



**VYTA**  
LONGEVITY  
Lifestyle



Iniziali: Cognome ..... Nome .....

Sesso: ..... F / M

Età : ..... anni

Data inizio: .../.../.....  
gg/mm/aaaa

Data fine: .../.../.....  
gg/mm/aaaa

## DIARIO DEL SONNO

Il diario, di intuitiva e rapida compilazione, consente un monitoraggio della quantità e della qualità del sonno, delle ricadute sulla routine quotidiana diurna e annota eventuali modifiche comportamentali.

Rappresenta per il Neurologo un prezioso strumento per una diagnosi ed un trattamento personalizzati

	DOMENICA		LUNEDÌ		MARTEDÌ		MERCOLEDÌ		GIOVEDÌ		VENERDÌ		SABATO	
ORA DI ANDATA A LETTO														
ORA DEL RISVEGLIO														
ORE DI SONNO EFFETTIVE														
NUMERO RISVEGLI NOTTURNI														
DOPO I RISVEGLI IL SONNO È RIPRESO SPONTANEAMENTE*?	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO
IL SONNO È STATO RISTORATORE?	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO
LAMENTA SONNOLENZIA DIURNA?	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO
LA RESPIRAZIONE DURANTE IL SONNO È STATA NORMALE**?	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO
HA ADOTTATO PROVVEDIMENTI***?														
COME SI SENTE OGGI?														
HA MODIFICATO QUALCHE ABITUDINE (ES. NUMERO/ORARIO DEI PASTI)?														

\* Sono stati necessari accorgimenti per riaddormentarsi (alzarsi dal letto, bere, etc.) oppure la ripresa del sonno è stata spontanea ?

\*\* Ci sono stati episodi di russamento ? O di risveglio improvviso con sensazione di soffocamento ?

\*\*\* Provvedimenti come assunzione di integratori, farmaci o altri rimedi





**VYTA**  
LONGEVITY  
Lifestyle



## Seconda settimana

	DOMENICA		LUNEDÌ		MARTEDÌ		MERCOLEDÌ		GIOVEDÌ		VENERDÌ		SABATO	
<b>ORA DI ANDATA A LETTO</b>														
<b>ORA DEL RISVEGLIO</b>														
<b>ORE DI SONNO EFFETTIVE</b>														
<b>NUMERO RISVEGLI NOTTURNI</b>														
<b>DOPO I RISVEGLI IL SONNO È RIPRESO SPONTANEAMENTE*?</b>	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO
<b>IL SONNO È STATO RISTORATORE?</b>	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO
<b>LAMENTA SONNOLENZA DIURNA?</b>	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO
<b>LA RESPIRAZIONE DURANTE IL SONNO È STATA NORMALE**?</b>	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO	SÌ	NO
<b>HA ADOTTATO PROVVEDIMENTI***?</b>														
<b>COME SI SENTE OGGI?</b>														
<b>HA MODIFICATO QUALCHE ABITUDINE (ES. NUMERO/ORARIO DEI PASTI)?</b>														

- \* Sono stati necessari accorgimenti per riaddormentarsi (alzarsi dal letto, bere, etc.) oppure la ripresa del sonno è stata spontanea ?
- \*\* Ci sono stati episodi di russamento ? O di risveglio improvviso con sensazione di soffocamento ?
- \*\*\* Provvedimenti come assunzione di integratori, farmaci o altri rimedi

