

# BILAN DE SANTÉ — HERBORISTERIE LA FÉE DES BOIS

**Document confidentiel** — Vos réponses servent uniquement à personnaliser vos produits et à assurer votre sécurité.

Durée estimée pour remplir ce formulaire : **25 à 30 minutes**

---

## A. INFORMATIONS GÉNÉRALES & INSCRIPTION ASC

*Ces renseignements permettent d'adapter le suivi, le ton de communication et la sécurité des produits selon votre contexte personnel.*

### 1. Identité et coordonnées

**Nom et prénom** \_\_\_\_\_  
—

**Date du jour** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Adresse complète** \_\_\_\_\_  
—

**Téléphone domicile** \_\_\_\_\_  
—

**Téléphone cellulaire** \_\_\_\_\_  
—

**Courriel** \_\_\_\_\_  
—

**Date de naissance** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Âge** \_\_\_\_\_ ans

**Taille** \_\_\_\_\_ cm

**Poids** \_\_\_\_\_ kg

**Statut relationnel** \_\_\_\_\_

—

Vous sentez-vous en sécurité chez vous ?

Oui     Non     Préfère ne pas répondre

Enfants (si applicable) :

Genre / pronoms :

Femme     Homme     Autre     Préfère ne pas répondre

## 2. Type d'Abonnement ASC

Abonnement pour :

Usage personnel     Usage familial

*Si familial, veuillez indiquer les prénoms des membres et préciser en cas de médication ou de condition spécifique.* \_\_\_\_\_

## 3. Avez-vous déjà utilisé nos produits ?

- Oui    Lesquels : \_\_\_\_\_
- Non

## 4. Préférences produits

- Produits que vous **aimeriez recevoir** : \_\_\_\_\_
- Produits que vous **préférez éviter** : \_\_\_\_\_

## 5. Plantes & odeurs

- Plantes que votre corps **tolère mal ou dont le goût vous déplaît** :  
\_\_\_\_\_
- Plantes ou goûts que vous **adorez / qui vous conviennent bien** :  
\_\_\_\_\_

- Odeurs que vous **aimez** : \_\_\_\_\_
- Odeurs que vous **préférez éviter** : \_\_\_\_\_

## 6. Réactions connues à des ingrédients naturels

Exemples : bicarbonate de soude, beurre de coco, huiles essentielles, huile de tournesol, etc.

→ Décrivez brièvement : \_\_\_\_\_

## 7. Méthode de réception des paniers ASC

Veuillez choisir votre option préférée :

- Par la poste (Postes Canada – frais inclus)
- À la boutique de la ferme – 34 ch Greermount, Clarendon, QC
- Marché de l'Outaouais – 71 rue Eddy, Gatineau (Hull), QC

 *Recevez un produit additionnel par panier si vous choisissez une option de collecte locale.*

---

## B. PROFIL SANTÉ & MÉDICATION

Cette section rassemble les informations nécessaires pour assurer la sécurité et l'efficacité des produits proposés, et éviter toute interaction entre plantes et médicaments.

Toutes vos réponses demeurent **strictement confidentielles**.

### B1. Médication et traitements

*Ces informations permettent d'éviter toute interaction ou contre-indication entre plantes et traitements médicaux.*

Prenez-vous actuellement des **médicaments, suppléments ou produits naturels** (y compris ceux vendus sans ordonnance) ?

Oui       Non

Si oui, précisez (nom, dosage, fréquence, raison) :

---

---

Avez-vous débuté une **nouvelle médication au cours des 3 derniers mois** ?

Oui     Non

Si oui, précisez :

---

Avez-vous déjà eu une **réaction indésirable** à un médicament (naturel ou synthétique) ?

Oui     Non

Si oui, décrivez :

---

## B2. Conditions particulières

Êtes-vous actuellement enceinte, possiblement enceinte ou en période d'allaitement ?

Oui     Non

**⚠ Certaines plantes peuvent être contre-indiquées pendant la grossesse ou l'allaitement.**  
Mentionnez toute situation pour adapter vos recommandations.

Souhaitez-vous **éviter l'alcool** (teintures) ?

