

Interrogatoire sur les antécédents

Une mnémonic (CH²OPD²) 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="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	(Détails, svp) <input type="checkbox"/> autoroute <input type="checkbox"/> rue passante	_____
Véhicules au ralenti	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	(Détails, svp) <input type="checkbox"/> autos <input type="checkbox"/> autobus / camions	_____
Dépotoir	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	(Détails, type) _____	_____
Fermes	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	(Détails, type) _____	_____
Usines	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	(Détails, type) _____	_____
Lac ou rivière pollués	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	(Détails, type) _____	_____
Réacteur nucléaire	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui		_____
Pylônes électriques	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui		_____
Tours cellulaires	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui		_____
Autres dangers potentiels	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> 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 ↓ au sous-sol au dessus d'un magasin 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 poux 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

Non Oui (encerclez un ou les deux)

Vide sanitaire

Non Oui

Sous-sol humide ou moisi

Non Oui (encerclez un ou les deux)

Fenêtres mouillées ou murs extérieurs de placard (condensation)

Non Oui ↓ légère sévère

Fuites d'eau

Non Oui ↓ légère sévère ↓

Où? _____

Moisissure visible

Non Oui ↓ légère sévère ↓

Où? _____

Isolation de tuyau en décomposition

Non Oui ↓ légère sévère

Peinture écaillée

Non Oui ↓ légère sévère

Air stagnant, humide

Non Oui ↓ légère sévère

Poêle à gaz ou propane

Non Oui (encerclez un ou les deux)

Autres appareils à gaz

Non Oui (Détails, svp) _____

Foyer ou poêle à bois

Non Oui (encerclez un ou les deux)

Détecteur(s) de monoxyde de carbone

Non Oui ↓ Où? _____

Climatisation

Non Oui ↓ centrale pièces individuelles

Nettoyeur d'air électrostatique

Non Oui

Autre nettoyeur d'air

Non Oui (Détails, svp) _____

Tapis

Non Oui ↓ Où? (sous-sol, chambre, etc.) _____

Âge du tapis? _____

Vieux linoléum en vinyle

Non Oui

Ordinateur(s)

Non Oui ↓ Où? _____

Sans-fil? _____

Photocopieur / fax / imprimante

Non Oui ↓ Où? _____

Garage

Non Oui ↓ attaché sous terre

Fumeur(s)

Non Oui ↓ Qui? _____

Animaux domestiques

Non Oui (Détails, sorte, nombre) _____

Animaux domestiques qui dorment dans votre chambre

Non Oui (Détails, svp) _____

Plantes d'intérieur

Non Oui ↓ Combien? _____

Utilisez-vous une couverture électrique? Non Oui ↓ années _____

Utilisez-vous un réveille-matin/radio électrique? Non Oui ↓ Années _____

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

⊖ Restauration/décapage de meubles Années: _____

⊖ Rénovation de maison Années: _____ (Détails, svp type) _____

⊖ art (peinture, céramique, vitrail, travail du cuir, etc.) Années: _____ (Détails, svp type) _____

⊖ 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 ↓ <i>Nombre d'heures par semaine:</i> _____ <i>Type:</i> _____
	<input type="checkbox"/> Travail rémunéré ↓ <i>Heures par semaine:</i> _____
If Non,	<input type="checkbox"/> Ne peut travailler pour des raisons de santé ↓ <i>Date de l'arrêt de travail:</i> _____ <i>Raison(s):</i> _____
	<input type="checkbox"/> Sur l'invalidité ↓ <i>Type:</i> _____ OR <input type="checkbox"/> Demande d'invalidité ↓ <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 ↓ Âge? _____ collègues se plaignant de malaises au travail
 climatisation centrale fenêtres qui ouvrent ↓ nombre _____
↓ 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 ralenti

