

Imię i nazwisko:  
Nr tygodnia terapii:

wskazana godzina zasypiania:  
wskazana godzina wstawania:

	Dziennik snu	Dzień 1 data	Dzień 2 data	Dzień 3 data	Dzień 4 data	Dzień 5 data	Dzień 6 data	Dzień 7 data	średnia
1.	Godzina o której obudziłeś się dziś rano (ostatnie obudzenie)								NIE
2.	Godzina o której wstałeś dziś z łóżka								NIE
3.	Godzina o której położyłeś się do łóżka wczoraj wieczorem								NIE
4.	Godzina o której zgasiłeś światło wczoraj wieczorem (aby zasnąć)								NIE
5.	<b>Jak długo zajęło ci ażeby zasnąć wieczorem (SL)</b>								
6.	<b>Ilość godzin, które spędziłeś w nocy nie mogąc zasnąć po wybudzeniu (łącznie, wskaźnik WASO)</b>								
7.	<b>Ile czasu łącznie spędziłeś w łóżku? (wskaźnik TIB wyliczamy według wzoru: 2 – 3)</b>								
8.	<b>Jak długo w tym czasie spałeś? (wskaźnik TST)</b>								
9.	<b>Efektywność snu w % (wyliczamy według wzoru: 8/7 *100)</b>								
	Ile napojów alkoholowych piłeś wczoraj wieczorem								NIE
	Ile napojów kofeinowych piłeś wczoraj								NIE
	Leki nasenne (T/N)								NIE
	Drzemki w ciągu dnia (T/N)								NIE
10.	Jak bardzo wypoczęty czułeś się rano? (0-10)								
11.	Czy twój sen był wysokiej jakości? (0-10)								

