

## Questionnaire sur la qualité de l'air intérieur

Remplissez les renseignements utiles et cochez la case correspondant le mieux à votre expérience personnelle du temps que vous avez passé dans cet environnement intérieur et relatif aux symptômes sur votre santé. Si vous souhaitez que le responsable du bâtiment vous réponde, veuillez renseigner vos nom et adresse. Ne discutez pas des réponses avec d'autres personnes. **Toutes les réponses resteront strictement confidentielles.**

### Généralités

Nom (facultatif)		Date	
Adresse du domicile (facultative)		Ville du domicile et département/province/canton (facultatif)	Code postal du domicile (facultatif)
Adresse du bâtiment		Ville et département/province/canton	Pieu ou paroisse (le cas échéant)

### Section 1 – Personnel

Année de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Occupation des lieux	Nombre d'années passées dans ce bâtiment de façon régulière ou en visite
--------------------	---	----------------------	--

### Section 2 – Problèmes d'environnement

Êtes-vous incommodé par l'environnement intérieur de ce bâtiment ? (Exemples : froid, chaud, courants d'air, mauvaise aération, odeurs désagréables, mauvais éclairage, poussière ou bruit)

Oui    Non Si oui, complétez les renseignements suivants.

Expliquez la ou les gênes ressenties

Quand ces problèmes ont-ils commencé ?

À quelle fréquence se produisent-ils ?

Êtes-vous incommodé par ces problèmes dans d'autres lieux ?

Oui    Non

Si oui, où ? (Exemples : chez vous, autres bâtiments, etc.)

### Section 3 – Problèmes de santé

Quels sont vos symptômes lorsque vous êtes dans ce bâtiment ? (Exemples : problèmes aux yeux, au nez ou à la gorge ; maux de tête ; toux ; vertiges ; problèmes de concentration ou de mémoire ; problèmes de peau)

Oui    Non Si oui, complétez les renseignements suivants.

Expliquez le ou les symptômes que vous ressentez.

Quand ces symptômes ont-ils commencé ?

À quelle fréquence se produisent-ils ?

Avez-vous des problèmes similaires dans d'autres lieux ?

Oui    Non

Si oui, où ? (Exemples : chez vous, autres bâtiments, etc.)

### Section 4 – Épisodes de mauvaise qualité de l'air

Au cours des trois derniers mois, avez-vous connu des épisodes de mauvaise qualité de l'air dans ce bâtiment ? (Exemples : produits chimiques renversés, odeurs de gaz d'échappement, odeurs de peinture ou beaucoup de poussières)

Oui    Non

Si oui, expliquez cet ou ces épisodes de mauvaise qualité de l'air.

### Section 5 – Autres commentaires (facultatif)

Utilisez le verso si nécessaire.