DZIENNICZEK SNU

Proszę uzupełniać poniższy dzienniczek snu regularnie, najlepiej godzinę po przebudzeniu, opisując poprzednią noc. Należy monitorować sen przez minimum 2 tygodnie, następnie skontaktować się z lekarzem. Jakość snu ostatniej nocy proszę ocenić w skali:
1 = jakość snu bardzo zła; 2 = zła; 3 = dostateczna; 4 = dobra; 5 = bardzo dobra

DATA	GODZINA PÓJŚCIA SPAĆ	GODZINA WSTANIA	ILE TRWAŁ SEN (w godzinach)	JAK DŁUGO TRWAŁO ZAŚNIĘCIE (w minutach)	JAKOŚĆ SNU

Proszę o udzielenie odpowiedzi na dodatkowe pytania:

- Czy w okresie wypełniania tabelki odbywał(a) Pan/Pani podróże z przekroczeniem stref czasowych? TAK/NIE
- Czy w okresie wypełniania tabelki pracował(a) Pan/Pani w godzinach narzuconych odgórnie przez pracodawcę, innych niż między 08.00 a 20.00? TAK/NIE

Imię i nazwisko pacjenta .....

Wiek .....

Copyright © Medical Topics Sp. z.o.o.
Wszelkie prawa zastrzeżone.

MEDICAL TOPICS