PLANTILLA SEMANAL
#PlanPlantisDescansoNatural

Control y evaluación del sueño

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Tiempo de sueño (en horas)							
¿Cuánto tiempo tardaste en dormirte?							
¿Te has despertado durante la noche?							
¿Cómo has dormido?							
¿Has roncado?							
¿Cómo ha sido la calidad de tu sueño?							
¿Te has levantado con dolores?							
Observaciones							

!

Plantis®

PLANTILLA SEMANAL
#PlanPlantisDescansoNatural

¿Has dormido mejor que la semana anterior?

SÍ NO

¿Has dormido más horas que la semana anterior?

SÍ NO

¿Has hecho algún cambio de hábito durante la semana?

SÍ NO

¿Has tomado algún suplemento alimenticio adicional?

SÍ NO

¿Has monitorizado el sueño y has visto una evolución favorable?

SÍ NO

Observaciones generales
De la calidad del sueño
De las pautas y herramientas
De la evolución del #PlanPlantisDescansoNatural

Plantis®