaux domestiques?  Non  Oui (Détails, svp type) \_\_\_\_\_

® sur le gazon, dans le jardin?  Non  Oui (Détails, type) \_\_\_\_\_

Quelqu'un de votre famille utilise-t-il ceci au travail?  pesticide  produits chimiques forts (Détails, svp \_\_\_\_\_)

Provenance de votre eau de bain?  ville  puits  autre (Détails, svp \_\_\_\_\_)

Pour chacun des items listés plus bas:

Avez-vous présentement dans votre MAISON?

Si dans le passé,  
inscrivez les années.

Fissures dans le sous-sol ou planchers de terre

**q** Oui (*encerclez un ou les deux*)  
Non

\_\_\_\_\_

Vide sanitaire

**q** Oui  
Non

\_\_\_\_\_

Sous-sol humide ou moisi

**q** Oui (*encerclez un ou les deux*)  
Non

\_\_\_\_\_

Fenêtres mouillées ou murs extérieurs de placard (condensation)

**q** Oui **β** **m** légère **m** sévère  
Non

\_\_\_\_\_

Fuites d'eau

**q** Oui **β** **m** légère **m** sévère **β** Où?  
Non

\_\_\_\_\_

Moisissure visible

**q** Oui **β** **m** légère **m** sévère **β** Où?  
Non

\_\_\_\_\_

Isolation de tuyau en décomposition

**q** Oui **β** **m** légère **m** sévère  
Non

\_\_\_\_\_

Peinture écaillée

**q** Oui **β** **m** légère **m** sévère  
Non

\_\_\_\_\_

Air stagnant, humide

**q** Oui **β** **m** légère **m** sévère  
Non

\_\_\_\_\_

Poêle à gaz ou propane

**q** Oui (*encerclez un ou les deux*)  
Non

\_\_\_\_\_

Autres appareils à gaz

**q** Oui (*Détails, svp*)  
Non

\_\_\_\_\_

Foyer ou poêle à bois

**q** Oui (*encerclez un ou les deux*)  
Non

\_\_\_\_\_

Détecteur(s) de monoxyde de carbone

**q** Oui **β** **m** Où? \_\_\_\_\_  
Non

\_\_\_\_\_

Climatisation

**q** Oui **β** **m** centrale **m** pièces individuelles  
Non

\_\_\_\_\_

Nettoyeur d'air électrostatique

**q** Oui  
Non

\_\_\_\_\_

Autre nettoyeur d'air

**q** Oui (*Détails, svp*)  
Non

\_\_\_\_\_

Tapis

**q** Oui **β** Où? (*sous-sol, chambre, etc.*)  
Non

\_\_\_\_\_

Âge du tapis? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vieux linoleum en vinyle

**q** Oui  
Non

\_\_\_\_\_

Ordinateur(s)

**q** Oui **β** Où? \_\_\_\_\_ *Sans-fil?* \_\_\_\_\_  
Non

\_\_\_\_\_

Photocopieur / fax / imprimante

**q** Oui **β** Où?  
Non

\_\_\_\_\_

Garage

**q** Oui **β** **m** attaché **m** sous terre  
Non

\_\_\_\_\_

Fumeur(s)

**q** Oui **β** Qui?  
Non

\_\_\_\_\_

Animaux domestiques

**q** Oui (*Détails, sorte, nombre*)  
Non

\_\_\_\_\_

Animaux domestiques qui dorment dans votre chambre **q** Non **q** Oui (Détails, svp) \_\_\_\_\_  
Plantes d'intérieur **q** Non **q** Oui **β** Combien? \_\_\_\_\_

Utilisez-vous une couverture électrique? **q** Non **q** Oui **β** années \_\_\_\_\_

Utilisez-vous un réveille-matin/radio électrique? **q** Non **q** Oui **β** Années \_\_\_\_\_

Utilisez-vous des taies d'oreiller anti acariens? **q** Non **q** Oui Surmatelas? **q** Non **q** Oui

Âge de votre matelas \_\_\_\_\_

Quels produits utilisez-vous normalement: (Détails, marques)

