**Diário do Sono**

Date:

# Nome:

**Segunda Terça Quarta Quinta Sexta Sábado Domingo**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Que horas você foi para a cama? |  |  |  |  |  |  |  |
| Que horas você desligou as luzes para dormir? |  |  |  |  |  |  |  |
| Quanto tempo você demorou para iniciar o sono? (1/2,1,2hs) |  |  |  |  |  |  |  |
| Quantas vezes você acordou na noite passada? |  |  |  |  |  |  |  |
| Quanto tempo você ficou acordado ao longo da noite?(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): |  |  |  |  |  |  |  |