Questions pour paniers ASC

- Est-ce que votre inscription ASC est principalement pour votre usage personnel ou pour un usage familial ?
- Si vous vous êtes inscrits ASC format familial, veuillez indiquer les informations des membres de votre familles en précisant le nom de la personne quand il y a mention d'un problème particulier/prise de médicament, etc.
- Avez-vous déjà utilisé nos produits ?
- Si oui, lesquels ?
- Est-ce qu'il y a certains de nos produits dont vous savez déjà que vous :
 - aimeriez recevoir dans vos paniers :
 - ne pas recevoir :
- Avez-vous déjà utilisé des teintures ?
- Est-ce qu'il y a des plantes :
 - auxquelles vous réagissez mal ou dont vous n'aimez pas du tout le goût ; nommez svp :
 - dont vous raffolez du goût et/ou auxquelles votre corps répond très bien, aimeriez en découvrir plus dans cette catégorie ou goût, précisez svp :
- Est-ce qu'il y a des odeurs :
 - dont vous raffolez :
 - que vous détestez ou préférez éviter :
- Est-ce que vous avez déjà mal réagi à un ingrédient naturel (bicarbonate de soude, beurre de coco, huiles essentielles, huile de tournesol, etc), expliquez
- Livraison des paniers, veuillez sélectionner la méthode de collecte :
____ Via Postes Canada (prix de livraison inclus dans les paniers)
ou
Recevez 1 produit additionnel par panier si vous sélectionnez une des options suivantes :
 - ____ A la boutique de la ferme – 34 ch Greermount, Clarendon, Qc
 - ____ chez Multivert à Gatineau – 865 boul Maloney E, Gatineau, Qc
 - ____ au Marché de l'Outaouais - 71 rue Eddy, Gatineau (Hull), Qc
 - ____ à notre kiosque du Marché fermier Lansdowne - 1000 exhibition way, Ottawa

Praticiens

- Êtes-vous actuellement suivi par un professionnel de la santé :

Veillez noter lequel des types de professionnels de la santé que vous avez consultés.

_____ Praticien ayurvédique	_____ Psychiatre
_____ Chiropraticien	_____ Psychologue
_____ Physiothérapeute	_____ Médecin généraliste _____
_____ Herboriste	_____ Médecin(type) _____
_____ Homéopathe	_____ Médecine Chinoise Traditionnelle
_____ Naturopathe	_____ Conseiller spirituel
_____ Travailleur social	_____ Ergothérapeute
_____ Massothérapeute	

- Diagnostic médical connu: (veuillez inclure tout rapport de laboratoire si possible)

- Autre diagnostic :

- Médicaments et traitements actuels, y compris les 6 derniers mois et médicaments en vente libre:

- Avez-vous l'impression que l'un de ces médicaments vous a aidé :

- Hospitalisation. Nommez les circonstances dans lesquelles vous avez été hospitalisé et pourquoi (indiquez la date approximative et la durée du séjour)

- Veuillez indiquer la date et identifier le type de chirurgie:

- Veuillez indiquer les accidents majeurs et les dates:

- Veuillez indiquer les expériences traumatiques (divorce, perte d'emploi, décès, etc)
- Historique de famille important à savoir
- Historique vaccin
- Avez vous déjà réagi à des médicaments naturels ou synthétiques
- Avez vous des allergies, sensibilités ou infections connues
- Avez-vous une intoxication connue au métaux lourds, produits chimiques ou moisissures?

Antécédents de santé

Veuillez cocher l'un des symptômes ou maladies ci-dessous que vous avez ressentis. Utilisez un « A » pour actuellement et un « P » pour une expérience passée.

- Alcoolisme/abus de substances
- Allergies
- Anémie (fer)
- Anxiété ou trouble panique
- Appétit troubles
- Arthrite
- Articulations douloureuses
- Asthme
- Ballonnements/Gaz
- Blessures sérieuses
- Cancer ou tumeurs
- Champignon/infections fongiques
- Constipation
- Convulsions
- Commotion cérébrale
- Diabète
- Diarrhée
- Épilepsie
- Epstein-Barr
- Engourdissement
- Éruptions cutanées

- _____ Essoufflement
- _____ Excès de stress
- _____ Fatigue chronique
- _____ Faiblesses immunitaires
- _____ Fièvre anormal
- _____ Hépatite A
- _____ Hépatite B
- _____ Hépatite C
- _____ Herpès génital
- _____ Herpès buccal
- _____ Hypertension artérielle
- _____ Hypotension artérielle
- _____ Hyperglycémie
- _____ Hypoglycémie
- _____ Infections de l'oreille
- _____ Infections des voies urinaires
- _____ Irrégularités menstruelles
- _____ Maux de tête/migraines
- _____ Maux de gorge
- _____ Maux bas du ventre (intestin)
- _____ Maux à la poitrine
- _____ Maux d'estomac
- _____ Maladie cardiaque
- _____ Papillovirus
- _____ Perte de poids récente
- _____ Problèmes liés à la ménopause
- _____ Problèmes gynécologiques
- _____ Problèmes respiratoires
- _____ Problèmes d'audition
- _____ Problèmes de vue
- _____ Problème de mémoire
- _____ Problèmes de sommeil
- _____ Sclérose en plaque
- _____ Sensibilités environnementale/produits chimiques
- _____ Sueurs nocturnes
- _____ SIDA
- _____ Vertiges
- _____ Zona

Autre _____

Systeme immunitaire

Veillez marquer «A» pour une experience actuelle et «P» pour une experience passee.

- Allergies
- Maladies auto-immunes (precisez)
- Attrapez tout/Malade souvent
- Fatigue chronique
- Rate hypertrophiee
- Maladie de Graves
- Probleme de la thyroïde (precisez)
- Guerissez lentement
- Immunodeficiance
- Infections (precisez)
- Fievre recurrenente ou fievre actuellement
- Lupus
- Mononucléose
- Polyarthrite rhumatoïde
- Maux de gorge
- Enflure des glandes lymphatiques
- Cancer
- Maladie de Lyme
- Zona
- Varicelle

- Autre:
- Traitements:
- Avez-vous des inquietudes concernant votre systeme immunitaire ?

Peau

Veillez marquer «A» pour une experience actuelle et «P» pour une experience passee.

- Acnee
- Furoncles
- Meurtrissures (facilement)
- Cheveux secs
- Peau seche
- Eczéma/psoriasis
- Chute de cheveux
- Impetigo
- Qui demange
- Cheveux gras
- La peau grasse
- Boutons
- Eruptions cutanees
- Cicatrices
- Sensibilite aux produits chimiques
- Plaies lentes a guerir
- Varices

- Autres :
- Traitements :
- Avez-vous des inquiétudes concernant votre peau ?

Tête, yeux, oreilles, nez et gorge

Veillez marquer «A» pour une expérience actuelle et «P» pour une expérience passée.

- Mauvaise vue
- Cataractes
- Glaucome
- Taches devant les yeux (points noirs)
- Maux d'oreilles
- Vision floue
- Mauvaise audition
- Acouphènes
- Vertiges
- Commotion cérébrale
- Goût diminué
- Mal de gorge
- Muqueux dans la gorge
- Amygdalite
- Aphtes
- Boutons de fièvre
- Grincement de dents
- Saignements de nez
- Douleur au visage
- Douleur oculaire
- Congestion des sinus
- Sinusite chronique ou à répétition
- Difficulté à sentir
- Éternuements
- Nez encombré
- Nez qui coule
- Glandes enflées au niveau du coup

- Y a-t-il d'autres problèmes en relation avec la tête :
- Autres
- Traitements
- Avez-vous des inquiétudes concernant votre ORL (oreille, nez, yeux, tête)

Systeme Respiratoire

Veillez marquer «A» pour une expérience actuelle et «P» pour une expérience passée.

- Asthme
- Bronchite
- Douleur thoracique
- Rhume récurrent ou actuellement
- Grippe récurrente ou actuellement
- Toux qui ne part pas
- Liquide dans les poumons
- Rhume des foins
- Inflammation respiratoire
- Essoufflement
- Serré autour des poumons
- Difficulté à respirer
- Difficulté à expirer
- Respiration sifflante
- Tuberculose

- Autre
- Traitements
- Avez-vous beaucoup de congestion, quelle saison est-elle la pire et la meilleure ?
Qu'est-ce qui vous aide ?
- Qualité et/ou couleur des muqueuses
 Clair Vert Jaune
 Épais/collant Mince/coulant
- Pire le matin, l'après-midi, le soir, la nuit (encerclez) Avez-vous identifié les aliments, facteurs environnementaux ou situations qui aggravent votre respiration. Quels sont-ils?
- Avez-vous des inquiétudes concernant votre système respiratoire ?