Nettoyeur de salle de bain r \_\_\_\_\_ Nettoyeurs de planchers/murs \_\_\_\_\_ Nettoyeur à vitres \_\_\_\_\_

Détergent pour la lessive \_\_\_\_\_ Adoucissant de tissu \_\_\_\_\_ Purificateur d'air \_\_\_\_\_

Quels sont vos hobbies ? \_\_\_\_\_

Quels sont les hobbies des membres de votre famille? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà personnellement fait une des activités suivantes:

**q** Restauration/décapage de meubles Années: \_\_\_\_\_

**q** Rénovation de maison Années: \_\_\_\_\_ (Détails, svp type) \_\_\_\_\_

**q** art (peinture, céramique, vitrail, travail du cuir, etc.) Années: \_\_\_\_\_ (Détails, svp type) \_\_\_\_\_

**q** Autres activités non-occupationnelles avec exposition à des produits chimiques toxiques  
Années \_\_\_\_\_ (Détails, svp type) \_\_\_\_\_

# OCCUPATION

## 1. Présentement, faites-vous un travail rémunéré ou faites-vous du bénévolat? Oui Non

If Oui,	<input type="checkbox"/> Bénévolat $\beta$ Nombre d'heures par semaine: _____ Type: _____
	<input type="checkbox"/> Travail rémunéré $\beta$ Heures par semaine: _____
If Non,	<input type="checkbox"/> Ne peut travailler pour des raisons de santé $\beta$ Date de l'arrêt de travail: _____ Raison(s): _____
	<input type="checkbox"/> Sur l'invalidité $\beta$ Type: _____ <span style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">OR</span> Demande d'invalidité $\beta$ <input type="checkbox"/> non résolue <input type="checkbox"/> refusée

## 2. À partir de votre emploi actuel ou le plus récent, listez tous les emplois rémunérés que vous avez déjà eus (incluant le travail d'été). Utilisez une feuille additionnelle au besoin.

Nom de compagnie, tâches, endroit	De Mois/An	À Mois/An	Description et titre de l'emploi	Expositions	Mesures ou équipement de protection**
1.	/	/			
2.	/	/			
3.	/	/			
4.	/	/			

\* Indiquez les produits chimiques importants, poussières, fibres, radiations par ions, champs électromagnétiques, Agents biologiques (bactéries, moisissures, virus), et Agents physiques (chaleur ou froid extrême, vibration, bruit) auxquels vous avez été exposés dans ces emplois.

\*\* Indiquez toute mesure de protection (douche au travail, nettoyage des vêtements au travail, etc.) ou équipement de protection utilisé (gants, tablier, masque, respirateur, protège-oreille, bouclier, etc.).

## 3. Questions sur l'environnement de travail de votre emploi actuel ou du plus récent:

Âge de l'édifice: \_\_\_\_\_ Nombre d'étages: \_\_\_\_\_ Nombre approximatif d'occupants: \_\_\_\_\_  
Voisinage:  rural  commercial  industriel

### Sont ou étaient présents sur le même étage que votre lieu de travail actuel ou le plus récent les items suivants?

ordinateurs  partitions ou cloisons  photocopieurs sans ventilation  
 lieu pour fumeurs sans ventilation  tapis  $\beta$  Âge? \_\_\_\_\_  collègues se plaignant de malaises au travail  
 climatisation centrale  fenêtres qui ouvrent  $\beta$  nombre \_\_\_\_\_  
 $\beta$  Détails, svp symptômes \_\_\_\_\_

### Pouvez-vous ou pouviez-vous détecter des odeurs provenant des sources suivantes dans votre lieu de travail actuel ou le plus récent?

laboratoire  cafétéria  manufacture  véhicules au ralenti  stationnement

### Les événements suivants sont-ils survenus dans votre lieu de travail au cours des 12 derniers mois de votre emploi actuel ou au cours des 12 derniers mois de votre dernier emploi?

Usage de pesticides  $\beta$  m à l'intérieur m à l'extérieur  feu, fumée  inondation, eau  
 nettoyage de tapis  
 nouveau plancher, nouveaux meubles, etc. (Détails, svp) \_\_\_\_\_  construction  
 rénovation  
 peinture  fuite, déversement de produits chimiques (Détails, svp) \_\_\_\_\_  accidents  
 stress

### En moyenne, comment pourriez-vous décrire votre environnement dans votre lieu de travail actuel ou celui de votre dernier emploi?

