

Nome: _____

Diário do Sono

Date:

Segunda

Terça

Quarta

Quinta

Sexta

Sábado

Domingo

Que horas você foi para a cama?							
Que horas você desligou as luzes para dormir?							
<u>Quanto tempo você demorou para iniciar o sono?</u> (1/2,1,2hs)							
Quantas vezes você acordou na noite passada?							
<u>Quanto tempo você ficou acordado ao longo da noite?</u> (tempo total dos despertares.)							
Que horas você acordou pela manhã?							
Que horas você se levantou da cama?							
Quantas horas você dormiu na noite passada?							
Fez uso de medicações para dormir (qual a dosagem):							