

附件 1

附件 1：PAR~Q 问卷

PAR~Q
(适用于 15~69 岁)

规律的体力活动可以促进健康并令人愉悦，越来越多的人参与到运动中。对于大多数人来说。运动是安全的。而对某些人来说，在明显增加体力活动前应先征求医生的意见。

如果你计划参加更多的体力活动，请先回答下表中的 7 个问题。如果你的年龄在 15~69 岁之间，PAR~Q 会告诉你运动前是否需要咨询医生。如果你超过了 69 岁，且没有体力活动习惯，那么请咨询医生。

回答问题时最好依据你的一般感觉。请仔细阅读并诚实回答每一个问题：选择是或否。

<p>是 否</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1.医生是否曾经告诉过你患有心脏病并且只能参加医生推荐的体力活动？</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.当你参加体力活动时，是否感觉胸痛？</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3.自上个月以来，你是否在没有参加体力活动时发生过胸痛？</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4.你是否曾因头晕跌倒或曾失去知觉？</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5.你是否有因体力活动变化而加重的骨或关节疾病（如腰背部、膝关节或髋部）？</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6.最近医生是否因为你的血压或心脏问题给你开药（如水剂或片剂）？</p>	
<p>对一个或更多问题，如果你回答了“是”。</p>	<p>在你进行体适能评价前应咨询医生。告诉医生 PAR~Q 和你回答了“是”的问题。</p> <p>只要你遵守循序渐进的原则，就能参加你想参加的体力活动。只是你需要控制体力活动在安全的范围内，告诉医生你希望参加体力活动，听从他（她）的建议，参与一个安全而有益的社区运动计划。</p>

如果全部问题回答“否”。

如果你对所有的 PAR~Q 问题都回答了“否”，那么，你有理由相信你能：

参加更多的体力活动，但要缓慢开始并循序渐进，这是最安全、最容易的方法。

进行体适能评价，这是确定你的基础体适能的良好方法，并使你能够确定实现积极生活方式的最佳途径。强烈推荐你测量血压。如果你的血压高于 144/94mmHg，请在参加更多的体力活动前咨询医生。



下列情况应推迟参加体力活动：

如果你由于暂时的疾病，如感冒或发热，感到身体不适，请等到疾病康复后再锻炼；如果你怀孕了或可能怀孕了，在开始积极运动以前咨询医生。

请注意：如果你的健康状况改变了，对以上任何一个问题回答了“是”。请告诉体适能专家，咨询是否需要调整体力活动计划。

PAR~Q 使用时注意：加拿大运动生理学会、健康加拿大和他们的代理人声明：对参加体力活动的人不承担责任。如果在完成问卷后有疑问，请在参加体力活动前咨询医生。

你可以影印 PAR~Q，但是请使用完整形式，不允许改动。

注：如果在参加体力活动或体适能评价前得到了 PAR~Q 问卷筛查，可以用于法律或管理目的。

“我已经阅读、理解并完成了这份问卷，对于我的所有疑问都得到了令我满意的回答。”

姓 名_____

日 期_____

签 字_____

证明人_____

父母签字_____

或监护人（未成年的运动参加者）

注：如果调查表的有效期是从完成问卷开始 12 个月以内。如果你身体状况改变了，你回答的 7 个问题中任何一个回答了“是”，之前的问卷就无效了。

（来源：体力活动准备问卷（PAR~Q）。2002 年，加拿大运动生理学会。）

2014 年 PAR~Q+问卷

2014 PAR~Q+适用于每个人的体力活动准备问卷规律体力活动的获益十分明确，更多的人应该参与到每日的体力活动中去。多数人参加体力活动是十分安全的。这个问卷将提示你在参加更多的体力活动前是否需要进一步咨询医生或有资质的运动专家。

整体健康问题

请认真阅读下列 7 个问题并如实回答：选择“是”或“否”	是	否
1) 医生是否曾经说过你患有心脏病□或高血压□？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 你休息时、日常活动时或运动时是否感觉到胸痛？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 你是否因头晕失去平衡而跌倒或近 12 月内出现过意识障碍？ 如果是因为过度通气导致的头晕请选择“否”（包括剧烈运动时过度通气）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) 你是否诊断过其他需要药物治疗的慢性疾病(除心脏病和高血压外)? 请列出_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 你是否规律服用慢性病的药物? 请列出疾病和药物_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 你最近(或近 12 个月内曾有)是否存在骨、关节或软组织(肌肉、韧带或肌腱)的问题,活动多了会加重? 如果曾经有过但不影响现在的体力活动,请回答“否”。请列出相关问题_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 医生是否说过你应该在医务监督下活动?		
<p><input checked="" type="checkbox"/> 如果以上问题你的答案均为“否”,你可以安全的参加体力活动。 请至第 4 页签署参与声明。你不需要完成第 2~3 页。</p> <p>➤ 开始参与更多的体力活动——循序渐进的开始</p> <p>➤ 请遵循国际体力活动指南中你的年龄对应的推荐意见(www.who.int/dietphysicalactivity/en/)。</p>		
<p><input type="checkbox"/> 如果以上问题你有一个或更多问题回答“是”,请完成第 2~3 页。</p>		
<p>⚠推迟参与更多的活动,如果出现下列问题:</p> <p>✓ 你突发某些疾病,如感冒或发烧;请好转后再开始运动。</p> <p>✓ 如果你怀孕了,在参与更多活动前请与你的医生或有资质的运动专家沟通,或在 www.eparmedx.com 完成 ePARmed-X+问卷。</p> <p>如果你的健康状况发生变化请完成本问卷第 2~3 页,或与医生/有资质的运动专家沟通。</p>		

