

# QUESTIONNAIRE QEESI©

Evaluation des expositions et de la sensibilité aux nuisances environnementales,  
selon le QEESI du docteur Claudia Miller<sup>1</sup>.

Date : ..... Votre nom et âge : .....

## Vos résultats en résumé

Après avoir rempli les cinq tableaux, veuillez noter ici les résultats obtenus pour :

Tableau 1 (exposition produits chimiques) : ...../100

Tableau 2 (autres expositions) : ...../100

Tableau 3 (symptômes) : ...../100

Tableau 4 : impact de la sensibilité ...../100

Tableau 5 (index de masquage) : ...../10

### Tableau 1. Expositions à des produits chimiques

*Ce tableau évalue vos réponses à différentes odeurs  
ou à des expositions à des produits chimiques.*

L'exposition aux produits suivants provoque-t-elle des désagréments majeurs, comme maux de tête, un ralentissement intellectuel, une sensation de faiblesse, des difficultés respiratoires, une gêne gastrique, vertiges, etc. (voir la liste dans le tableau 3).

Tout comme pour les tableaux suivants, veuillez codifier selon le système suivant : « 0 » : pas de problème, « 5 » : symptômes modérés, « 10 » : symptômes très handicapants. Remplissez chaque ligne, même lorsque le résultat est « 0 ».

1 - gaz d'échappement de moteurs diesel ou essence	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2 - fumée de tabac	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3 - insecticide	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4 - essence, par exemple dans une station-service en faisant le plein	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5 - peinture ou diluant de peinture	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6 - produits de nettoyage tels que désinfectants, eau de Javel, détergents pour sanitaires ou nettoyeurs pour sol	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<sup>1</sup> Le questionnaire original et plus riche en explications, en anglais, est à télécharger du site [drclaudiamiller.com](http://drclaudiamiller.com) ; en français via le site : [www.sosmcs.org](http://www.sosmcs.org). Je les ai simplifiés pour les personnes qui remplissent sans le médecin.



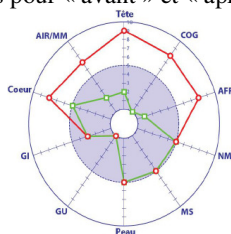
## Tableau 2. Autres expositions

1 - réactions à l'eau du robinet chlorée	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2 - réactions à certains aliments tels que bonbons, pizza, lait, aliments gras, viandes, barbecue, oignons, ail, aliments épicés ou additifs alimentaires tel que le glutamate	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3 - envies alimentaires inhabituelles, consommation quasi compulsive de certains aliments ou malaise en cas de repas « sauté »	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4 - inconfort après les repas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5 – réactions à la caféine (café thé, Coca cola® ou Pepsi cola®, autres produits caféinés) ou au chocolat	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6 - inconfort en cas de diminution ou d'arrêt de la consommation de chocolat, de café, thé ou boisson caféinée	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7 - inconfort après boisson alcoolisée en faible quantité (une bière ou un verre de vin)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8 - réaction contact sur la peau de tissus, bijoux métalliques, crèmes cosmétiques ou autres articles.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9 - intolérance ou effets indésirables-allergiques ou non- vis-à-vis de médicaments (antibiotiques, anesthésiques, antalgiques, produits de contraste utilisés en radiologie, vaccins ou pilule contraceptive), d'implants, de prothèse, de dispositif ou de produit contraceptifs ou vis-à-vis de tout autre matériel ou procédure médicaux, chirurgicaux ou dentaires.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10- réactions allergiques (asthme, rhinite, urticaire, œdème de Quincke, choc anaphylactique, eczéma) lors de contact avec des allergènes : pollens, poussières, moisissures, produits de desquamation animale, piqûres d'insectes, aliments.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>SCORE TOTAL D'INTOLERANCES DIVERSES (0-100) :</b>	.....

