



Institut SOMNA

JOURNAL DU
SOMMEIL

Prenez conscience de vos habitudes de sommeil





Institut SOMNA

Ce journal du sommeil, qui vous est offert par l'Institut SOMNA, peut être rempli sur une période de dix jours, soit avant de prendre rendez-vous ou pendant votre suivi en gestion naturelle du sommeil (somnothérapie).

Portez une attention particulière à ce que vous faites, mais aussi à ce que vous mangez, aux événements, à la météo, à la luminosité, etc. Nous pourrions interpréter les résultats ensemble et en dégager des pistes pour améliorer rapidement votre sommeil!

Pour prendre rendez-vous: www.somna.ca

N.B. : L'Institut SOMNA utilise ce Journal du sommeil plutôt qu'un agenda de sommeil classique, pour la simple raison que nous ne voulons pas que vous regardiez l'heure la nuit ni ne focalisiez trop sur votre sommeil et sa durée, de sorte à éviter de nourrir une obsession anxieuse par rapport au sommeil. Nous cherchons plutôt à vous amener à prendre conscience de vos actions et habitudes afin d'en venir à considérer le sommeil comme partie intégrante de votre routine, au même titre que l'alimentation.



JOUR 1

Date

Heure lever

Médication? heure

Drogues? Cigarette? heure

Rituel lever? quoi / heure

Exercice / type / heure

Alimentation (solide et liquide : alcool, café, thé, boissons gazeuses et énergisantes, jus?) Quoi / quantité / heures

Extérieur ? heure / durée

Exposition lumière? heures / durée

Rituel coucher? quoi / heure

Heure coucher

Commentaires généraux sur :

1. SOMMEIL : durée et qualité / levers nocturnes? / Insomnie? * mentionnez, s'il y a lieu, les facteurs pouvant influencer votre sommeil : bruit, douleur, événement, stress, etc.
2. ÉVEIL : au cours de la journée (bien reposé, énergique, fatigué, amorphe, à quel moment?, etc.).

JOUR 2

Date

Heure lever

Médication? heure

Drogues? Cigarette? heure

Rituel lever? quoi / heure

Exercice / type / heure

Alimentation (solide et liquide : alcool, café, thé, boissons gazeuses et énergisantes, jus?) Quoi / quantité / heures

Extérieur ? heure / durée

Exposition lumière? heures / durée

Rituel coucher? quoi / heure

Heure coucher

Commentaires généraux sur :

1. SOMMEIL : durée et qualité / levers nocturnes? / Insomnie? * mentionnez, s'il y a lieu, les facteurs pouvant influencer votre sommeil : bruit, douleur, événement, stress, etc.
2. ÉVEIL : au cours de la journée (bien reposé, énergique, fatigué, amorphe, à quel moment?, etc.).

JOUR 3

Date

Heure lever

Médication? heure

Drogues? Cigarette? heure

Rituel lever? quoi / heure

Exercice / type / heure

Alimentation (solide et liquide : alcool, café, thé, boissons gazeuses et énergisantes, jus?) Quoi / quantité / heures

Extérieur ? heure / durée

Exposition lumière? heures / durée

Rituel coucher? quoi / heure

Heure coucher

Commentaires généraux sur :

1. SOMMEIL : durée et qualité / levers nocturnes? / Insomnie? * mentionnez, s'il y a lieu, les facteurs pouvant influencer votre sommeil : bruit, douleur, événement, stress, etc.
2. ÉVEIL : au cours de la journée (bien reposé, énergique, fatigué, amorphe, à quel moment?, etc.).

JOUR 4

Date

Heure lever

Médication? heure

Drogues? Cigarette? heure

Rituel lever? quoi / heure

Exercice / type / heure

Alimentation (solide et liquide : alcool, café, thé, boissons gazeuses et énergisantes, jus?) Quoi / quantité / heures

Extérieur ? heure / durée

Exposition lumière? heures / durée

Rituel coucher? quoi / heure

Heure coucher

Commentaires généraux sur :

1. SOMMEIL : durée et qualité / levers nocturnes? / Insomnie? * mentionnez, s'il y a lieu, les facteurs pouvant influencer votre sommeil : bruit, douleur, événement, stress, etc.
2. ÉVEIL : au cours de la journée (bien reposé, énergique, fatigué, amorphe, à quel moment?, etc.).

