

Diario del Sonno

14 giorni per osservare le tue notti con più chiarezza.

Un diario del sonno è un modo pratico per riconoscere orari, abitudini e regolarità. Non serve controllare continuamente l'ora: le risposte sono stime da annotare al risveglio.

COME SI COMPILA

1. Compila ogni giorno al mattino, pensando alla notte appena trascorsa.
2. Scrivi orari approssimativi e minuti stimati: non serve precisione al secondo.
3. Usa le note per ricordare fattori insoliti (stress, turni, malessere).

Prima di iniziare

Nome o iniziali (facoltativo)

Periodo di osservazione

Ricorda questa distinzione

'Sono andato a letto alle 22:30' non equivale a 'ho provato a dormire alle 22:30'. Registra separatamente i due momenti quando possibile.

SCALA DI VALUTAZIONE

Qualità del sonno: 1 = molto scarsa | 5 = ottima

Energia diurna: 1 = molto bassa | 5 = molto alta

Quando chiedere aiuto

Se le difficoltà persistono, riducono la qualità della vita oppure compaiono forte sonnolenza o pause respiratorie riferite, confrontati con un professionista sanitario.

Registrazione giornaliera

01

GIORNO 01

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

02

GIORNO 02

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

Registrazione giornaliera

03

GIORNO 03

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

04

GIORNO 04

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

Registrazione giornaliera

05

GIORNO 05

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

06

GIORNO 06

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

Registrazione giornaliera

07

GIORNO 07

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

08

GIORNO 08

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

Registrazione giornaliera

09

GIORNO 09

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

10

GIORNO 10

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

Registrazione giornaliera

11

GIORNO 11

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

12

GIORNO 12

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

Registrazione giornaliera

13

GIORNO 13

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

14

GIORNO 14

Data: _____

Ora in cui vado a letto

Provo a dormire (ora)

Tempo per addormentarmi (min)

Risvegli notturni (n.)

Tempo sveglia totale (min)

Risveglio finale (ora)

Mi alzo dal letto (ora)

Sonnellini (durata)

Ultima caffeina (ora)

QUALITÀ DEL SONNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ENERGIA DURANTE IL GIORNO

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

NOTE (eventi, stress, attività, farmaci, malessere o altri fattori)

Riepilogo delle due settimane

Osserva gli andamenti, non giudicare una singola notte.

GIORNO	DATA	QUALITÀ	ENERGIA	OSSERVAZIONI
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				

Che cosa noti?

Regolarita' degli orari, caffeina, sonnellini, risvegli, giorni più riposanti.

Questo diario aiuta a descrivere il sonno percepito, ma non fornisce una diagnosi.