Santé cardiovasculaire

Veillez marquer «A» pour une expérience actuelle et «P» pour une expérience passée.

- Arythmies (battement cardiaque irrégulier)
- Artériosclérose
- Écchymose facilement
- Saigne facilement
- Fragilité capillaire
- Arrêt cardiaque
- Douleurs à la poitrine
- Difformités congénitales
- Insuffisance cardiaque congestive
- Œdème
- Battement cardiaque rapide (tachycardie)
- Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

- _____ Battement de coeur fort (entendre dans les oreilles ou ailleurs corps)
- _____ Irrégularités cardiaques
- _____ Souffle au coeur
- _____ Hypertension artérielle
- _____ Ischémie
- _____ Pression artérielle faible
- _____ Prolapsus de la valve mitrale
- _____ Palpitation
- _____ Péricardite
- _____ Mauvaise circulation
- _____ Rhumatisme articulaire aigu
- _____ Battement cardiaque lent (bradycardie)
- _____ Accident vasculaire cérébral
- _____ Varices

- Autre :
- Traitements :
- Répondre aux questions suivantes seulement si problèmes connus :
 - Fréquence cardiaque au repos :
 - Tension artérielle (moyenne) :
 - Cholestérol :
 - Traitements :
- Avez-vous des inquiétudes concernant votre système cardio-vasculaire ?

Systeme nerveux et stress

Veillez marquer «A» pour une expérience actuelle et «P» pour une expérience passée.

- _____ Anxiété
- _____ Crises de panique
- _____ Difficulté à s'endormir
- _____ Je ne peux pas rester endormi
- _____ Sentiment de stress constant
- _____ Difficile de se concentrer
- _____ Cerveau dans le brouillard
- _____ Peurs excessives
- _____ Dépression
- _____ Peur d'affronter un nouveau jour
- _____ Trouble dépression saisonnier
- _____ Sauts d'humeur soudaines
- _____ Pensées suicidaires
- _____ La manie
- _____ Pensées obsessionnelles
- _____ Perte de mémoire
- _____ Bipolaire
- _____ Paranoïa

- _____ Hallucination
- _____ Nervosité
- _____ Engourdissement
- _____ Douleur – constante
- _____ Spasms involontaires
- _____ Raideurs musculaires excessives ou constante
- _____ Névralgies
- _____ Problèmes de nerf, précisez
- _____ Sciatique, précisez
- _____ Bursite/Tendinite, précisez
- _____ Détérioration de la coordination, précisez

Habitudes de sommeil

Sur une échelle de 1 (rarement) à 5 (très souvent)

- _____ S'endormir vite
- _____ Dormir toute la nuit
- _____ Difficile de s'endormir, mais rester endormi
- _____ Se réveiller pour uriner
- _____ Sommeil agité
- _____ Sommeil réparateur
- _____ Difficile de se réveiller
- _____ Heure du coucher
- _____ Heure du lever

Généralement, de combien d'heures de sommeil avez-vous besoin pour vous sentir reposé :

Vous sentez-vous reposé au réveil le matin :

Niveaux d'énergie de 1 à 10 :

Êtes-vous satisfait de votre niveau d'énergie, veuillez décrire.

Quels sont le point haut et le point bas de votre niveau d'énergie quotidien :

Votre niveau d'énergie a-t-il changé de manière significative à un moment donné récemment ou dans votre passé :

Qu'est-ce qui a précédé ce changement :

- Autre
- Traitements
- Décrivez votre niveau de stress de 1 à 10 (1 plus bas et 10 plus élevé)
- Qu'est-ce qui ne va pas avec votre corps lorsque les niveaux de stress sont élevés :
- Comment gérez-vous votre stress :
- Avez-vous des inquiétudes concernant votre système nerveux

Système Digestif

Veillez marquer «A» pour une expérience actuelle et «P» pour une expérience passée.

