FEUILLE DE SUIVI D'HUMEUR

Journal d'humeur quotidien

Date: _____

Humeur globale aujourd'hui (0 = terrible, 10 = excellent): _____

Émotion(s) primaires que vous avez ressenties aujourd'hui:

_____

Qu'est-ce qui a influencé vos émotions aujourd'hui?

- Évenements/Activitiés: _____
- Intéractions avec les autres: _____
- Pensées: _____
- Sensations physiques: _____

Sommeil, énergie, et auto-soins

Heures de sommeil: _____

Niveau d'énergie: (0 = epuisé, 10 = énergétique): _____

Avez-vous mangé régulièrement aujourd'hui? _____

Réflexion de fin de journée

Qu'est-ce qui s'est bien passé aujourd'hui? _____

Ce qui était difficile aujourd'hui? _____

Une chose que vous pouvez faire demain pour prendre soin de votre santé mentale:

_____