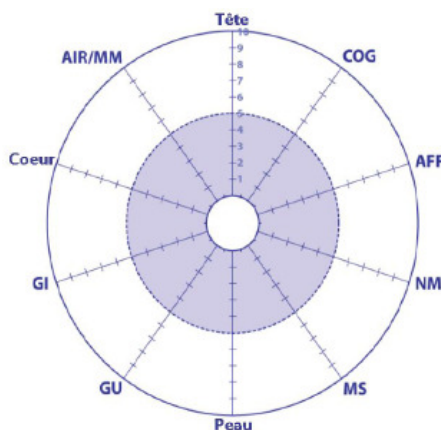
### Tableau 3. Symptômes

1 – douleurs, crampes, raideur ou faiblesse musculaires ou articulaires	<b>MS</b> = neuromusculaires 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2 - brûlure ou irritation des yeux, difficultés respiratoires : essoufflement, toux, mucosités, écoulement nasal postérieur ou infections respiratoires	<b>AIR/MM</b> arbre respiratoire ou les muqueuses 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3 – problèmes cardiaques ou thoraciques : rythme cardiaque accéléré ou irrégulier, extrasystoles, palpitations ou gêne dans la poitrine	<b>Cœur</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4 – problèmes digestifs : douleurs ou crampes abdominales, ballonnements, nausées, diarrhée ou constipation	<b>GI</b> troubles gastro-intestinaux 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5 – ralentissement de l’activité intellectuelle : difficulté de concentration, troubles de mémoire, impression de déconnexion ou difficulté à prendre des décisions	<b>COG</b> = troubles cognitifs 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
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	<b>AFF</b> = troubles affectifs 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7 – problèmes d’équilibre ou de coordination, engourdissement ou picotement des extrémités, difficulté d’accommodation oculaire	<b>NM</b> = musculo-squelettiques 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8 – maux de tête ou sensation de tête lourde ou de visage congestionné	<b>Tête</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9 – problèmes cutanés : éruption, urticaire ou peau sèche	<b>Peau</b> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10- problèmes génito-urinaires : douleur pelvienne ou besoin d’uriner fréquent ou impérieux (pour les femmes : inconfort ou autre problème en relation avec les règles)	<b>GU</b> troubles génito-urinaires 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>SCORE TOTAL DE SYMPTOMES (0-100) :</b>	.....

**TRANSPOSER EN GRAPHIQUE.** Si les résultats ci-dessus sont nettement différents avant et après un épisode d’exposition ou si votre sensibilité a débuté après un événement polluant (pesticides, déversement de produits chimiques, contamination de l’air à l’intérieur des bureaux, emménagement dans une nouvelle maison, etc.), consignez les résultats avant et après sur le graphique ci-contre. Utilisez des symboles (cercles, carrés) différents pour « avant » et « après », selon l’exemple suivant :



Votre graphique personnel sur une échelle de 10



## Tableau 4. Impact de la sensibilité

Dans quelle mesure votre sensibilité à certains produits chimiques ou à certains aliments a-t-elle retenti sur différents aspects de votre vie personnelle ? Ne laissez aucun item non rempli. Ce tableau ne concerne pas les enfants < 14 ans.

Ne remplissez ce tableau que SI et uniquement SI la fragilité est apparue APRES l'adolescence et si les résultats que vous cochez sont très différents par rapport à la période précédant la première intoxication chimique . Enfants : ce tableau ne doit pas être rempli.

1 - votre régime alimentaire ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2 - votre vie scolaire ou professionnelle ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3 - l'aménagement de votre intérieur ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4 - le choix de vos vêtements,	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5 - votre capacité à voyager et à vous déplacer en voiture ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6 - le choix de vos produits cosmétiques tels que déodorants ou produits de maquillage ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7 - votre capacité aux contacts et aux activités sociales (participation à des réunions, sorties au restaurant, etc.)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8 - le choix de vos activités de loisirs ou de vos distractions ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9 - vos relations avec votre conjoint ou avec vos proches ?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10 - votre capacité à effectuer des tâches domestiques (repasser, faire le ménage, tondre la pelouse etc.)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>SCORE TOTAL « IMPACT SUR LA VIE QUOTIDIENNE » (0-100) :</b>	.....

