**Введение**

*Пожалуйста, расскажите немного о своем малыше. Если у вас несколько детей и их привычки сна похожи – описывайте их в одной форме, если же привычки серьезно отличаются – заполните, пожалуйста, отдельные формы для каждого.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Имена и Фамилии родителей** |  |
| **Как зовут вашего ребенка** |  |
| **Как вы ласково называете малыша☺** |  |
| **Контактный телефон** (мамы, папы) |  |
| **Скайп мамы** (родителя, который будет общаться) |  |
| **Электронная почта** |  |
| **Где вы живете в настоящее время** (регион, город) |  |
| **Это первый ребенок?** |  |
| **Течение беременности:** нормальное, с осложнениями (какие) |  |
| **Эмоциональное состояние мамы во время беременности** |  |
| **Как происходили роды:** естественные роды, КС, стимулирование, эпидуральная анестезия, другое (уточните) |  |
| **Оценка по шкале Апгар при рождении** |  |
| **Укажите возраст ребенка** |  |
| **Укажите дату рождения ребенка** |  |
| Если ребенок родился преждевременно и сейчас младше 2-х лет, пожалуйста, укажите, **на какой неделе он родился** |  |
| **Вес малыша сейчас**  **Вес малыша при рождении** |  |
| **Есть ли у ребенка какие-либо проблемы со здоровьем** (например – аллергия, неврологические диагнозы и т.д)?  **Если да, то укажите какие:** |  |
| **Пеленаете ли вы сейчас ребенка:** да/нет? |  |
| **Используете ли вы соску для ребенка:** да/нет?  **Если да, то в какое время:** день, ночь,  постоянно? |  |
| **Замечали ли вы, что ребенок храпит, часто дышит через рот:** да/нет? |  |
| **По шкале от 0 до 10 обозначьте уровень темноты в комнате, где спит малыш днем:** 0-очень светло, как днем; 10 – кромешная тьма |  |
| **По шкале от 0 до 10 обозначьте уровень темноты в комнате, где спит малыш ночью:** 0-очень светло, как днем; 10 – кромешная тьма |  |
| **По шкале от 0 до 10 обозначьте уровень тишины в комнате, где спит малыш днем:** 0-очень шумно; 10 – полная тишина |  |
| **По шкале от 0 до 10 обозначьте уровень тишины в комнате, где спит малыш ночью:** 0-очень шумно; 10 – полная тишина |  |

**Развитие малыша и его характер (темперамент):**

*Расскажите нам немного о характере и темпераменте малыша (например, гибкий, настойчивый, возбудимый, стеснительный, смелый, общительный, много плачет/не плачет).*

|  |
| --- |
|  |

*Так же расскажите на каком этапе развития сейчас находится малыш (переворачивается, ходит, говорит и т.д.)*

|  |
| --- |
|  |

****

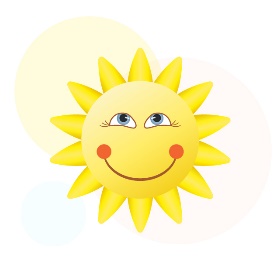
**Цели:**

*Каковы ваши краткосрочные цели?*

|  |
| --- |
|  |

*Если отличаются – каковы долгосрочные цели для коррекции привычек сна ребенка?*

|  |
| --- |
|  |

**Ожидания:**

*Помогите нам персонализировать вашу программу в длительности. Как ВЫ думаете, сколько займет внедрение программы с учетом характера малыша и вашего стиля воспитания, которые вы описали?*

*Обычно, методики «без слез» занимают немного дольше. Расскажите, по вашему мнению, насколько терпеливой можете быть ВЫ во время внедрения программы. В какой момент вы решите, что программа не работает?*