Éclairage	<input type="checkbox"/> trop de reflets	<input type="checkbox"/> satisfaisant	<input type="checkbox"/> trop faible
Température	<input type="checkbox"/> trop chaud	<input type="checkbox"/> satisfaisant	<input type="checkbox"/> trop froid <input type="checkbox"/> trop variable
Circulation de l'air	<input type="checkbox"/> pas assez	<input type="checkbox"/> satisfaisant	<input type="checkbox"/> trop de courants d'air
Humidité	<input type="checkbox"/> trop sec	<input type="checkbox"/> satisfaisant	<input type="checkbox"/> trop humide
Odeur	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> un peu	<input type="checkbox"/> forte <i>Détails:</i> _____
Bruit	<input type="checkbox"/> peu	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> beaucoup
Votre confort en général	<input type="checkbox"/> inconfortable	<input type="checkbox"/> un peu inconfortable	<input type="checkbox"/> confortable
Confort des autres en général	<input type="checkbox"/> inconfortable	<input type="checkbox"/> un peu inconfortable	<input type="checkbox"/> confortable

## ÉCOLE

Ne s'applique pas

Quel est l'âge de votre école ou de l'école de vos enfants? \_\_\_\_\_ Nombre d'étages: \_\_\_\_\_ Nombre d'occupants: \_\_\_\_\_

Des additions ont-elles été faites à l'édifice original?     Non     Oui     Quand? \_\_\_\_\_

Nombre de classes temporaires présentes: \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par jour dans une classe temporaire (vous ou votre enfant): \_\_\_\_\_

Voisinage de l'école:     rural     banlieue     urbain

L'école (la votre ou celle de vos enfants) est-elle située près de :

Trafic lourd	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ( <i>Détails, svp</i> )	<input type="checkbox"/> autoroute	<input type="checkbox"/> rue passante
Véhicules au ralenti	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ( <i>Détails, svp</i> )	<input type="checkbox"/> autos	<input type="checkbox"/> autobus / camions
Site d'enfouissement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ( <i>Détails, svp type</i> )	_____	
Ferme(s)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ( <i>Détails, svp type</i> )	_____	
Usine(s)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ( <i>Détails, svp type</i> )	_____	
Rivière ou lac pollué	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ( <i>Détails, svp type</i> )	_____	
Centrale nucléaire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
Pylônes électriques	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui		
Autres dangers potentiels	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui ( <i>Détails, svp type</i> )	_____	

L'école (la votre ou celle de vos enfants) présente-t-elle les caractéristiques suivantes? (*Cochez tout ce qui s'applique*)

<input type="checkbox"/> tapis dans les classes	<input type="checkbox"/> climatisation centrale	<input type="checkbox"/> atelier d'art – ventilé?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> photocopieurs non ventilés	<input type="checkbox"/> fenêtres qui s'ouvrent	<input type="checkbox"/> laboratoire – ventilé?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> peinture écaillée	<input type="checkbox"/> odeur de moisi	<input type="checkbox"/> atelier – ventilé?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Un des événements suivants est-il survenu durant l'année scolaire à votre école (ou celle de vos enfants)? (*Cochez tout ce qui s'applique*)

<input type="checkbox"/> nettoyage de tapis	<input type="checkbox"/> construction	<input type="checkbox"/> rénovation	<input type="checkbox"/> peinture
<input type="checkbox"/> nouveau plancher, nouveaux meubles ( <i>Détails, svp</i> )	_____		<input type="checkbox"/> fuite d'eau, inondation
<input type="checkbox"/> réfection du toit	<input type="checkbox"/> usage de pesticides / herbicides	<input type="checkbox"/> à l'intérieur	<input type="checkbox"/> à l'extérieur