Oui     Non

Si oui, expliquez :

---

Avez-vous un **problème de santé diagnostiqué** par un professionnel ?

Oui     Non

Lequel ?

---

Avez-vous déjà été **hospitalisé·e** ?

Oui     Non

Date approximative, durée et raison :

---

Avez-vous déjà subi une **chirurgie** ?

Oui     Non

Type et date :

---

Avez-vous vécu un **accident majeur** ?

Oui     Non

Nature et date :

---

Avez-vous traversé une **épreuve marquante** (divorce, perte, stress post-traumatique, deuil, etc.) ?

Oui     Non

Précisez si pertinent :

---

… Ces informations aident à comprendre les causes physiques ou émotionnelles influençant votre santé globale.

### B3. Suivi médical & professionnels consultés

Cette section permet de coordonner les soins et d'assurer la compatibilité entre vos produits à base de plantes et vos approches thérapeutiques actuelles.

Êtes-vous actuellement **suivi·e** par un ou plusieurs professionnel·le·s de la santé ou du bien-être ?

Oui     Non

Si oui, précisez le(s) nom(s), spécialité(s) ou fréquence(s) de suivi :

Professionnels consultés (actuels ou récents) — cochez tout ce qui s'applique :

Praticien ayurvédique     Psychiatre

Chiropraticien                     Psychologue

Physiothérapeute                     Médecin généraliste : \_\_\_\_\_

Herboriste       Médecin (type) : \_\_\_\_\_

Homéopathe       Médecine chinoise traditionnelle

Naturopathe       Conseiller spirituel

Travailleur social       Ergothérapeute

Massothérapeute       Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

#### **B4. Antécédents familiaux et allergies**

*Les antécédents familiaux et les allergies orientent le choix des plantes et évitent les réactions indésirables.*

Avez-vous des **maladies ou conditions héréditaires** connues dans votre famille (ex. diabète, maladies cardiaques, cancers, troubles thyroïdiens, etc.) ?

Oui       Non

Si oui, précisez :

---

Avez-vous des **allergies ou sensibilités connues** ?

Oui       Non

Si oui, précisez (alimentaires, environnementales, chimiques, plantes, etc.) :

---

Avez-vous déjà eu une **intoxication** (métaux lourds, produits chimiques, moisissures, etc.) ?

Oui       Non

Détails :

---

---

## C. SYMPTÔMES & SYSTÈMES DU CORPS

Pour chaque item, cochez **A** (actuel) et/ou **P** (passé).

### C1) Antécédents de santé (général)

Alcoolisme / abus de substances A P

Allergies A P

Anémie (fer) A P

Anxiété ou trouble panique A P

Troubles de l'appétit A P

Arthrite A P

Articulations douloureuses A P

Asthme A P

Ballonnements / Gaz A P

Blessures sérieuses A P

Cancer ou tumeurs A P

Champignons / infections fongiques A P

Constipation A P

Convulsions A P

Commotion cérébrale A P

Diabète A P

Diarrhée A P

Épilepsie A P

Epstein–Barr (mononucléose) A P

Engourdissements A P

Éruptions cutanées A P

Essoufflement A P

Excès de stress A P

Fatigue chronique A P

Faiblesse immunitaire A P

Fièvre anormale A P

Hépatite A A P

Hépatite B A P

Hépatite C A P

Herpès génital A P

Herpès buccal A P  
Hypertension artérielle A P  
Hypotension artérielle A P  
Hyperglycémie A P  
Hypoglycémie A P  
Infections de l'oreille A P  
Infections des voies urinaires A P  
Irrégularités menstruelles A P  
Maux de tête / Migraines A P  
Maux de gorge A P  
Maux bas du ventre (intestin) A P  
Maux à la poitrine A P  
Maux d'estomac A P  
Maladie cardiaque A P  
Papillomavirus (HPV) A P  
Perte de poids récente A P  
Problèmes liés à la ménopause A P  
Problèmes gynécologiques A P  
Problèmes respiratoires A P  
Problèmes d'audition A P  
Problèmes de vue A P  
Problèmes de mémoire A P  
Problèmes de sommeil A P  
Sclérose en plaques A P  
Sensibilités environnementales / produits chimiques A P  
Sueurs nocturnes A P  
SIDA (VIH) A P  
Vertiges A P  
Zona A P  
**Autre :** \_\_\_\_\_ A P

