



// MÉNAGE ET PRODUITS D'ENTRETIEN

37 Vous faites les poussières : Au moins une fois par semaine Tous les quinze jours Une fois par mois Rarement

38 Vous balayez : Au moins une fois par semaine Tous les quinze jours Une fois par mois Rarement

39 Vous passez l'aspirateur : Au moins une fois par semaine Tous les quinze jours Une fois par mois Rarement

40 Vous lavez les sols : Au moins une fois par semaine Tous les quinze jours Une fois par mois Rarement

41 Vous lavez vos draps : Une ou deux fois par quinzaine Une fois par mois Moins d'une fois par mois
À 30° ou 40° 60° ou 90°

42 Vous utilisez l'eau de javel : Jamais Pour les sanitaires lors de l'entretien mélangé à mon produit d'entretien

43 Vos produits d'entretien sont Vous n'en utilisez pas Biologiques Écolabel Classiques

44 Vous utilisez des désodorisants ? Aucun Huiles essentielles Spray Diffuseur automatique Bougie ou encens

45 Vous utilisez des insecticides ? Aucun Pour traiter vos plantes Contre les insectes

DE QUELLE QUALITÉ EST L'AIR QUE VOUS RESPIREZ ?

Ce questionnaire permet à votre médecin ou pharmacien d'évaluer la qualité de l'air que vous respirez. Il est donc essentiel de le remplir avec honnêteté. Vous pouvez donner plusieurs réponses par question et, si vous ne connaissez pas la réponse à certaines questions, il est préférable de ne pas répondre du tout et d'en discuter avec votre médecin.

ÉVALUEZ LA QUALITÉ DE L'AIR



// ENVIRONNEMENT EXTÉRIEUR

1 Habitez-vous à moins de 500 mètres d'un axe routier très fréquenté ? OUI NON

2 Avez-vous connaissance d'une source de pollution à moins d'un km de votre logement ? (cela peut être une usine polluante mais aussi une laiterie ou même un pressing de quartier) ? OUI NON

3 Habitez-vous à proximité d'arbres ou de plantes auxquels vous êtes allergiques ? OUI NON

4 Possédez-vous un composteur ? OUI NON



// HUMIDITÉ

5 Avez-vous eu un dégât des eaux depuis moins d'un an (fuite canalisation, défaut toiture, autre...) ? OUI NON

6 Y a-t-il des signes d'humidité dans votre logement (peinture écaillée, papier qui se décolle, auréole...) ? OUI NON

7 Avez-vous remarqué des moisissures (traces, tapis, odeur) ? OUI NON

8 Si oui, de quelle taille ? < UNE FEUILLE A4 < 3M² > 3M²

// VENTILATION & AÉRATION

- 9 Votre logement est-il équipé : D'un système de ventilation naturelle (*grilles pour entrées et sorties d'air*)
 D'une VMC (*Ventilation Mécanique Contrôlée*)
 D'un autre système de ventilation
 D'aucun système de ventilation
- 10 L'entretien des extractions et des entrées d'air est-il fait au moins une fois par trimestre ? OUI NON
- 11 Pour aérer, vous laissez la porte ou la fenêtre : Grande ouverte Entrebâillée Ouverte lors de passages
- 12 Aérez-vous les chambres : Tous les jours Si le temps le permet Occasionnellement
- 13 Aérez-vous le séjour : Tous les jours Si le temps le permet Occasionnellement
- 14 Aérez-vous la cuisine : Tous les jours Si le temps le permet Occasionnellement
- 15 Aérez-vous la salle de bain : Tous les jours Si le temps le permet Occasionnellement



// CHAUFFAGE

- 16 De quel type est votre système de chauffage ? Aérothermie (pompes à chaleur) Électrique Gaz Fuel
- 17 S'il s'agit d'un chauffage au fuel, avez-vous une cuve à l'intérieur de votre logement ? OUI NON
- 18 Avez-vous une cheminée ? OUI NON
- 19 Si oui est-elle : Ouverte Insert
- 20 Avez-vous un poêle ? OUI NON
- 21 Si oui, fonctionne-t-il avec : Du bois Des granules
- 22 Utilisez-vous un chauffage d'appoint ? OUI NON
- 23 Si oui, de quel type est-il ? Électrique Pétrole Autre

// TRAVAUX

- 24 Avez-vous fait des travaux depuis moins d'un an ? OUI NON
- 25 Les avez-vous réalisés vous-même ? OUI NON
- 26 Était-ce des travaux de : DÉMOLITION DÉCORATION ISOLATION
- 27 Quel type de produit avez-vous utilisé ? NATUREL ÉCOLABEL AUTRE Ne sais pas
- 28 Avec quel étiquetage ? A+ A B C Ne sais pas



// ANIMAUX DOMESTIQUES

- 29 Avez-vous un animal de compagnie ? OUI NON
- 30 Si oui, de quel type ? Chien Chat Oiseau NAC (Nouveaux animaux de compagnie) Autre
- 31 Votre animal entre-t-il dans le logement ? OUI NON
- 32 Si oui, entre-t-il dans la chambre ? OUI NON



// TABAC

- 33 Est-ce que vous fumez ? OUI NON
- 34 Dans votre logement ? OUI NON
- 35 Est-ce que votre entourage fume ? OUI NON
- 36 Dans votre logement ? OUI NON