

QUESTIONNAIRE - RÉACTION ADVERSE

DÉMOGRAPHIE

- Quel est votre nom?
- Quel est votre numéro d'identification Wellness ?
- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre sexe biologique ?
- Quelle est votre race ?
- Quelle est votre origine ethnique ?

(Ces informations nous aident à comprendre comment chaque client métabolise les différents produits. Les mécanismes métaboliques diffèrent en fonction de l'âge, du sexe, de la race et de l'origine ethnique. Ces indicateurs nous aident à identifier les différentes prédispositions).

- Utilisez-vous d'autres produits dōTERRA ?
- SI OUI, quels produits et comment sont-ils utilisés?
- Utilisez-vous d'autres médicaments ? Si OUI, énumérez les médicaments.
- Avez-vous des allergies connues? Si OUI, quelles sont-elles?
- Souffrez-vous d'une maladie diagnostiquée ? Si OUI, quels sont-ils?
- Avez-vous des problèmes de santé sous-jacents/suspectés ? Si oui, quels sont-ils?
- Votre régime alimentaire, votre mode de vie ou de nouveaux produits ont-ils été modifiés récemment ? Si oui, quels sont-ils?

DÉTAILS SUR LE PRODUIT

- Quel(s) produit(s) a provoqué la réaction?
- Quel est le numéro de lot ?
- Quelle est la date de péremption ?
- Quel est le numéro de commande ?
- Quand avez-vous commencé à utiliser le produit ?
- Quand avez-vous cessé d'utiliser le produit ?
- Comment le produit a-t-il été utilisé ? (aromatique/topique/interne)

(PASSER si 3 produits ou plus sont déclarés en même temps)

Si Aromatique

- A quelle fréquence le produit a-t-il été diffusé ?
- Pendant combien de temps a-t-il été diffusé ?
- Quelle a été la quantité diffusée ?
- Le produit a-t-il été dilué ?

Si Topique

- Où le produit a-t-il été appliqué ?
- Combien de fois a-t-il été appliqué ?
- Quelle quantité a été appliquée à chaque fois ?
- Le produit a-t-il été dilué ?

Si Interne

- Combien de fois le produit a-t-il été pris ?
- Quelle quantité a été prise à chaque fois ?
- Le produit a-t-il été pris avec de la nourriture ?

RÉACTION INDÉSIRABLE

- Pouvez-vous décrire la réaction SPÉCIFIQUE ?
- Où se situe la réaction ?
- Quel est l'aspect de la réaction ?
- Comment la réaction a-t-elle été ressentie ?
- Pouvez-vous fournir des photos, des notes de médecin ou toute autre preuve relative à la réaction ? (OUI/NON) - SI OUI, envoyez un courriel à productcomplaint@doterra.com.
- Quand la réaction a-t-elle commencé (soyez PRÉCIS, combien de minutes/heures/jours/semaines) ?
- Quand la réaction s'est-elle résorbée (soyez PRÉCIS, combien de minutes/heures/jours/semaines) ?
- Combien de temps la réaction a-t-elle duré ? (préciser, combien de minutes/heures/jours/semaines) ?
- La réaction a-t-elle disparu après l'arrêt de l'utilisation du produit ? (OUI/NON)
- SI OUI, combien de temps s'est-il écoulé après l'arrêt de l'utilisation du produit ?
- Si vous avez cessé d'utiliser le produit et que vous avez recommencé, avez-vous eu la même réaction ? (OUI/NON)
- Avez-vous déjà eu ce type de réaction auparavant ? (OUI/NON)
- SI OUI, quelle a été la cause de la réaction ?
- Avez-vous reçu un traitement pour cette réaction ? (OUI/NON)
- SI OUI, quel traitement ?
- Avez-vous consulté un médecin ? (OUI/NON)
- Avez-vous consulté un hôpital ? (OUI/NON)
- SI OUI, avez-vous été hospitalisé pendant plus de 24 heures ? (OUI/NON)