

Име:, години

Начална дата:г.

Крайна дата:г.

Информация за деня (попълва се вечер преди лягане)					Информация за нощта (попълва се сутрин след ставане от сън)							
Дата	Оценка на умората*	Дремки (начален и краен час)	Прием на кофеинови напитки (час, вид, количество), лекарства за сън (име, доза) или алкохол (количество)	Час на гасене на лампите и лягане	Колко време Ви отне да заспите?	Колко пъти се будихте през нощта?	Колко време прекарахте буден през нощта, след първоначалното заспиване?	Час на последното сутрешно събуждане	Час на ставане от леглото	Общо време-траене на съня	Как оценявате съня си: 1 - много лош 2 - лош 3 – „средна хубост” 4 - добър 5 - отличен	Чувствате ли се отпочинал: 1 – никак 2 – малко 3 – умерено 4 – по-скоро да 5 – да, напълно

*** Скала за оценка на умората**

Оценка на умората	100	75	50	25	0
Субективно чувство	изключително изморен	умерено изморен	леко изморен	умерено енергичен	изключително енергичен

