

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

Différences 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
Sauts 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
Sclatigue (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) précédant 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

Urines 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 : _____ **Fausse 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"/>
Oufs	<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 ☐ 2–3× / 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 ☐ Création / 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 reconnais 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 médical 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 Fée 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
34 chemin Greermount,
Courriel :
Téléphone : 819-307-2093

Roy, Herboriste
Clarendon, QC J0X 2Y0
herboristerielafeedesbois@hotmail.com

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