---

## C2) Système immunitaire

Allergies A P  
Maladies auto-immunes (préciser) A P  
« Attrapez tout » / Malade souvent A P  
Fatigue chronique A P

Rate hypertrophiée A P  
Maladie de Graves A P  
Problème de la thyroïde (préciser) A P  
Guérison lente des blessures A P  
Immunodéficience A P  
Infections (préciser) A P  
Fièvre récurrente / actuelle A P  
Lupus A P  
Mononucléose A P  
Polyarthrite rhumatoïde A P  
Maux de gorge A P  
Glandes lymphatiques enflées A P  
Cancer A P  
Maladie de Lyme A P  
Zona A P  
Varicelle A P  
Autre : \_\_\_\_\_ A P

---

### **C3) Peau**

Acné A P  
Furoncles A P  
Meurtrissures faciles A P  
Cheveux secs A P  
Peau sèche A P  
Eczéma / Psoriasis A P  
Chute de cheveux A P  
Impétigo A P  
Démangeaisons A P  
Cheveux gras A P  
Peau grasse A P  
Boutons A P  
Éruptions A P  
Cicatrices A P  
Sensibilité aux produits chimiques A P  
Plaies lentes à guérir A P

Varices  A  P

Autre : \_\_\_\_\_  A  P

#### **C4) Tête – yeux – oreilles – nez – gorge (ORL)**

Mauvaise vue  A  P

Cataractes  A  P

Glaucome  A  P

Taches devant les yeux (mouches, points noirs)  A  P

Vision floue  A  P

Douleur oculaire  A  P

Mauvaise audition  A  P

Maux d'oreilles  A  P

Acouphènes  A  P

Vertiges  A  P

Commotion cérébrale  A  P

Goût diminué  A  P

Mal de gorge  A  P

Mucosités dans la gorge  A  P

Amygdalite  A  P

Aphtes  A  P

Boutons de fièvre  A  P

Grincement de dents  A  P

Saignements de nez  A  P

Douleur au visage  A  P

Congestion des sinus  A  P

Sinusite chronique / à répétition  A  P

Difficulté à sentir (odorat)  A  P

Éternuements  A  P

Nez encombré  A  P

Nez qui coule  A  P

Glandes du cou enflées  A  P

**Autre / commentaires ORL :**

---

---

## C5) Système respiratoire

Asthme A P  
Bronchite A P  
Douleur thoracique A P  
Rhumes récurrents / actuels A P  
Grippes récurrentes / actuelles A P  
Toux qui ne part pas A P  
Liquide dans les poumons A P  
Rhume des foins A P  
Inflammation respiratoire A P  
Essoufflement A P  
Sensation de serrage des poumons A P  
Difficulté à respirer A P  
Difficulté à expirer A P  
Respiration sifflante A P  
Tuberculose A P

**Muqueuses (cochez tout ce qui s'applique) :**  Clair  Vert  Jaune  Épais / collant

Mince / coulant

**Période la pire (entourer) :** Matin / Après-midi / Soir / Nuit

**Déclencheurs identifiés (aliments, environnement, situations) :**

---

---

**Ce qui vous aide :**

---

---

## C6) Santé cardiovasculaire

Arythmies (battements irréguliers) A P  
Artériosclérose A P  
Écchymoses faciles A P  
Saignements faciles A P  
Fragilité capillaire A P  
Arrêt cardiaque (antécédent) A P  
Douleurs à la poitrine A P  
Diformités congénitales A P  
Insuffisance cardiaque congestive A P

Œdème (enflure) A P  
Tachycardie (battements rapides) A P  
Infarctus du myocarde (crise cardiaque) A P  
Battements « forts » (entendus dans les oreilles / ailleurs) A P  
Irrégularités cardiaques A P  
Souffle au cœur A P  
Hypertension artérielle A P  
Ischémie A P  
Pression artérielle faible (hypotension) A P  
Prolapsus de la valve mitrale A P  
Palpitations A P  
Péricardite A P  
Mauvaise circulation A P  
Rhumatisme articulaire aigu A P  
Bradycardie (battements lents) A P  
Accident vasculaire cérébral (AVC) A P  
Varices A P

