

JOURNAL DE VEILLE-SOMMEIL DE 2 SEMAINES

Pour nous aider à évaluer votre problème de sommeil, veuillez remplir une colonne chaque jour pendant deux semaines.

SEMAINE N° 1	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6	JOUR 7
Avez-vous fait une sieste hier? Si oui, combien de fois dans la journée, et quelle était la durée estimée de chaque sieste?							
Indiquez tous les médicaments que vous avez pris hier (y compris les remèdes à base de plantes et les vitamines). Indiquez également toute consommation d'alcool, de nicotine ou de caféine dans les 6 heures précédant le coucher (n'oubliez pas que le chocolat et le cola contiennent de la caféine!)							
Heure du coucher hier soir?							
Heure à laquelle vous avez éteint la lumière?							
Temps estimé pour vous endormir?							
Estimez le nombre de fois où vous vous êtes réveillé. Si vous le savez, indiquez ce qui vous a réveillé.							
À quelle heure êtes-vous sorti du lit?							
Estimez votre nombre total d'heures de sommeil pendant la nuit.							
Évaluez la qualité de votre sommeil de 1 à 10. 1 = Mauvais 10 = Excellent							
Indiquez tout problème qui aurait pu affecter votre sommeil (crise d'asthme, cauchemar, stress, etc.)							

Name: _____ Date: _____