Diário do Sono

SHELTER
PSIQUIATRIA & PSICOLOGIA

Nome: _____ **Mês:** _____

PROGRAMAÇÃO: Ir Dormir às _____ Levantar às_____

Completar Imediatamente após Acordar:

Dia da Semana/ Dia do mês	Seg /	Ter /	Qua /	Qui /	Sex /	Sáb /	Dom /	Média Não Preencher
1.Horário em que foi dormir: Horário que apagou as luzes no dia anterior (ontem):								
2.Horário em que se levantou: Horário em que saiu da cama de manhã								
3. Tempo na cama: Tempo entre dormir (1) e levantar (2) em min.	*OPCIONAL							
4.Tempo antes de adormecer: O tempo aproximado entre deitar e dormir de fato								
5.Número de vezes que acordou: Conte as vezes que acordou								
6.Duração de tempo acordado: Some os minutos em que você acordou à noite								
7*. Total Acordado no Horário do Sono: Tempo antes de dormir (4)+tempo acordado (6) em min ATENÇÃO: se acordar no meio da noite, sair da cama.	*OPCIONAL							
8*.Tempo total de sono: Tempo na Cama (3) menos o TTAC (7) em min	*OPCIONAL							

Completar Imediatamente antes de ir para a cama dormir:

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Média
Dia Comum (sim / não) Anote no verso porque não foi um dia comum								
Cansaço Nenhum 0-1 -2-3-4-5 Muito								
Estresse Nenhum 0-1 -2-3-4-5 Muito								
Sonolência Durante todo o Dia Nenhuma 0-1 -2-3-4-5 Muita								
Desatenção (falta de concentração) Nenhuma 0-1 -2-3-4-5 Muita								
Irritabilidade Nenhuma 0-1 -2-3-4-5 Muita								
Tempo em Atividades Físicas Atividades como caminhada ou hidro em min.								
Tempo Fora de Casa Horas que passou fora de casa, em horas								
Medicação para dormir Medicação que causa sono (sim/não)								
Dor Nenhuma 0-1-2-3-4-5 Intensa								
Saúde Sinto-me Bem 0-1-2-3-4-5 Mal								
Bebida Alcóolica Anote número de doses (1 dose= 300ml cerveja)								
Cochilos durante o dia Some os minutos em que você cochilou								
Café Anote o número de xícaras de café ingerido								
Cigarro à Noite Anote o número cigarros fumados durante a noite								