**Si problèmes connus :**

- **Fréquence cardiaque au repos :** \_\_\_\_\_ bpm
- **Tension artérielle moyenne :** \_\_\_\_\_ (ex. 120/80)
- **Cholestérol (si connu) :** \_\_\_\_\_
- **Traitements / suivi :**  
\_\_\_\_\_

---

---

## C7) Système nerveux & stress

Anxiété A P  
Crises de panique A P  
Difficulté à s'endormir A P  
Ne peut pas rester endormi A P  
Sentiment de stress constant A P  
Difficulté à se concentrer A P  
« Cerveau dans le brouillard » A P  
Peurs excessives A P

Dépression  A  P  
Peur d'affronter un nouveau jour  A  P  
Trouble dépressif saisonnier  A  P  
Sautes d'humeur soudaines  A  P  
Pensées suicidaires  A  P  
Manie  A  P  
Pensées obsessionnelles  A  P  
Perte de mémoire  A  P  
Bipolaire  A  P  
Paranoïa  A  P  
Hallucinations  A  P  
Nervosité  A  P  
Engourdissements  A  P  
Douleurs constantes  A  P  
Spasmes involontaires  A  P  
Raideurs musculaires excessives / constantes  A  P  
Névralgies  A  P  
Problèmes de nerfs (préciser)  A  P  
Sciatique (préciser)  A  P  
Bursite / Tendinite (préciser)  A  P  
Détérioration de la coordination (préciser)  A  P

#### **Habitudes de sommeil (échelle 1 = rarement → 5 = très souvent)**

- S'endort vite (1–5) - Dort toute la nuit (1–5)
- Difficile de s'endormir mais reste endormi (1–5)
- Réveils nocturnes pour uriner (1–5)
- Sommeil agité (1–5) - Sommeil réparateur (1–5)
- Difficile de se réveiller (1–5)

**Heure du coucher :** \_\_\_\_\_ **Heure du lever :** \_\_\_\_\_

**Heures de sommeil nécessaires pour être reposé·e :** \_\_\_\_\_

**Vous sentez-vous reposé·e le matin ?**  Oui  Parfois  Non

**Niveau d'énergie (1–10) :** \_\_\_\_\_

**Satisfait·e de votre énergie ? Décrivez :**

---

**Pics et creux d'énergie au quotidien :**

---

**Changement notable d'énergie (récent / passé) :**

---

**Événement(s) précédent ce changement :**

---

---

**Comment gérez-vous votre stress ?**

---

---

## **C8) Système digestif**

Changements des habitudes intestinales A P

Maladie de Crohn A P

Constipation A P

Diarrhée A P

Diverticulite A P

Troubles de l'alimentation (boulimie / anorexie / autres) A P

Flatulence / Gaz A P

Manque d'appétit A P

Calculs biliaires A P

Giardia A P

Brûlures d'estomac A P

Reflux A P

Hémorroïdes A P

Indigestion A P

SCI / Intestin irritable A P

Grand appétit A P

Problèmes de foie A P

Nausées A P

Douleur après les repas A P

Parasites A P

Maux d'estomac A P

Changement de poids soudain A P

Ulcère A P

Vomissements A P

**Selles par jour (cochez) :**  Lâches  Normales  Dures  Sang dans les selles

---

## C9) Reproductif – Homme

Hyperplasie bénigne de la prostate A P

Sang dans le sperme A P

Sang dans les urines A P

Difficulté à initier le jet A P

Dribble A P

Dysfonction érectile A P

Pensées sexuelles excessives A P

Uries fréquentes A P

Impuissance A P

Jet urinaire interrompu A P

Libido faible A P

Orchite A P

Éjaculation douloureuse A P

Douleur à la miction A P

Douleur au pénis A P

Douleur de la prostate A P

Douleur aux testicules A P

Vitalité faible A P

---

## C10) Reproductif – Femmes

### Symptômes / conditions

Douleurs mammaires A P

Kystes A P

Endométriose A P

Infertilité A P

Fausse-couche A P

Rapports sexuels douloureux A P

Tumeurs A P  
Fibromes A P  
PAP inhabituel A P  
Pertes vaginales anormales A P  
Sécheresse vaginale A P  
Infection vaginale A P  
Vaginite A P  
Cancer du sein A P  
Cystite interne A P  
Prolapsus pelvien A P  
Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) A P  
MST A P

