


Diario per Smettere di Fumare



Diario Guidato di 30 Giorni



Ibrido

Creato con LoomJournals

Come Usare Questo Diario

Benvenuto nel tuo diario! Ecco alcuni consigli per sfruttarlo al meglio:

1 Dedicare qualche minuto ogni giorno alla scrittura

2 Sii onesto e scrivi liberamente senza giudicarti

3 Cerca di scrivere alla stessa ora ogni giorno per creare un'abitudine

4 Rileggi le tue annotazioni settimanalmente per notare gli schemi



Scansiona per una guida dettagliata su come usare questo diario

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Senza fumo:

Intensità dei desideri (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Riflessione di oggi *(descrivi la tua giornata senza sigarette: cosa è stato difficile, cosa ti ha aiutato a rest...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Strategie di coping *(cosa hai fatto per affrontare la situazione? respiro profondo, camminata, conversazi...*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*