- Changements dans les habitudes intestinales
- La maladie de Crohn
- Constipation
- Diarrhée
- Diverticulite
- Troubles de l'alimentation (boulimie/anorexie/autres)
- Flatulence/Gaz
- Manque d'appétit
- Calculs biliaires
- Giardia
- Brûlures d'estomac
- Reflux
- Hémorroïdes
- Indigestion
- Syndrome du côlon irritable et/ou intestins irritable
- Grand appétit
- Problèmes de foie
- Nausée
- Douleur après avoir mangé
- Parasites
- Maux d'estomac
- Changement de poids soudain
- Ulcère
- Vomissement

- Nombre de selles par jour
 Lâche Normal Dur Sang dans les selles

Régime

- Suivez-vous un régime spécial ? Oui Non
Si OUI, veuillez cocher correctement :
 Végétarien Végétalien Faible en gras
 Faible teneur en glucides Haute teneur en fibres Restriction calorique

Autre:

- Avez-vous déjà mangé, purgé ou restreint votre consommation de nourriture (précisez)

Diète

Types de liquides et quantités par jour :

Est ce que vous avez des allergies alimentaires connues

Est ce que vous consommez les produits suivant: Indiquez:

S= Souvent, M= Modérément, J=Jamais

Veuillez indiquer si biologique avec un = B

_____ Produits de soya _____ Viande(rouge) _____ Volailles _____ Poisson _____ Oeufs
_____ Produits laitiers (élaborez) _____ Légumineuses _____ Noix
_____ Bière _____ Vin _____ Alcool autres _____ Café _____ Thé _____ Tisanes
_____ Sucre _____ Bonbons _____ Soda _____ Sirop érable _____ Miel _____ Autres sucres
_____ Pains et pâtes blanches _____ Pains et pâtes grains entiers (élaborez)
_____ Céréales froides _____ Fermentation (élaborez)
_____ Riz et sous produits de riz _____ Produits sans gluten (élaborez)
_____ Aliments transformés _____ Fast food _____ Aliments frits _____ Restaurants
_____ Légumes cuits _____ Légumes crus _____ Fruit crus _____ Fruits séchés ou cuits
_____ Beurre _____ Margarine _____ Huile de canola, soya, coton, maïs, palme
_____ Huiles d'olive, coconut, tournesol, chanvre

A quoi ressemble votre diète sur une semaine

Déjeuner

Dîner

Souper

- Autre
- Traitements
- Avez-vous des inquiétudes concernant votre système digestif ?

Reproductif – Homme

Veillez marquer «A» pour une expérience actuelle et «P» pour une expérience passée.

- Hyperplasie bénigne de la prostate
- Sang dans le sperme
- Sang dans les urines
- Difficulté à faire couler l'urine
- Dribble
- Dysfonction érectile
- Pensées sexuelles excessives
- Urines fréquentes
- Impuissance
- Écoulement d'urine interrompue
- Libido faible
- Orchite
- Éjaculation douloureuse
- Douloureux d'uriner
- Douleur au pénis
- Douleur de la prostate
- Douleur aux testicules
- Vitalité faible

- Autre
- Traitements
- Votre région de la prostate vous fait-elle parfois mal ? Si oui, la douleur est-elle sourde, constante, lancinante ou aiguë ?
- Est-il parfois douloureux d'uriner – d'écrire la douleur
- Si vous avez plus de 50 ans, faites-vous un dépistage annuel du APS ?
- Avez-vous des soucis de santé concernant votre sexualité ou votre vitalité ?

Reproductif – Femmes

Veillez marquer «A» pour une expérience actuelle et «P» pour une expérience passée.

- Douleurs mammaires
- Kystes
- Endométriose
- Infertilité
- Fausse-couche
- Rapports sexuels douloureux
- Tumeurs
- Fibromes
- PAP inhabituelle
- Pertes vaginales anormales

- _____ Sécheresse vaginale
- _____ Infection vaginale
- _____ Vaginite
- _____ Cancer du sein
- _____ Cystite interne
- _____ Prolapsus pelvien
- _____ Maladie inflammatoire pelvienne (MIP)
- _____ MST

- Date du dernier PAP/résultats
- Date de la dernière mammographie

Cycles menstruels

- _____ Acné
- _____ Saignement entre les cycles
- _____ Sautes d'humeur
- _____ Ballonnements (mains, ventre)
- _____ Ballonnements (pieds, mains, chevilles)
- _____ Cycle irrégulier
- _____ Débit important
- _____ Règles douloureuses
- _____ Fringales
- _____ Sensibilité des seins
- _____ Insomnie
- _____ Dépression
- _____ Anxiété
- _____ Problèmes intestinaux
- _____ Endométriose

- Nombre moyen de jours pendant lesquels vous saignez
- Combien de jours environ entre les menstruations
- Régulier ou irrégulier

Ménopause

- Êtes-vous actuellement en pré, péri ou postménopause ?

