

Les horaires de sommeil

► En semaine :

Heure de coucher : h

Heure de lever : h

En cas de sieste précisez les horaires : h à h

► Week-end :

Heure de coucher : h

Heure de lever : h

En cas de sieste précisez les horaires : h à h

Si plus de siestes, âge de l'arrêt des siestes : ans

Parcours sommeil

Qui avez vous déjà consulté ? Que s'est-il passé ?

.....
.....
.....
.....

Les antécédents

Médicaux *ex. prématurité, angines à répétition, reflux*

.....
.....

Chirurgicaux *ex. opéré des amygdales*

.....
.....

Traitement actuel *(médicaments autres)*

.....
.....

Les habitudes autour du sommeil

Âge auquel votre enfant a fait ses nuits

..... mois ans Jamais

Que faites-vous pour aider votre enfant à s'endormir ?

Rien

Je reste à ses côtés

Je dors avec lui

Je le berce / le promène

Je l'allaite / donne un biberon

Je lui donne une tétine

Je lui donne un traitement *précisez*

Autre *précisez*

Il s'endort < 30 min 30 à 60 min > 60 min

Que faites-vous lors des éveils nocturnes ?

.....
.....

Le trouble du sommeil

Il n'arrive pas à s'endormir

Il se réveille en pleine nuit

Il se réveille trop tôt

Il crie sans se réveiller

Son sommeil est décalé

Il dort trop

Autre problème *précisez*

Depuis le : / / (jj/mm/aaaa)

Comment décririez-vous le problème ? Que se passe-t-il, combien de fois par semaine et par nuit...

.....
.....
.....

Les conséquences du trouble du sommeil

Pendant la journée l'enfant est

fatigué/somnolent

énervé/agité

Rencontre-t-il des difficultés scolaires ? *précisez*

.....

Existe-t-il un retentissement sur le sommeil de votre famille ? *précisez*

.....

Les autres problèmes

Un ronflement	Des cauchemars en début de nuit
Du somnambulisme	Des cauchemars en fin de nuit
Une respiration bruyante	Une respiration irrégulière
Des régurgitations	Parle pendant son sommeil
Une respiration par la bouche	Crie pendant son sommeil
Un asthme	Un eczéma
Un sommeil agité	Une épilepsie
Des sueurs nocturnes	Des grincements des dents
Des pipis au lit	Autres :

L'alimentation

► Bébé : mon enfant est alimenté

Au sein	Biberons	Mixte
Tétées/biberons : / jour		
Quantité par biberon : ml		
Horaires : h h
..... h h h

► Enfant : Heures de repas de votre enfant

Petit-déjeuner : h	Déjeuner : h
Diner : h	Autre collation ex. gouter : h

Nous contacter :

fmc-ActioN - 3 rue La Fayette, 67100 STRASBOURG
www.fmcaction.org
Mail : info@fmcaction.org
Tél : 03 88 37 25 25 du lundi au vendredi de 9h à 17h