**Les produits suivants ont-ils été utilisé durant l'année scolaire à votre école (ou celle de vos enfants)?**  
(Cochez tout ce qui s'applique)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> désodoriseurs           | <input type="checkbox"/> poli ou cire à meuble | <input type="checkbox"/> produits de nettoyage odorants |
| <input type="checkbox"/> désodorisant en aérosol | <input type="checkbox"/> cire à plancher       | <input type="checkbox"/> savon parfumé dans la toilette |
| <input type="checkbox"/> peinture en aérosol     | <input type="checkbox"/> crayons feutre        | <input type="checkbox"/> matériel pour artiste, parfumé |

**Votre école (ou celle de vos enfants) a-t-elle une politique concernant l'usage de produits personnels parfumés par les employés et les étudiants?**

- Non parfumés       Oui (*Détails, svp*)     m prohibition de produits parfumés     m découragement de produits

## Antécédents d'exposition

### PERSONNEL

#### Allergies aux inhalants naturels

Croyez-vous être allergique aux pollens saisonniers, aux animaux, à la poussière, aux mites ou aux moisissures?

Non     Oui (Détails, svp lequel) \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu des tests d'allergie?     Non     Oui

Si Oui, Détails, svp:

Âge	Année	Type de test	Résultats	Traitements (médicaments, injections, éviter)	Amélioration 0 = pire 1 = aucune 2 = faible 3 = moyenne 4 = beaucoup

#### Produits chimiques synthétiques

Avez-vous déjà eu des symptômes liés à l'exposition à des produits chimiques synthétiques (créés par l'homme) à un niveau qui ne semblait pas affecter la plupart des personnes (par exemple: peintures, parfums, cosmétiques, émanations de diesel, carburant d'avion, goudron, etc.)?

Non     Oui

'Liés' signifie que le symptôme a débuté ou s'est empiré dans les 48 heures après une exposition à un produit quelconque, ou que le symptôme a diminué ou est disparu après avoir cessé d'être en contact avec le produit.

'Exposition' veut dire se trouver près de, toucher, sentir, respirer, manger, boire, avaler ou injecter le produit en question.

Si Oui, Détails, svp produits chimiques et symptôme(s):

Produits chimiques synthétiques	Symptômes liés à une exposition de faible niveau	Affecté(e) présentement? 1 = un peu 2 = moyen 3 = beaucoup	Dans le passé 1 = un peu 2 = moyen 3 = beaucoup

À quelle fréquence utilisez-vous des produits personnels parfumés? (cochez, svp)

Produits parfumés	Savon	Lotion	Cosmétiques	Permanente	Teinture cheveux	Parfum/après rasage	Autre(s) (Détails, svp)
Jamais	<input type="checkbox"/>	_____					
À l'occasion	<input type="checkbox"/>	_____					
Tous les jours	<input type="checkbox"/>	_____					

#### Matériaux artificiels et champs électromagnétiques

Combien d'obturations, couronnes ou chapeaux dentaires en métal avez-vous? argent / mercure \_\_\_\_ or \_\_\_\_

Avez-vous eu des remplissages de mercure ou d'argent enlevés?     Non     Oui     Combien: \_\_\_\_\_  
Année(s): \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres matériaux artificiels dans votre corps (par ex.: tiges, vis, plaques, mèches, valvules, implants etc.)?

Non     Oui (Détails, svp) \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà constaté être allergique ou sensible à la proximité d'appareils électriques, ordinateurs ou lignes électriques     Non     Oui (Détails, svp)

#### Antécédents de tabac

Faites-vous usage de tabac présentement (tous les jours ou presque tous les jours)?

Non     Oui (Détails, svp)     m cigarettes     m cigares     m pipe     m tabac à priser     m tabac à chiquer

• Si **Oui**, nombre moyen par jour: \_\_\_\_\_ # d'années: \_\_\_\_\_ Intéressé à un programme d'arrêt du tabac? **m** Non **m** Oui

• Si **NON**, avez-vous fait usage de tabac dans le passé (tous les jours ou presque)? **m** Non **m** Oui

· Si **Oui**, nombre d'années d'usage: \_\_\_\_\_ Nombre moyen par jour: \_\_\_\_\_

· Date du dernier usage régulier : Année \_\_\_\_\_

**Avez-vous été exposé à la fumée des autres tous les jours ou presque tous les jours?**

**m** Non **m** Oui **B** # années \_\_\_\_\_

**Avez-vous déjà fait l'essai de drogues «récréationnelles»?** **q** Non **q** Oui

## Maladies en voyage

Avez-vous déjà été malade en voyage?  Non  Oui

Si Oui, détails, svp:

Âge	Année	Endroit	Symptômes

Vous souvenez-vous avoir eu des morsures de tique(s)?  Non  Oui  Si Oui, quand? \_\_\_\_\_ où? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà remarqué une lésion en forme de cible autour d'une piqure d'insecte?

