

Modulo per la consulenza del sonno

Data	
Tipo di consulenza	<input type="checkbox"/> ambulatorio <input type="checkbox"/> visita a domicilio <input type="checkbox"/> colloquio personale <input type="checkbox"/> telefono <input type="checkbox"/> Skype
Orario	dalle ore alle ore
Nome madre Nome padre	<input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> presente
Nome bambino/a	<input type="checkbox"/> presente
Età bambino	
Fratelli	<input type="checkbox"/> presenti
Parto	<input type="checkbox"/> spontaneo <input type="checkbox"/> cesareo Problemi: Separazione dopo il parto:
Chiarito in anticipo?	<input type="checkbox"/> Misure di sicurezza del Bedsharing <input type="checkbox"/> Consulenza del sonno orientata al legame- scopi lungo termine
Condizioni di spazio/distribuzione durante la notte (chi dorme dove?)	Camera da letto dei genitori: Misura letto genitori: cm Camera bambini: Camera ospiti:
Allattamento al seno: L'allattamento in posizione sdraiata: Desiderio svezzamento:	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> comodo <input type="checkbox"/> non comodo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Orari di sonno	Andare al letto/Addormentamento: Svegliarsi di notte: Svegliarsi la mattina: Pisolini: Bisogno di sonno in 24 h:
Associazioni al sonno	<input type="checkbox"/> Seno <input type="checkbox"/> Biberon <input type="checkbox"/> In braccio <input type="checkbox"/> Altro
Associazioni del ritorno a dormire	<input type="checkbox"/> Seno <input type="checkbox"/> Biberon <input type="checkbox"/> In braccio <input type="checkbox"/> Altro
Lavoro genitori	Mamma: % Papa: %
Situazione accudimento giornaliero	<input type="checkbox"/> Asilo nido <input type="checkbox"/> Tata

Modulo per la consulenza del sonno

	<input type="checkbox"/> Nonni <input type="checkbox"/> Altro
Altri fattori d'influenza	<input type="checkbox"/> Sviluppo emotivo (paura dagli estranei/ di separazione ecc.) <input type="checkbox"/> Sviluppo motorio <input type="checkbox"/> Dentizione/ Infezioni acute / Malattie croniche <input type="checkbox"/> Crescita & Alimentazione <input type="checkbox"/> Personalità del bambino <input type="checkbox"/> Partner: qualità del sonno, atteggiamento, sostegno etc.. <input type="checkbox"/> Ambiente sociale (sostegno o stress?)
Altre Informazioni	
Esaurimento genitori	Mamma ☺ 0..1..2..3..4..5..6..7..8..9..10 ☹ Papa ☺ 0..1..2..3..4..5..6..7..8..9..10 ☹
Cosa pesa di più	la mamma: il papa:
Aspettative nei confronti della consulenza	Mamma: Papa:
Cosa vogliono i genitori realizzare/ diventare? (scopi a breve termine)	1. 2. 3. 4.
Articoli/altri informazioni (da mandare per Email dopo la consulenza)	
Feedback	