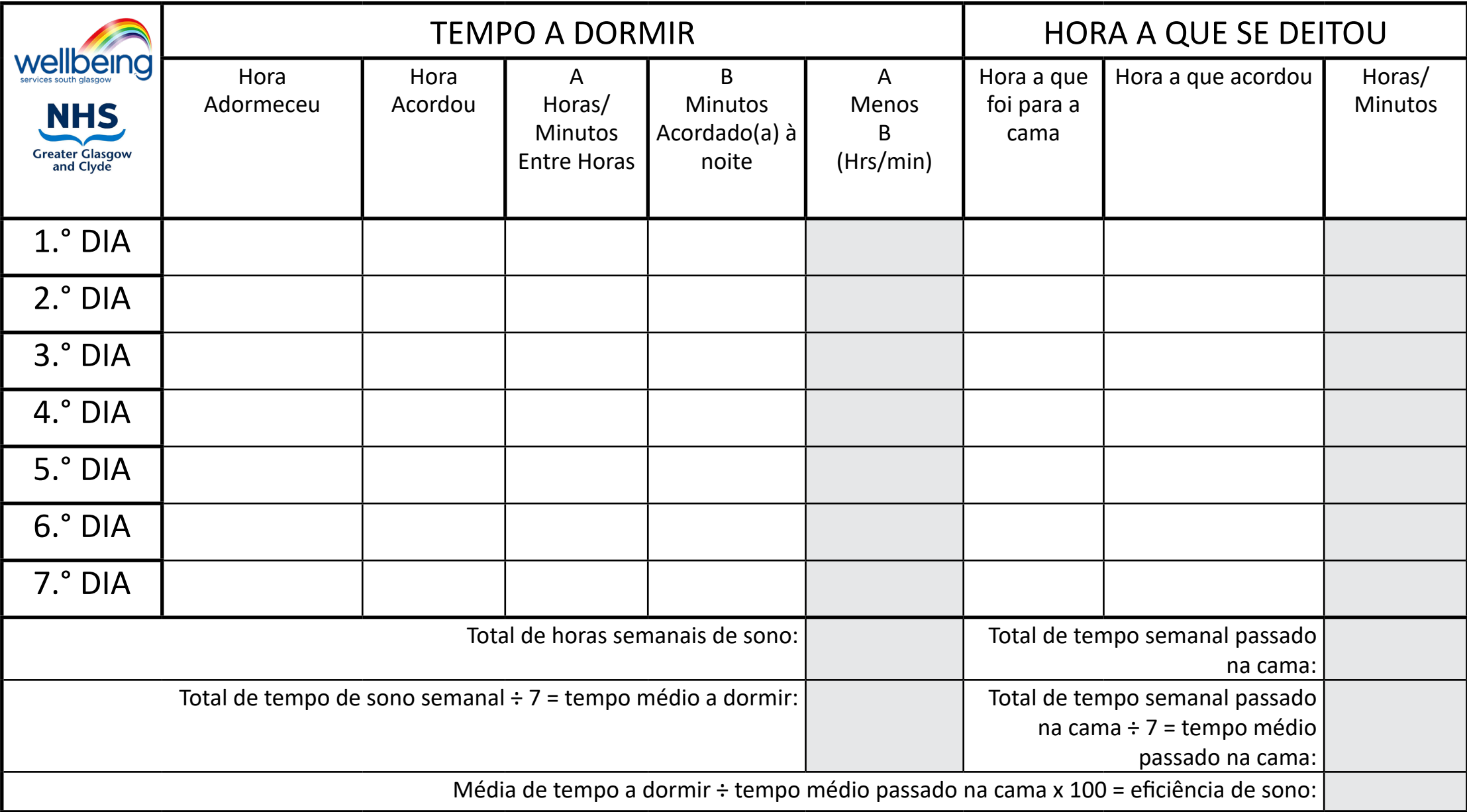


Diário de sono

Nome:

Data:





Antes de ir para a cama

Acordar na manhã seguinte

Notas adicionais

	Bebidas com cafeína? (hora em que bebeu a última)	Tomou medicamentos?	Exercício?	Sestas durante o dia?	Cansaço durante o dia? (numa escala até 10)	Quando acordei, senti-me...	O que me causou disrupção a noite passada?	Alguma outra coisa a assinalar?
1.º DIA								
2.º DIA								
3.º DIA								
4.º DIA								
5.º DIA								
6.º DIA								
7.º DIA								
Dicas:		Comprimidos para dormir? Medicamentos sem receita médica?	A que horas? Qual a intensidade?	Quantas? Qual a duração?		Refrescado(a)? Cansado(a)?	Ruído? Temperatura? Iluminação? Fome?	Refeição antes de ir dormir? Álcool? Rotina de preparar-se para ir dormir? Doença? Trabalho em turnos? Humor durante o dia? Despertador?