

Dormez là-dessus

JOURNAL DE SOMMEIL

	Exemple	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Date d'aujourd'hui (à remplir le matin) JJ/MM/AAAA	04/07/2020							
DURÉE DU SOMMEIL								
1. Heure au lit [HH : MM]:	22:15							
2. Heure du coucher (en essayant de s'endormir) [HH : MM]:	23:00							
3. Temps pris pour s'endormir [en min]:	15							
4. Nombre de réveils durant la nuit (sans compter votre réveil final):	2 fois							
5. Durée totale de ces éveils [en min]:	10							
6. A. Heure du dernier réveil [HH : MM]:	06:35							
B. Temps passé au lit en essayant de vous rendormir après votre dernier réveil? [en min]:	0							
C. Vous êtes-vous levé.e plus tôt que prévu? [Oui/Non]:	Oui							
D. Si oui, plus tôt de combien de temps? [en min]:	30							
7. Heure de sortie du lit aujourd'hui [HH : MM]:	06:45							
8. Durée totale de sommeil: (Temps passé au lit) – (temps pris pour s'endormir) – (durée des éveils) Exemple : (7 hrs 35 min) – (15 min) – (10 min) = 7 hrs 10 min [HH : MM]	07:10							
QUALITÉ DU SOMMEIL								
9. Qualité de votre sommeil [1=Très mauvaise; 5=Très bonne]:	2							
10. Sensation de repos à l'éveil [1=Pas du tout reposé.e; 9=Très reposé.e]:	3							
11. A. Rêve(s) ou cauchemar(s)? [Aucun / Rêve / Cauchemar]	Cauchemar							
B. Effet négatif de vos rêves ou cauchemars sur la qualité de votre sommeil? [1=Pas du tout; 9=Énormément]	6							
AUTRES INFORMATIONS								
12. A. Sieste hier durant la journée? [Oui/Non]	Oui							
B. Si oui, heure de la sieste [HH : MM]:	14:00							
C. Durée de la sieste [en min]:	15							
D. État de vigilance à votre réveil de la sieste [1=Somnolent.e et étourdi.e; 9=Alerte et vigilant.e]:	8							
13. A. Nombre de verres contenant de l'alcool consommés hier:	1 verre							
B. Heure du dernier verre [HH : MM]:	19:20							
14. A. Nombre de breuvages caféinés consommés hier (café, thé, soda, boissons énergisantes):	2							
B. Heure du dernier breuvage caféiné [HH : MM]:	15:00							

Dormez là-dessus

Démystifier le sommeil!

Proposer des solutions!

	Exemple	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
15. Médicaments ou produits naturels pour vous aider à dormir (avec ou sans prescription)? [Oui/Non] Si oui, faites une liste des médicaments, leurs doses, et l'heure de la prise. Médications: Dose: Heure [HH : MM]:	Non							

16. Commentaires ou notes personnelles: