

Infant Sleep Documentation

"Staff shall physically check on sleeping infants every 15 minutes..."										
Community Care Licensing: Section 1596.81, Health and Safety Code										
Child's Name _____										
Date: _____										
Sleep start time:										
Sleep end time:										
Documentation time (every 15 min)										
Staff Initials										
Labored Breathing (Yes/No)	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Signs of Distress (Yes/No)	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
If yes, please list:										
Sleep Position:										
On stomach - rolled over to back										
On stomach - left on stomach										
On back										
Sleep start time:										
Sleep end time:										
Documentation time (every 15 min)										
Staff Initials										
Labored Breathing (Yes/No)	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Signs of Distress (Yes/No)	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
If yes, please list:										
Sleep Position:										
On stomach - rolled over to back										
On stomach - left on stomach										
On back										

Infant Sleep Documentation

"Staff shall physically check on sleeping infants every 15 minutes..."										
Community Care Licensing: Section 1596.81, Health and Safety Code										
Child's Name _____										
Date: _____										
Sleep start time:										
Sleep end time:										
Documentation time (every 15 min)										
Staff Initials										
Labored Breathing (Yes/No)	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Signs of Distress (Yes/No)	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
If yes, please list:										
Sleep Position:										
On stomach - rolled over to back										
On stomach - left on stomach										
On back										
Sleep start time:										
Sleep end time:										
Documentation time (every 15 min)										
Staff Initials										
Labored Breathing (Yes/No)	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Signs of Distress (Yes/No)	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
If yes, please list:										
Sleep Position:										
On stomach - rolled over to back										
On stomach - left on stomach										
On back										