### **Cycles menstruels**

Acné A P  
Saignements inter-menstruels A P  
Sautes d'humeur A P  
Ballonnements (ventre / mains) A P  
Ballonnements (pieds / chevilles) A P  
Cycle irrégulier A P  
Débit important A P  
Règles douloureuses A P  
Fringales A P  
Sensibilité des seins A P  
Insomnie A P  
Dépression A P  
Anxiété A P  
Problèmes intestinaux A P  
Endométriose A P

**Nombre moyen de jours de saignement :** \_\_\_\_\_

**Nombre de jours entre les menstruations :** \_\_\_\_\_

**Cycle :**  Régulier  Irrégulier

### **Ménopause**

Êtes-vous en :  Pré-ménopause  Péri-ménopause  Post-ménopause  
Muqueuse vaginale sèche A P  
Thérapie de remplacement hormonal (TRH) A P  
Bouffées de chaleur A P  
Sautes d'humeur A P

Sueurs nocturnes  A  P

Ostéoporose  A  P

Muscles endoloris  A  P

**Autre / traitement :**

---

#### **Contrôle des naissances (actuel)**

**Utilisez-vous une méthode contraceptive ?**  Oui  Non

Si oui, type (cochez) :  Pilule  Anneau  Injections  Stérilet  Préservatifs  Méthode naturelle  Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

#### **Grossesse**

Avez-vous déjà été enceinte ?  Oui  Non

**Naissances vivantes :** \_\_\_\_\_ **Fausses couches :** \_\_\_\_\_ **Interruptions :** \_\_\_\_\_

Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte actuellement ?  Oui  Non

**Problèmes d'infertilité ?**  Oui  Non — Détails :

---

#### **Transition de genre & hormones (si concerné·e)**

(*Si non applicable, cochez et passez à la suite*)  Non applicable

Prenez-vous actuellement des **hormones d'affirmation de genre** ?  Oui  Non

**Depuis quand ?** \_\_\_\_\_ **Quelles hormones ?** \_\_\_\_\_

**Vous sentez-vous soutenu·e dans vos décisions ?**

---

Avez-vous déjà utilisé des **hormones de transition** par le passé ?  Oui  Non

**Complications rencontrées (le cas échéant) :**

---

**Chirurgies d'affirmation de genre :**  Oui  Non — **Types :**

---

**Complications post-op (le cas échéant) :**

---

**Préoccupations / questions concernant transitions / chirurgies :**

---

---

## D. HABITUDES DE VIE & MODE DE SANTÉ

Cette section permet de comprendre votre rythme de vie, vos apports, votre niveau d'énergie et vos facteurs de stress afin d'adapter précisément les recommandations et produits.

### D1. Sommeil & récupération

#### Qualité du sommeil (choix unique)

Excellente     Moyenne     Mauvaise

#### Profil du sommeil (cochez tout ce qui s'applique)

Difficulté à m'endormir     Réveils nocturnes  
 Réveils pour uriner     Cauchemars / rêves intenses  
 Sommeil agité     Ronflements / apnée suspectée  
 Somnolence diurne     Siestes régulières  
 Autre : \_\_\_\_\_

#### Horaires & durée

- Heure moyenne du coucher : \_\_\_\_\_ h
- Heure moyenne du lever : \_\_\_\_\_ h
- Heures de sommeil / nuit : \_\_\_\_\_ h
- Vous sentez-vous reposé·e au réveil ?  Oui  Parfois  Non

#### Commentaires ou facteurs influents (écrans, café tard, stress, enfants, douleurs, etc.)

---

---

### D2. Alimentation & diète

#### Suivez-vous un régime particulier ?

Non  
 Végétarien     Végétalien     Sans gluten  
 Faible en glucides     Riche en fibres  
 Jeûne intermittent     Autre : \_\_\_\_\_

