

## Questionnaire n°

1) Vous êtes :  Un homme  Une femme

2) Vous vivez :  En ville  En campagne

3) Vous avez :  Entre 14 et 20 ans  
 Entre 21 et 27 ans  
 Entre 28 et 34 ans  
 Entre 35 et 41 ans  
 Entre 42 et 48 ans  
 Entre 49 et 55 ans  
 Entre 56 et 62 ans  
 Entre 63 et 70 ans  
 Plus de 70 ans

4) Quelle est votre activité professionnelle ?

5) Avez-vous une sensibilité particulière :

- Aux ondes électromagnétiques  
 Aux énergies subtiles  
 Aucune

6) Dans votre quotidien, côtoyez-vous des personnes ayant été « vaccinées » contre la covid-19 ?

- Oui  Non. Dans ce cas, pourquoi ? :

7) Pensez-vous avoir des effets au contact de personnes vaccinées ?

- Oui  Non  Je ne sais pas

8) Au verso vous trouverez un tableau recensant des effets relevés en contact des personnes vaccinées. Que vous ayez des effets ou non, nous vous invitons à le consulter et à le compléter en choisissant deux principales relations ou des cas particuliers avec des effets.

9) Si vous avez des effets, au bout de combien de temps disparaissent-ils après un contact ?

Effets physiques	Effets énergétiques	Effets émotionnels	Effets psychiques
<input type="checkbox"/> Quelques heures			
<input type="checkbox"/> Une journée			
<input type="checkbox"/> Plusieurs journées			
<input type="checkbox"/> Une semaine			
<input type="checkbox"/> Plusieurs semaines			
<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Jamais

10) Si vous avez des effets ou si vous en avez conscience, avez-vous changé des domaines de vie ?

- Je n'ai rien changé  
 Activité professionnelle  
 Relations  
 Loisirs et sport  
 Moyen de transport  
 Autres, pouvez-vous préciser

11) Si vous avez des effets, avez-vous trouver des remèdes, astuces, solutions pour les limiter (avant pendant et après un contact) ?

12) Avez-vous contracté le "covid" après avoir côtoyé des personnes vaccinées ?

- Oui  Non  Je ne sais pas

13) Souhaitez-vous être informé des résultats de l'enquête et des solutions apportées par chacun ?  
*Les adresses ne seront utilisées que pour vous communiquer les résultats et seront envoyées via une adresse cryptée.*

- Oui, dans ce cas pouvez-vous transmettre votre adresse email :  
 Non

14) Souhaitez-vous partager un témoignage écrit anonyme ?

- Oui  Non

**Question bonus :** Avez-vous remarqué des changements de comportements ou changements d'opinions chez des personnes proches depuis leur vaccin ?

- Oui, des changements de comportements. Précisez ce qui a changé :  
 Oui, des changements d'opinion. Précisez ce qui a changé :  
 Non

8) Choisissez deux relations principales que vous avez avec une personne vaccinée. Cette relation peut être principale en termes de temps ou d'effets ressentis. Vous pouvez ensuite entourer d'une couleur différente (pour chaque relation) la réponse correspondante en suivant l'exemple en vert. En ce qui concerne les effets physiques, énergétiques, émotionnels ou psychiques, nous parlons de nouveaux effets ou d'une amplification d'effets déjà existant auparavant. Le tableau se lit de gauche à droite, en partant de la relation choisie.

Relation	Lieux de contact	Type de contact	Fréquence	Temps passé	Effets physiques	Effets énergétiques	Effets émotionnels	Effets psychiques
Conjoint(e) Enfant(s)	<u>Espaces clos restreints</u> : domicile, bureau de travail, cabinet, covoiturage	Présence sans contact physique	Tous les jours	Aucun	Céphalées, migraines, vertiges	Perte de vitalité	Colère - irritabilité - agressivité	Perte de mémoire,
Autres membres de la famille, précisez ...	<u>Espaces clos collectifs</u> : sport en salle, école, lieux de formation, centres commerciaux, lieux culturels et événementiels en intérieur	Communication sans contact physique	Plusieurs fois par semaine	Moins d'une heure /j	Nez bouché, écoulement, perturbation de l'odorat	Diminution du taux vibratoire	Manque de motivation, d'entrain	Diminution concentration, de l'attention,
Ami(s)	<u>Espaces extérieurs</u> : sport d'extérieur, marchés, centre-ville, lieux culturels et événementiels en extérieur	Contacts physiques brefs (bise, se serrer la main)	Une fois par semaine	Entre 1h et 2h/j	Maux de gorge, écoulement laryngé, toux	Pollution énergétique	Tristesse - état dépressif	Désorientation spatiale et temporelle
Collègue(s)	<u>Espaces extérieurs</u> : sport d'extérieur, marchés, centre-ville, lieux culturels et événementiels en extérieur	Contacts physiques prolongés : étreintes, massages	Tous les 15 jours	Entre 2h et 4h/j	Gênes thoraciques (oppression, douleurs...)	Ressenti d'ondes électromagnétiques	Angoisse - peur - insécurité	Difficultés à penser
Clients, patients	<u>Espaces balnéaires</u> : piscine, sauna, hamman	Contacts physiques prolongés : étreintes, massages	1 fois par mois	Entre 4h et 8h/j	Troubles digestifs : nausées, éructations....	Aucun	Aucun	Difficultés à méditer
Passants	<u>Autres</u> : précisez.	Relations sexuelles	Jamais	Entre 8h et 16h/j	Perturbation des menstruations (perte de sang hors du cycle, retard de règles)	Autres, précisez ...	Autres, pouvez-vous préciser ...	Baisse de conscience de soi
Autres : précisez ...				Entre 16h et 24h/j	Troubles veineux			Aucun
					Fatigue générale			Autres, précisez...
					Troubles cutanées (zona, eczéma, psoriasis, démangeaison, brûlures...)			
					Baisse des performances sportives			
					Symptômes "covid"			
					Aucun			
					Autres, précisez ...			