|  |
| --- |
|  |

*Допускаете ли вы возможность «откатов назад» в достигнутом прогрессе?*

|  |
| --- |
|  |

**История формирования привычек сна:**

*Расскажите нам все, что вам кажется важным о текущих сложностях со сном малыша. Мы зададим дополнительные вопросы, если нам будет недостаточно предоставленной информации. Не бойтесь «перегрузить подробностями», но и все-все скорее всего рассказывать не придется ☺. Для нас важно увидеть ваш обычный день (даже если он не совсем одинаковый из раза в раз), а также понять, что важно именно для вашей семьи.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Как долго у ребенка наблюдаются сложности**  **со сном**? |  |
| **Опишите, где сейчас спит ваш ребенок**  (например, в своей кроватке, в вашей кровати,  в люльке у вас в комнате и т.д.) |  |
| **Если отличается – где бы вы хотели,**  **чтобы ребенок спал**? (например, в своей кроватке в вашей комнате или в отдельной комнате) |  |
| **Перечислите все, что лежит в кроватке**  **у ребенка** (например, мягкие бортики, игрушки, мобиль, одеялко) |  |
| **Ночное укладывание – опишите типичный**  **вечер**. **Как вы укладываете малыша?**  **Спит он или бодрствует, когда вы кладете**  **его в кровать и уходите (если уходите)?** |  |
| **Есть ли у малыша ночные пробуждения и как вы укладываете после ночных пробуждений?** |  |
| **Бывают ли у малыша очень ранние пробуждения в 4-5 утра, после которых ребенок не засыпает?** |  |
| **Дневной сон – как долго, сколько раз и**  **где спит малыш. Как вы его укладываете**  **на дневной сон?** |  |

**Дополнительная информация**

*Какие действия вы предпринимали для улучшения сна ребенка (если предпринимали)? Если вы что-то предпринимали – что и какова была реакция ребенка?*

|  |
| --- |
|  |

****

**Текущий распорядок дня:**

*Сложился ли у вас ритуал отхода ко сну? Если да – опишите его, пожалуйста.*

|  |
| --- |
|  |

*Опишите ваш примерный режим дня, включите примерное время, в которое вы кормите ребенка, укладываете на дневной/ночной сон, когда он просыпается*

**Пример:**

|  |  |
| --- | --- |
| 6:30 | подъем |
| 7:30 | Завтрак |
| 9:00-10:00 | 1й дневной сон |
| 10:00- 12:15 | Бодрствование – игры, прогулки |
| 12:15-12:45 | обед |
| 12:45-14:00 | 2й дневной сон |

**Ваш режим:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Важные условия в распорядке дня:**

*Пожалуйста, укажите постоянные события, которые важно учитывать в вашем распорядке. Например – нужно отвести/забрать старшего ребенка в школу/из школы, посещение вами спорт-зала и т.д.*

*Так же, работаете ли вы вне дома? Если да, то кто присматривает за ребенком в течение дня?*

|  |
| --- |
|  |

**Кормления**

*На каком типе вскармливания ребенок – искусственное, грудное, смешанное, общий стол? Сколько раз в день ребенок получает молоко и (если известно) в каком количестве?*

|  |
| --- |
|  |

*Если вы кормите из бутылочки – в каком объеме за раз? Включите другие детали о кормлениях, которые кажутся вам важными.*

|  |
| --- |
|  |

*Если есть ночные кормления или прикладывания, укажите, их примерное количество.*

|  |
| --- |
|  |

*Хотели бы вы оставить ночные кормления (укажите, сколько планируете оставить за ночь) или вы хотите убрать ночные кормления с началом работы по методике?*

|  |
| --- |
|  |

*Введен ли ребенку прикорм? Если да, то сколько раз в день и в каких количествах? Если нет, то в каком возрасте вы планируете начать?*

|  |
| --- |
|  |

****

**Ваша философия воспитания детей**

*Расскажите, как вы видите воспитание детей, ваше отношение к детскому плачу (когда вы в комнате и вне ее, утешаете сразу или даете немного поплакать), другую важную для вас информацию по теме.*

|  |
| --- |
|  |

*Как по вашему представлению пройдет этап внедрения программы по коррекции привычек сна?*

|  |
| --- |
|  |

****

**Текущее мамино состояние**

|  |  |
| --- | --- |
| **Есть ли у вас помощники?** |  |
| **Как бы вы описали свой уровень усталости**  **на текущий момент?** |  |
| **Можете ли вы всегда быстро уснуть, если**  **малыш спит?**  **Испытываете ли вы резкие перепады**  **настроения?** |  |
| **Есть ли отклонения в аппетите?** |  |
| **Поддерживает ли семья вашу работу над**  **детским сном?** |  |

*Как вы узнали о нас? (порекомендовала подруга, увидела рекламу в фейсбуке, доктор дал контакты и т.д.)*

|  |
| --- |
|  |

*Другая информация*

|  |
| --- |
|  |

** Можем ли мы цитировать вас?**

*Иногда мы находим интересную информацию в анкетах наших родителей. Эта информация может быть полезна другим семьям в качестве юмористической отдушины или как напоминание, что они не одиноки со своими сложностями. Мы НИКОГДА не указываем ваших имен, или имени ваших детей в таких цитатах, если на то не получено*

*конкретное разрешение.*

*Если вы не желаете, чтобы вас цитировали – мы с радостью сохраним все в полной конфиденциальности.*

|  |
| --- |
|  |