Non  Oui  Si Oui, quand? \_\_\_\_\_ où? \_\_\_\_\_

## Transfusion de sang

Avez-vous déjà eu une ou des transfusions de sang?  Non  Oui  Année(s) \_\_\_\_\_

## Conditions de vie/ Support

Qui demeure avec vous? \_\_\_\_\_

Êtes-vous:  célibataire  marié(e)/conjoint de fait  séparé(e)  divorcé(e)  veuf, veuve

Avez-vous des croyances spirituelles qui vous aident à accepter?

Non  Oui (svp commentaires) \_\_\_\_\_

Faites-vous partie d'une communauté religieuse qui vous aide à accepter?

Non  Oui (nombre approximatif de contacts dans les derniers 12 mois) \_\_\_\_\_

Qui vous aide le plus avec vos problèmes de santé actuels? \_\_\_\_\_

Quels autres supports vous sont disponibles? \_\_\_\_\_

## Stress

Type de stress	Déjà eu?	Quand? <i>Détails, svp – année(s)</i>	Commentaires
Perte d'un être cher	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Maladie d'un être cher	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Perte d'emploi	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Changement d'emploi	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Changement de lieu de travail	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Déménagement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Mariage	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Séparation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Divorce	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		

Grossesse	q Non Oui q		
Addiction à l'alcool ou drogues	q Non Oui q		
Addiction à l'alcool ou drogues chez un être cher	q Non Oui q		
Violence physique	q Non Oui q		
Violence psychologique (abus verbal, menaces)	q Non Oui q		
Abus sexuel	q Non Oui q		
Autre ( <i>Détails, svp</i> )	q Non Oui q		

# Antécédents d'exposition

## DIÈTES ET DROGUES

- Qui achète vos aliments pour vous? \_\_\_\_\_  
 À quel endroit?  chaîne d'épicerie  magasin de produits naturels  marché  en ligne  autre (Détails, svp) \_\_\_\_\_
- Qui fait la cuisine pour vous? \_\_\_\_\_
- SVP faites une liste des aliments et breuvages que vous consommez d'habitude à chacun des repas suivants et l'heure où vous les mangez.

Aliments/collations	Détails, svp	Heure	Breuvage(s)	Détails, svp	Heure
Petit déjeuner			Petit déjeuner		
Matinée			Matinée		
Déjeuner			Déjeuner		
Après-midi			Après-midi		
Dîner			Dîner		
Soirée			Soirée		

- Quelle quantité des breuvages suivants buvez-vous régulièrement et avez-vous présenté des symptômes après les avoir bu?
  - eau**  Nombre de verres de 8 oz par 24 heures \_\_\_\_\_  de la ville  filtre au charbon de bois  distillée  osmose renversé  en bouteille de verre  en bouteille de plastique Symptômes reliés? \_\_\_\_\_
  - bière, ale**  Nombre de bouteilles de 12 oz par semaine \_\_\_\_\_ Symptômes reliés? \_\_\_\_\_
  - vin**  Nombre de verres de 6 oz par semaine \_\_\_\_\_ Symptômes reliés? \_\_\_\_\_
  - spiritueux** (whisky, rhum)  Nombre de verres de 1½ oz drinks par semaine \_\_\_\_\_ Symptômes reliés? \_\_\_\_\_
  - café**  Nombre de tasses de 8 oz par 24 heures \_\_\_\_\_ Symptômes reliés? \_\_\_\_\_
  - thé**  Nombre de tasses de 8 oz par 24 heures \_\_\_\_\_ Symptômes reliés? \_\_\_\_\_
  - cola**  Nombre de verres de 12 oz par 24 heures \_\_\_\_\_  régulier  diète Symptômes reliés? \_\_\_\_\_
  - autre(s)** (Détails, svp) \_\_\_\_\_ Symptômes reliés? \_\_\_\_\_
- Mangez-vous du poisson ou des fruits de mer?  Non  Oui  En moyenne, combien de fois par semaine? \_\_\_\_\_  
 Combien de fois par jour? \_\_\_\_\_ Type(s) (par ex : thon, saumon, crevettes, huîtres, etc.): \_\_\_\_\_
- Utilisez-vous des édulcorants artificiels?  Non  Oui  En moyenne, combien de fois par semaine? \_\_\_\_\_  
 Combien de fois par jour? \_\_\_\_\_ Type(s): \_\_\_\_\_
- SVP énumérez les aliments ou breuvages qui vous causent des difficultés (par ex. nez congestionné ou qui coule, maux d'estomac, gonflements, diarrhée, difficulté de concentration ou de mémoire etc.) ou cause des réactions allergiques (par ex. urticaire, démangeaisons, essoufflements, sifflements respiratoires, anaphylaxie, etc.):