- _____ Muqueuse vaginale sèche
- _____ La thérapie de remplacement d'hormone
- _____ Les bouffées de chaleur
- _____ Sautes d'humeur
- _____ Sueurs nocturnes
- _____ L'ostéoporose
- _____ Muscles endoloris

- Autre
- Traitement

Contrôle des naissances

- Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive

Si OUI : Quel type utilisez-vous

_____ Pilules contraceptives

_____ Anneau contraceptif

_____ Injections contraceptives

_____ Stérilet

_____ Préservatifs

_____ Suivi naturel

_____ Autres

Grossesse

- Avez-vous déjà été enceinte
- Nombre de naissances vivantes
- Nombre de fausses couches
- Nombre de résiliations
- Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte présentement
- Problèmes d'infertilité

Hormones pour la transition affirmant le genre

Si cela ne s'applique pas, veuillez cocher ici _____ et passer à la section suivante.

Prenez-vous actuellement des hormones pour affirmer votre genre ? Si OUI :

- Depuis combien de temps les prenez-vous
- Quelles hormones
- Vous sentez-vous soutenu dans vos décisions
- Avez-vous déjà utilisé des hormones de transition dans le passé ?
- Si OUI à votre consommation d'hormones passée ou actuelle, quels types de complications, le cas échéant, avez-vous expérimenté ?
- Quels types de chirurgie d'affirmation de genre avez-vous subies, le cas échéant
- Quels types de complications, le cas échéant, avez-vous rencontrées à la suite de telles interventions chirurgicales et/ou procédures ?
- Quelles préoccupations ou questions, le cas échéant, avez-vous concernant les transitions ou des opérations chirurgicales ?

Je consens par la présente à la réalisation d'une évaluation sur moi (ou sur la personne nommée ci-dessous dont je suis légalement responsable) et la réception d'informations concernant les plantes médicinales, les suppléments, l'alimentation et le mode de vie dans le but d'améliorer ma santé.

Les plantes médicinales, produits thérapeutiques et corporels qui peuvent être recommandés sont traditionnellement considérés comme sécuritaires dans la pratique de l'herboristerie. Je comprends que les plantes médicinales recommandées doivent être consommées ou appliquées selon les instructions, et que je dois immédiatement arrêter de les utiliser et informer l'herboriste de tout effet imprévu ou désagréable associé à l'utilisation des plantes/produits.

Je comprends que certaines plantes médicinales peuvent être inappropriées pendant la grossesse. J'informerai l'herboriste si je suis ou deviens enceinte.

Je comprends que certaines plantes médicinales peuvent affecter les médicaments. J'informerai l'herboriste si je commence une nouvelle médication.

Je comprends que tous mes dossiers seront gardés en sécurité et confidentiels, conformément aux directives fédérales, et que mes dossiers et autres informations ne seront pas divulgués ou divulgués sans mon consentement écrit.

Je comprends que Mariane Desjardins Roy est une HERBORISTE CERTIFIÉE, CONSEILLÈRE et ENSEIGNANTE en santé naturelle qui s'occupe strictement d'aider les gens à améliorer leur santé générale et leur forme physique grâce à une meilleure nutrition, amélioration du mode de vie, habitudes de santé et attitudes mentales positives.

Je comprends parfaitement que Mariane Desjardins Roy n'est PAS un médecin agréé et ne peut pas diagnostiquer maladies, prescrire des médicaments ou recommander des traitements pour des maladies spécifiques.

Je comprends que ces évaluations ne peuvent pas déterminer des pathologies spécifiques. ont et ne remplacent pas les services de diagnostic offerts par les médecins agréés.

Je comprends que Mariane Desjardins Roy ne prétend ni ne laisse entendre que toute instruction, conseil, suggestion, recommandation, service ou produit fourni, que ce soit en personne ou par courrier ou par téléphone, guérira, traitera, préviendra ou atténuera toute maladie condition mais sont fournis uniquement dans le but d'augmenter l'énergie, soutenant la fonction naturelle de systèmes corporel et améliorer autrement la santé et la forme physique en général.

J'ai lu et compris ce qui précède et j'accepte les termes et conditions fixés

J'ai reçu une copie de cet accord

Signature du client

Daté de ce _____