

## JOURNAL

# VEILLE/SOMMEIL

|   |  |
|---|--|
| <b>NOM</b>  |  |
| <b>DATE ET JOUR</b>   |  |
| Heure du lever ce matin ?                                   |  |
| Heure du coucher hier soir ?                                |  |
| Nombre de minutes avant de s'endormir ?                     |  |
| Nombres de réveils la nuit ?                                |  |
| Durée totale de réveil durant la nuit ?                     |  |
| Durée totale en heures/minutes du sommeil ?                 |  |
| Utilisation d'alcool ?<br>Quel type et en quelle quantité ? |  |
| Somnifère ?<br>Type et quantité ?                           |  |

## QUALITÉ DU SOMMEIL

|                                      |                  |          |          |          |           |
|--------------------------------------|------------------|----------|----------|----------|-----------|
| Comment vous sentiez-vous ce matin ? | <b>0</b>         | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b>  |
|                                      | Pas bien du tout | Pas bien | Moyen    | Bien     | Très bien |

|   |                       |          |          |          |                |
|---|-----------------------|----------|----------|----------|----------------|
| Dans quelle mesure votre sommeil de la nuit passée a t'il été bénéfique ? | <b>0</b>              | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b>       |
|   | Pas du tout bénéfique | Pas bien | Moyen    | Bien     | Très bénéfique |

|   |            |          |          |          |             |
|---|------------|----------|----------|----------|-------------|
| Dans quelle mesure aviez-vous des ruminations la nuitée passée? | <b>0</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b>    |
|   | Enormément | Beaucoup | Moyen    | Peu      | Pas du tout |

|   |            |          |          |          |             |
|---|------------|----------|----------|----------|-------------|
| Dans quelle mesure étiez-vous tendu la nuit passée? | <b>0</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b>    |
|   | Enormément | Beaucoup | Moyen    | Peu      | Pas du tout |

|  |                  |          |          |          |           |
|--|------------------|----------|----------|----------|-----------|
| Dans quelle mesure votre fonctionnement était-il satisfaisant le jour d'après? | <b>0</b>         | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b>  |
|  | Pas bien du tout | Pas bien | Moyen    | Bien     | Très bien |

|   |  |
|---|--|
| Donnez votre estimation de votre degré de détente ou d'anxiété/tension avant d'aller dormir sur une échelle de 0 (extrêmement tendu) à 10 (détendu) |  |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| Donnez votre estimation concernant votre humeur sur une échelle de 0 (très sombre) à 10 (très bonne) avant d'aller dormir. |  |
|--|--|

Merci pour votre collaboration.