#### Allergies / intolérances alimentaires connues

---

**Digestion (choix unique)**

Excellente     Moyenne     Difficile     Variable

**Fréquences de consommation (S = Souvent / M = Modérément / J = Jamais)**

Catégorie	S	M	J
Café / Thé / Tisanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucres (bonbons, sodas, sirops)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool (tous types)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments transformés / Fast-food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruits & légumes frais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits laitiers (préciser) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légumineuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noix / Graines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viandes rouges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volailles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poisson / Fruits de mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Céréales complètes

Produits sans gluten (préciser) : \_\_\_\_\_

Aliments frits

Aliments fermentés (préciser) : \_\_\_\_\_

#### **Matières grasses (cochez celles utilisées couramment)**

Beurre  Margarine  Huiles (canola, soya, coton, maïs, palme)  
 Huiles (olive, coco, tournesol, chanvre)  Autre : \_\_\_\_\_

#### **À quoi ressemble votre semaine type ? (Déjeuner / Dîner / Souper)**

---

---

---

### **D3. Activité physique & mobilité**

#### **Pratique actuelle (choix unique)**

Aucune  Occasionnelle  2-3x / semaine  Quotidienne

#### **Types d'activité (cochez tout ce qui s'applique)**

Marche  Course  Vélo  Natation  
 Yoga / Pilates  Renforcement / Musculation  
 Sports d'équipe  Danse  Jardinage / Plein air  
 Étirements / Mobilité  Autre : \_\_\_\_\_

Durée moyenne par séance : \_\_\_\_\_ minutes

Douleurs ou limites à l'effort (articulations, souffle, vertiges, etc.)

---

#### **Nature du travail (choix unique)**

Sédentaire (assis la majorité du temps)  
 Actif (alternance marche / assis)  
 Physiquement exigeant (port de charges, postures, etc.)

## D4. Consommations (tabac, alcool, substances)

### Tabac

- Fumez-vous actuellement ?  Oui  Non
- Si Oui : depuis \_\_\_\_\_ ans      Quantité : \_\_\_\_\_ / jour
- Avez-vous fumé par le passé ?  Oui  Non

### Vapotage

Oui      Fréquence / type : \_\_\_\_\_  Non

### Alcool (choix unique)

Aucun     Occasionnel     Régulier — \_\_\_\_\_ verres / semaine

### Substances récréatives

Oui — Lesquelles & fréquence : \_\_\_\_\_  
 Non

*Pourquoi ?* Ces informations aident à prévenir les interactions (ex. teintures alcoolisées, plantes stimulant le système nerveux, hépatoprotection, etc.).

---

## D5. Énergie, stress & équilibre émotionnel

Niveau d'énergie global (1 = très bas → 10 = excellent) : \_\_\_\_\_ / 10

### Variations dans la journée (pics / creux, heures, déclencheurs)

---

Stress perçu (1 = aucun → 10 = intense) : \_\_\_\_\_ / 10

### Réactions au stress (cochez tout ce qui s'applique)

Insomnie     Tensions musculaires     Douleurs  
 Troubles digestifs     Irritabilité     Anxiété  
 Palpitations     Migraine     Grignotage / fringales  
 Autre : \_\_\_\_\_

### Stratégies de gestion du stress (respiration, nature, routine, soutien, etc.)

---

---

---

### **Soutien actuel (famille, amis, communauté, professionnel·le)**

---

---

## **D6. Bien-être, ressourcement & habitudes positives**

### **Activités / pratiques qui vous font du bien (cochez)**

Nature    Crédit / Musique / Art    Lecture  
 Méditation / Respiration    Prière / Spiritualité  
 Jardinage    Randonnée / Plein air  
 Communauté / Bénévolat    Animaux  
 Autre : \_\_\_\_\_

### **Trois mots pour décrire votre santé actuelle**

1. \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

### **Votre objectif personnel de bien-être (clair et concret)**

---

---

### **Changements réalistes que vous êtes prêt·e à essayer (1-2 actions)**

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

## **D7. Environnement & exposition (optionnel mais utile)**

### **Maison & travail (cochez tout ce qui s'applique)**

Moisissures suspectées / humidité    Produits chimiques / solvants  
 Parfums / assainisseurs d'air    Métaux lourds (exposition pro)  
 Eau non filtrée    Peintures / vernis récents  
 Autre : \_\_\_\_\_

