

# Agenda du sommeil



Cet agenda du sommeil est un outil très pratique pour mieux comprendre votre sommeil. Une meilleure connaissance peut vous aider à déterminer combien de temps vous dormez et quels sont les facteurs qui ont un effet positif ou négatif sur votre rythme de sommeil. Il peut également servir de support si vous souhaitez consulter un médecin ou un expert pour recevoir de l'aide.



## PÉRIODE

DU   |   AU   |

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
À COMPLÉTER AVANT DE SE COUCHER	À QUELLE HEURE VOUS ÊTES-VOUS COUCHÉ ?	<input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/>
	AVEZ-VOUS FAIT UNE SIESTE AUJOURD'HUI ?	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>
	CONSOMMATION D'ALCOOL	<input type="text"/> <input type="text"/> VERRE(S)	<input type="text"/> <input type="text"/> VERRE(S)	<input type="text"/> <input type="text"/> VERRE(S)	<input type="text"/> <input type="text"/> VERRE(S)	<input type="text"/> <input type="text"/> VERRE(S)	<input type="text"/> <input type="text"/> VERRE(S)
	SPORT	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>
	BOISSONS CAFÉINÉES (SODA/CAFÉ/THÉ)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	SOMNIFÈRE	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>
	AUTRES MÉDICAMENTS	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>   NON <input type="checkbox"/>
	À REMPLIR APRÈS S'ÊTRE LEVÉ	COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS MIS POUR VOUS ENDORMIR ?*	± <input type="text"/> <input type="text"/> MIN	± <input type="text"/> <input type="text"/> MIN	± <input type="text"/> <input type="text"/> MIN	± <input type="text"/> <input type="text"/> MIN	± <input type="text"/> <input type="text"/> MIN
À QUELLE HEURE VOUS ÊTES-VOUS RÉVEILLÉ ?*		<input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/>
COMBIEN D'HEURES AVEZ-VOUS DORMI ?*		<input type="text"/> <input type="text"/> H	<input type="text"/> <input type="text"/> H	<input type="text"/> <input type="text"/> H	<input type="text"/> <input type="text"/> H	<input type="text"/> <input type="text"/> H	<input type="text"/> <input type="text"/> H
RÉSULTATS	SUR UNE ÉCHELLE DE 1 À 10, ÉVALUEZ VOTRE NIVEAU DE REPOS AU RÉVEIL.**	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	SUR UNE ÉCHELLE DE 1 À 10, ÉVALUEZ LA QUALITÉ DE VOTRE SOMMEIL.**	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Cherchez dans cette barre les scores les plus bas. Tout résultat inférieur à 6 peut être mis en évidence et les facteurs susceptibles de l'influencer peuvent être recherchés. Si, ces jours-là, vous avez fait une sieste l'après-midi ou bu des boissons contenant de la caféine, essayez de les éviter et voyez si cela a un impact sur la qualité de votre sommeil.

\*Les heures sont des heures estimées. L'objectif n'est pas de regarder en permanence votre réveil pour remplir votre agenda du sommeil.  
\*\*1 = Très mauvais / 10 = Très bon