JOUR 5

Date

Heure lever

Médication? heure

Drogues? Cigarette? heure

Rituel lever? quoi / heure

Exercice / type / heure

Alimentation (solide et liquide : alcool, café, thé, boissons gazeuses et énergisantes, jus?) Quoi / quantité / heures

Extérieur ? heure / durée

Exposition lumière? heures / durée

Rituel coucher? quoi / heure

Heure coucher

Commentaires généraux sur :

1. SOMMEIL : durée et qualité / levers nocturnes? / Insomnie? * mentionnez, s'il y a lieu, les facteurs pouvant influencer votre sommeil : bruit, douleur, événement, stress, etc.
2. ÉVEIL : au cours de la journée (bien reposé, énergique, fatigué, amorphe, à quel moment?, etc.).

JOUR 6

Date

Heure lever

Médication? heure

Drogues? Cigarette? heure

Rituel lever? quoi / heure

Exercice / type / heure

Alimentation (solide et liquide : alcool, café, thé, boissons gazeuses et énergisantes, jus?) Quoi / quantité / heures

Extérieur ? heure / durée

Exposition lumière? heures / durée

Rituel coucher? quoi / heure

Heure coucher

Commentaires généraux sur :

1. SOMMEIL : durée et qualité / levers nocturnes? / Insomnie? * mentionnez, s'il y a lieu, les facteurs pouvant influencer votre sommeil : bruit, douleur, événement, stress, etc.
2. ÉVEIL : au cours de la journée (bien reposé, énergique, fatigué, amorphe, à quel moment?, etc.).

JOUR 7

Date

Heure lever

Médication? heure

Drogues? Cigarette? heure

Rituel lever? quoi / heure

Exercice / type / heure

Alimentation (solide et liquide : alcool, café, thé, boissons gazeuses et énergisantes, jus?) Quoi / quantité / heures

Extérieur ? heure / durée

Exposition lumière? heures / durée

Rituel coucher? quoi / heure

Heure coucher

Commentaires généraux sur :

1. SOMMEIL : durée et qualité / levers nocturnes? / Insomnie? * mentionnez, s'il y a lieu, les facteurs pouvant influencer votre sommeil : bruit, douleur, événement, stress, etc.
2. ÉVEIL : au cours de la journée (bien reposé, énergique, fatigué, amorphe, à quel moment?, etc.).

JOUR 8

Date

Heure lever

Médication? heure

Drogues? Cigarette? heure

Rituel lever? quoi / heure

Exercice / type / heure

Alimentation (solide et liquide : alcool, café, thé, boissons gazeuses et énergisantes, jus?) Quoi / quantité / heures

Extérieur ? heure / durée

Exposition lumière? heures / durée

Rituel coucher? quoi / heure

Heure coucher

Commentaires généraux sur :

1. SOMMEIL : durée et qualité / levers nocturnes? / Insomnie? * mentionnez, s'il y a lieu, les facteurs pouvant influencer votre sommeil : bruit, douleur, événement, stress, etc.
2. ÉVEIL : au cours de la journée (bien reposé, énergique, fatigué, amorphe, à quel moment?, etc.).

JOUR 9

Date

Heure lever

Médication? heure

Drogues? Cigarette? heure

Rituel lever? quoi / heure

Exercice / type / heure

Alimentation (solide et liquide : alcool, café, thé, boissons gazeuses et énergisantes, jus?) Quoi / quantité / heures

Extérieur ? heure / durée

Exposition lumière? heures / durée

Rituel coucher? quoi / heure

Heure coucher

Commentaires généraux sur :

1. SOMMEIL : durée et qualité / levers nocturnes? / Insomnie? * mentionnez, s'il y a lieu, les facteurs pouvant influencer votre sommeil : bruit, douleur, événement, stress, etc.
2. ÉVEIL : au cours de la journée (bien reposé, énergique, fatigué, amorphe, à quel moment?, etc.).

JOUR 10

Date

Heure lever

Médication? heure

Drogues? Cigarette? heure

Rituel lever? quoi / heure

Exercice / type / heure

Alimentation (solide et liquide : alcool, café, thé, boissons gazeuses et énergisantes, jus?) Quoi / quantité / heures

Extérieur ? heure / durée

Exposition lumière? heures / durée

Rituel coucher? quoi / heure

Heure coucher

Commentaires généraux sur :

1. SOMMEIL : durée et qualité / levers nocturnes? / Insomnie? * mentionnez, s'il y a lieu, les facteurs pouvant influencer votre sommeil : bruit, douleur, événement, stress, etc.
2. ÉVEIL : au cours de la journée (bien reposé, énergique, fatigué, amorphe, à quel moment?, etc.).