SIMONE PREZOTTI

MEDICINA DO SONO E PNEUMOLOGIA

Cartão **do Sono**

Este é o seu Cartão do Sono. Preencha as informações e entregue junto com o material da Polissonografia.

Data: ____ /____ /____

NOME COMPLETO

_____

_____

TOMOU ALGUM MEDICAMENTO NAS ÚLTIMAS 24 HORAS? QUAIS? _____

_____

QUE ATIVIDADES FEZ NA 01 HORA QUE ANTECEDEU O SEU HORÁRIO DE DEITAR HOJE?

☐ LER ☐ VER TV ☐ TRABALHAR

☐ USAR CELULAR/ TABLET/ COMPUTADOR

☐ GINÁSTICA ☐ BANHO ☐ JANTAR

HORÁRIO EM QUE FOI DEITAR PARA DORMIR _____ ☐ :

HORÁRIO EM QUE LEVANTOU DEFINITIVAMENTE PELA MANHÃ _____ ☐ :

QUANTO TEMPO VOCÊ ACHA QUE LEVOU PARA ADORMECER? _____ ☐ :

QUANTAS VEZES ACORDOU À NOITE? _____ ☐

SEU SONO FOI PERTURBADO POR ALGUMA COISA? (ANOTE FATORES QUE POSSAM TER ATRAPALHADO O SEU SONO ESTA NOITE, COMO POR EXEMPLO: DORES, FRIO, CALOR, TOSSE, IDAS AO BANHEIRO, SEDE, FOME, BARULHOS).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

OBRIGADA!

SIMONE PREZOTTI
MEDICINA DO SONO E PNEUMOLOGIA