Aliments/breuvages qui causent des problèmes	Quels problèmes?	Fréquence approximative de leur consommation?			
		Jamais	À l'occasion	Tous les jours	Plus d'une fois par jour

- SVP énumérez tous aliment ou breuvages que vous aimez particulièrement ou qui vous font du bien, ainsi que les moments de la journée où vous les consommez d'habitude:

Aliments ou breuvages que vous aimez particulièrement ou qui vous font du bien	Quand?	Vous donnent-ils des problèmes?	Fréquence approximative de leur consommation?		
			Jamais	À l'occasion	Tous les jours



## Références : Antécédents d'exposition

1. American Academy of Environmental Medicine: **Allergy Database and Health History**. AAEM, Inc., Wichita, Kansas, 1992.
2. Anthony HoNonr, Birtwistle Sybil, Eaton Keith, Maberly Jonathan. **Environmental Medicine in Clinical Practice**. BSAENM Publications (PO Box 28, Totton, Southampton, SO40 27A, Tel: 01 703 81 2124) 1997.
3. Bucsela J, Ed. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. **Case Studies in Environmental Medicine: Taking an Exposure History**. U.S. Department of Health and Human Services, October 1992.
4. Levallois Patrick, Neutra Raymond, Lee Geraldine, Hristova Lilia. **Study of self-reported hypersensitivity to electromagnetic fields in California**. *Environmental Health Perspectives* 110 [Supplement 4]: 619-623, August 2002.
5. Marshall LM, Mckeown-Eyssen G, Sokoloff E, Jazmaji V. **University of Toronto Health Survey**. University of Toronto, Department of Public Health Sciences, 1995.
6. Miller CS, Prihoda TJ. **The Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (EESI): A standardized approach for measuring chemical intolerances for research and clinical applications**, *Toxicology and Industrial Health* 15:370–385, 1999.
7. Miller CS, Prihoda TJ. **A Controlled Comparison of Symptoms and Chemical Intolerances reported by Gulf War Veterans, Implant Recipients and Persons with Multiple Chemical Sensitivity**, *Toxicology and Industrial Health* 15:386-397, 1999.
8. Quinlan P, Macher JA, Alevantis LE, Cone JE. **Protocol for the Comprehensive Evaluation of Building-Associated Illness** in *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, Vol. 4, No. 4, pp. 771–797, October – December 1989. Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc.
9. Raw GJ. **Office Environment Survey**. Construction Research Communications Ltd. Building Research Establishment, Garston, Watford, WE27JR, 1995.
10. Small Bruce M. **Recommendations for Action on Pollution and Education in Toronto: A Report prepared for the Pollution and Education Review Group of the Board of Education, the City of Toronto**, May 1985.
11. Steel R, Belk S, Eds. **Taking an Environmental History** in Handbook of Pediatric Environmental Health, American Academy of Pediatrics, 25–31, 1999.

*Nous remercions pour leur apport les employés du «Environmental Health Clinic» et les membres du «Environmental Health Committee» de l'Ontario College of Family Physicians.*

*Print Design Helen Kwan*