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 ↓ μ à l'intérieur μ 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="radio"/> trop de reflets	<input type="radio"/> satisfaisant	<input type="radio"/> trop faible	
Température	<input type="radio"/> trop chaud	<input type="radio"/> satisfaisant	<input type="radio"/> trop froid	<input type="radio"/> trop variable
Circulation de l'air	<input type="radio"/> pas assez	<input type="radio"/> satisfaisant	<input type="radio"/> trop de courants d'air	
Humidité	<input type="radio"/> trop sec	<input type="radio"/> satisfaisant	<input type="radio"/> trop humide	
Odeur	<input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> un peu	<input type="radio"/> forte	Détails: _____
Bruit	<input type="radio"/> peu	<input type="radio"/> moyen	<input type="radio"/> beaucoup	
Votre confort en général	<input type="radio"/> inconfortable	<input type="radio"/> un peu inconfortable	<input type="radio"/> confortable	
Confort des autres en général	<input type="radio"/> inconfortable	<input type="radio"/> un peu inconfortable	<input type="radio"/> 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="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui (Détails, svp)	<input type="radio"/> autoroute	<input type="radio"/> rue passante
Véhicules au ralenti	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui (Détails, svp)	<input type="radio"/> autos	<input type="radio"/> autobus / camions
Site d'enfouissement	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui (Détails, svp type)	_____	
Ferme(s)	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui (Détails, svp type)	_____	
Usine(s)	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui (Détails, svp type)	_____	
Rivière ou lac pollué	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui (Détails, svp type)	_____	
Centrale nucléaire	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui		
Pylônes électriques	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui		
Autres dangers potentiels	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui (Détails, svp type)	_____	

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

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

nettoyage de tapis construction rénovation peinture

nouveau plancher, nouveaux meubles (*Détails, svp*) _____ fuite d'eau, inondation

réfection du toit usage de pesticides / herbicides ↓ à l'intérieur 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*)

désodoriseurs poli ou cire à meuble produits de nettoyage odorants

désodorisant en aérosol cire à plancher savon parfumé dans la toilette

peinture en aérosol crayons feutre 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 Oui (*Détails, svp*) ↓ prohibition de produits parfumés découragement de produits parfumés

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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
À l'occasion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____
Tous les jours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> _____

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)?

Θ Non Θ Oui (*Détails, svp*) ↓ μ cigarettes μ cigares μ pipe μ tabac à priser μ tabac à chiquer

• Si **OUI**, nombre moyen par jour: _____ # d'années: _____ Intéressé à un programme d'arrêt du tabac? μ Non μ Oui

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

μ Non μ Oui ↓ # années _____

Avez-vous déjà fait l'essai de drogues «récréationnelles»? Θ Non Θ 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="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Maladie d'un être cher	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Perte d'emploi	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Changement d'emploi	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Changement de lieu de travail	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Déménagement	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Mariage	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Séparation	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Divorce	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Grossesse	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Addiction à l'alcool ou drogues	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		
Addiction à l'alcool ou drogues chez un être cher	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui		

Violence physique	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui		
Violence psychologique (abus verbal, menaces)	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui		
Abus sexuel	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui		
Autre (<i>Détails, svp</i>)	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui		

Antécédents d'exposition

DIÈTES ET DROGUES

1. Qui achète vos aliments pour vous? _____

À quel endroit? chaîne d'épicerie magasin de produits naturels marché en ligne autre (Détails, svp) _____

2. Qui fait la cuisine pour vous? _____

3. 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		

4. 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 _____ μ de la ville μ filtre au charbon de bois μ distillée μ osmose inversé
μ en bouteille de verre μ 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 _____ μ régulier μ diète Symptômes reliés? _____

autre(s) (Détails, svp) _____ Symptômes reliés? _____

5. 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.): _____

6. Utilisez-vous des édulcorants artificiels? Non Oui ↓ En moyenne, combien de fois par semaine? _____
Combien de fois par jour? _____ Type(s): _____

7. 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

8. **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

9. **SVP énumérez tous les médicaments PRESCRITS que vous prenez régulièrement, incluant les pilules anti contraceptives et les injections pour allergies (ajoutez une feuille au besoin):**

Nom du médicament	Dose (par ex. mg, ml, IU)	Pris à quelle fréquence?	Depuis quand?	Détails de tout effet secondaire	Usage interne SEULEMENT

10. **SVP énumérez tous les médicaments NON PRESCRITS que vous prenez régulièrement, incluant vitamines, minéraux, herbes, suppléments, etc. (ajoutez une feuille au besoin):**

Nom et marque du produit	Dose (par ex. mg, ml, IU)	Pris à quelle fréquence?	Depuis quand?	Détails de tout effet secondaire	Usage interne SEULEMENT

11. **Réactions aux médicaments: Énumérez TOUT médicament, anesthésique ou immunisation que vous avez du cesser d'utiliser à cause d'effets secondaires ou de réactions allergiques:**

Nom du médicament / anesthésique / immunisation	Type d'effets secondaires ou de réactions allergiques qui vous ont obligé à cesser de les prendre	Âge	Année

12. **Avez-vous DÉJÀ reçu une injection d'urgence d'adrénaline (épinéphrine) à cause d'une réaction à tout médicament, aliment, piqure d'insecte ou autre substance?**

⊖ Non ⊕ Oui ↓ Quand _____
 Quelle substance? _____

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