### **Qualité de l'air / ventilation**

---

---

### **Qualité de l'eau (filtration, puits, municipal, etc.)**

---

---

## D8. Récapitulatif personnel (facultatif)

**Ce qui fonctionne bien pour moi en ce moment**

---

**Ce que je souhaite améliorer en priorité**

---

**Ce qui me freine / m'empêche d'avancer**

---

## E. Consentement & Confidentialité

*Ce document vise à assurer la transparence, la sécurité et la confidentialité dans le cadre de votre suivi en herboristerie.*

### 1. Nature du service

Je comprends que l'herboriste **Mariane Desjardins Roy** est une **herboriste certifiée, conseillère et enseignante en santé naturelle**, qui offre un accompagnement visant à soutenir le bien-être général à l'aide de plantes médicinales, de conseils d'hygiène de vie et d'outils naturels.

Je reconnaiss que :

- L'herboriste **n'est pas un médecin** et **ne pose aucun diagnostic médical**.
- Les recommandations proposées ne remplacent **ni un traitement médical**, ni un suivi professionnel.
- Les produits à base de plantes sont utilisés à des fins de **prévention, d'équilibre et de vitalité**, et non pour guérir ou traiter une maladie.

*Pourquoi ? → Cette section protège la relation professionnelle en clarifiant les limites du rôle de l'herboriste.*

## 2. Consentement éclairé

Je consens volontairement à recevoir :

- Une évaluation de mon état général et de mes habitudes de vie;
- Des informations et recommandations personnalisées sur les plantes médicinales, suppléments, alimentation et hygiène de vie;
- Des produits ou préparations naturelles adaptés à mon profil, lorsque applicable.

Je comprends que :

- Certaines plantes peuvent être **inappropriées pendant la grossesse, l'allaitement ou en cas de prise de médicaments.**
- Je dois informer l'herboriste **de tout changement de médication, d'état de santé ou de grossesse.**
- En cas d'effet indésirable, je dois **cesser l'utilisation du produit** et communiquer avec l'herboriste.

## 3. Confidentialité et protection des données

Je comprends que :

- Les informations fournies sont **strictement confidentielles** et conservées en sécurité au bureau de l'Herboristerie La Féé des Bois.
- Ces données ne seront **jamais partagées sans mon consentement écrit.**
- Je peux **accéder à mon dossier**, demander sa **correction** ou son **effacement** en tout temps.
- La durée de conservation de mes données ne dépassera **5 ans** après la dernière interaction, sauf obligation légale contraire.

**Responsable du dossier :**

Mariane	Desjardins	Roy,	Herboriste
34 chemin	Greermount,	Clarendon, QC	J0X 2Y0
Courriel :		herboristerielafeedesbois@hotmail.com	
Téléphone : 819-307-2093			

## 4. Engagement mutuel

Je m'engage à :

- Être honnête et transparente dans mes réponses;
- Respecter les indications d'usage des produits reçus;
- Consulter un professionnel de la santé si un problème médical survient.

L'herboriste s'engage à :

- Offrir un accompagnement personnalisé, sécuritaire et respectueux;
- Respecter la confidentialité de mes données;
- Expliquer clairement les objectifs, limites et usages des produits recommandés.

## 5. Consentement final

Je confirme avoir lu et compris les informations ci-dessus.  
 Je consens librement à l'évaluation et à la réception de recommandations en herboristerie.

Nom du client : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*Si la personne est mineure, signature du parent ou du tuteur légal :*

**Nom / Signature : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_**

## 6. Note importante

Les produits à base de plantes, tisanes, teintures ou préparations corporelles recommandés dans le cadre de l'Herboristerie La Fée des Bois sont **traditionnellement considérés comme sécuritaires** dans la pratique herboriste. Ils doivent être **utilisés selon les instructions** fournies. En cas d'effet inattendu, cessez l'utilisation et communiquez avec votre herboriste.