



À remplir de préférence le soir  
après avoir couché votre enfant  
ou au cours de la journée.



# APPRENDRE À DORMIR

	EXEMPLE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6	JOUR 7
<b>Comment s'est passé la nuit dernière,</b> combien y a-t-il eu de réveils signalés ?  Et combien de <b>temps ont-ils duré</b> approximativement ? (Les éveils signalés sont ceux qui ont nécessité votre intervention pour aider votre enfant à retrouver le sommeil)	2  10 min 15 min							
<b>Heure du lever ?</b>	7 h 15							
<b>Pour chaque sieste,</b> Notez l' <b>heure</b> ? Et la <b>durée</b> ?	9 h 15 > 1h30 13 h > 2h							
<b>Heure du coucher ?</b>  Notez aussi l' <b>heure d'endormissement si elle est différente de l'heure du coucher</b> . (Ceci permet de voir si le temps d'endormissement varie quand votre enfant s'endort en autonomie)	20 h  20 h 20							
<b>En minutes, estimez le temps d'endormissement ?</b>	20 min							
<b>Comment s'est passée la routine avant le coucher ?</b> Notez si vous n'avez pas pu effectuer la routine ou, au contraire, si les 15 minutes avant d'aller au lit se sont déroulées "comme sur des roulettes".								
<b>Comment s'est passé la journée ?</b> Notez l'état général de votre enfant ? Comme d'habitude ? Plus agité ? Plus colérique ? Fatigué ?								
<b>AUTRES facilitateurs ou perturbateurs du sommeil :</b> Notez, par exemple :								
★ Y a-t-il eu des conflits ou un événement pouvant <b>stresser ou rendre l'enfant plus émotif</b> ?	★ A-t-il/elle dormi dans son lit ou était-il en visite ? Autres changements dans son endroit pour dormir ? (i.e.: sentiment de sécurité, endroit plus chaud, etc.)							
★ Votre enfant a-t-il été exposé à un <b>écran moins d'une heure avant le coucher</b> ?	★ Ronflements ? Respiration la bouche ouverte pendant la nuit ? Pause dans la respiration ?							
★ A-t-il/elle joué dehors ou pris sa "dose" d'ensoleillement aujourd'hui ?	★ Terreurs nocturnes ? Cauchemars ?							
★ Est-il/elle <b>malade</b> ? Rhume ? Fièvre ? Etc.	★ <b>Toutes autres observations que vous jugez pertinentes</b> en lien avec les besoins personnels de votre enfant.							
★ A-t-il/elle pris des <b>médicaments prescrits ou en vente libre</b> qui pourraient affecter son sommeil (positivement ou négativement) ?								