

# DIÁRIO DO SONO

Nome:

Diário do sono- D (para ser feito ao despertar com as informações da noite)

Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
1. A que horas você foi para a cama?						
2. A que horas você tentou dormir?						
3. Quanto tempo você demorou para adormecer?						
4. Quantas vezes você acordou, não considerando o último despertar?						
5. No total, quanto tempo duraram estes despertares?						
6a. A que horas foi o seu último despertar?						
6b. Após o seu último despertar, quanto tempo você ficou na cama tentando dormir?						
6c. Você acordou antes do horário que planejou?						
( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não	( ) sim ( ) não
6d. Se sim, quanto tempo antes?						
7. A que horas você saiu da cama para iniciar o dia?						
8. No total, quanto tempo você dormiu?						
9. Como você classifica a qualidade do seu sono? (Preencha com a letra correspondente para cada data) a) Muito ruim   b) Ruim   c) Regular   d) Bom   e) Muito bom						
10. Quão descansado ou alerta você se sentiu quando acordou para o seu dia? (Preencha com a letra correspondente para cada data) a) Nada descansado   b) Discretamente descansado   c) Um pouco descansado d) Descansado   e) Muito bem descansado						

**Diário do sono -N (para ser feito à noite com as informações do dia)**

11a. Quantas vezes você cochilou tentando ou sem querer?

--	--	--	--	--	--	--

11b. No total, quando tempo você cochilou (tentando ou sem querer)?

--	--	--	--	--	--	--

12a. Quantas bebidas contendo álcool você tomou?

--	--	--	--	--	--	--

12b. A que horas foi a sua última bebida alcoólica?

--	--	--	--	--	--	--

13a. Quantas bebidas com cafeína (café, chá, refrigerantes, energéticos) você tomou?

--	--	--	--	--	--	--

13b. A que horas foi sua última ingesta destas bebidas?

--	--	--	--	--	--	--

14. Você tomou alguma medicação prescrita ou não para ajudar no sono? Se sim, liste a medicação, a dose e o horário que tomou.

( ) sim ( ) não Medicamentos _____ _____ Dose _____ _____ Horário _____ _____	( ) sim ( ) não Medicamentos _____ _____ Dose _____ _____ Horário _____ _____	( ) sim ( ) não Medicamentos _____ _____ Dose _____ _____ Horário _____ _____	( ) sim ( ) não Medicamentos _____ _____ Dose _____ _____ Horário _____ _____	( ) sim ( ) não Medicamentos _____ _____ Dose _____ _____ Horário _____ _____	( ) sim ( ) não Medicamentos _____ _____ Dose _____ _____ Horário _____ _____	( ) sim ( ) não Medicamentos _____ _____ Dose _____ _____ Horário _____ _____
---	---	---	---	---	---	---

15. Uma hora antes de dormir, quais atividades você fez?

--	--	--	--	--	--	--

16. Comentários (se necessário)

--	--	--	--	--	--	--