健康问题的细节

1. 你是否患有关节炎、骨质疏松或腰背部疾病? 如果上述问题存在,请回答 1a~1c 如果选择“否” <input type="checkbox"/> 请跳至问题 2		
1a. 你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制? (如果不是规律服药或其他治疗方法,请回答“否”)	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
1b. 你是否存在引起疼痛的健康问题,近期骨折或因骨质疏松或癌症导致的骨折,椎体异位(如:腰椎滑脱),和/或峡部裂、部分缺失(脊柱背侧骨性环状结构缺损)?	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>

1c. 你是否注射过类固醇或连续服用类固醇药物超过 3 个月？	是□	否□
2. 你是否患有任何类型的癌症？ 如果上述问题存在，请回答 2a~2b 如果选择“否”□ 请跳至问题 3		
2a. 你的肿瘤是否为以下几类：肺/支气管、多发性骨髓瘤（浆细胞肿瘤）、头和颈部肿瘤？	是□	否□
2b. 你的肿瘤是否规律治疗（如化疗或放疗）？	是□	否□
3. 你是否患有心脏或心血管疾病？ 包括冠状动脉疾病、心衰、心律失常 如果上述问题存在，请回答 3a~3d 如果选择“否”□ 请跳至问题 4		
3a. 你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ （如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”）	是□	否□
3b. 你是否存在需要药物治疗心律失常？（如：房颤、室性早搏）	是□	否□
3c. 你是否有慢性心衰？	是□	否□
3d. 你是否已诊断冠状动脉（心血管）疾病并且近 2 个月没有参加规律的体力活动？	是□	否□
4. 你是否患有高血压？ 如果上述问题存在，请回答 4a~4b 如果选择“否”□ 请跳至问题 5		
4a. 你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ （如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”）	是□	否□
4b. 无论是否服药，你是否出现过安静血压等于或超过 160/90mmHg 的情况？ （如果安静血压不详，请回答“是”）	是□	否□
5. 你是否患有代谢性疾病？ 包括 1 型糖尿病、2 型糖尿病或糖尿病前期 如果上述问题存在，请回答 5a~5e 如果选择“否”□ 请跳至问题 6		

5a. 你是否很难通过饮食、药物或其他处方的治疗方法控制血糖？ (如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”)	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
5b. 你是否经常在运动或日常体力活动时出现低血糖症状？低血糖症状包括：发抖、紧张、易怒、多汗、头晕或头重脚轻、神智不清、难以说话、乏力或嗜睡。	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
5c. 你是否出现一些糖尿病并发症的症状或体征，如心脏或血管疾病、影响眼、肾或足部和脚趾感觉的并发症？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
5d. 你是否存在其他代谢疾病（如：妊娠相关糖尿病、慢性肾脏病或肝病）？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
5e. 你近期是否计划参与较高（剧烈）强度的运动？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
6. 你是否患有精神问题或学习障碍？ 包括阿尔兹海默病、痴呆、抑郁、焦虑症、进食困难、精神障碍、智力残疾或唐氏综合症 如果上述问题存在，请回答 6a~6b 如果选择“否” <input type="checkbox"/> 请跳至问题 7		
6a. 你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ (如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”)	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
6b. 你是否同时患有腰背部问题影响神经或肌肉？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
7. 你是否患有呼吸系统疾病？ 包括慢性阻塞性肺疾病、哮喘、肺动脉高压 如果上述问题存在，请回答 7a~7d 如果选择“否” <input type="checkbox"/> 请跳至问题 8		
7a. 你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ (如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答“否”)	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
7b. 医生是否说过你安静或运动时的血氧水平下降，或指出你需要吸氧？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
7c. 如果患有哮喘，你是否经常出现胸闷、哮鸣音、呼吸困难、持续咳嗽（大于 2 天/周），或在过去的 1 周内使用急救药物超过 2 次？		
7d. 医生是否说过你有肺动脉高压？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>

8. 你是否患脊髓损伤疾病？ 包括四肢瘫痪和截瘫 如果上述问题存在，请回答 8a~8c 如果选择 “否” <input type="checkbox"/> 请跳至问题 9		
8a. 你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ (如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答 “否”)	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
8b. 你是否经常出现低血压而引起明显的头晕、头重脚轻或晕倒？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
8c. 医生是否指出你存在一过性血压升高（被称作自主神经功能异常）？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
9. 你是否患过中风？ 包括一过性脑缺血发作或脑血管事件 如果上述问题存在，请回答 9a~9c 如果选择 “否” <input type="checkbox"/> 请跳至问题 10		
9a. 你的健康问题通过用药或其他处方的治疗方法很难控制？ (如果不是规律服药或其他治疗方法，请回答 “否”)	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
9b. 你是否存在行走或活动障碍？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
10. 你是否患有以上没有列出的疾病或患有两个及以上疾病？ 如果上述问题存在，请回答 10a~10c 如果选择 “否” <input type="checkbox"/> 请阅读第 4 页的建议		
10a. 近 12 个月你是否因头部外伤而出现头晕、晕倒或意识丧失或近 12 个月内诊断过脑震荡？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
10b. 你是否患有上述未列出的疾病（如癫痫、神经系统疾病或肾脏疾病）？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
10c. 你是否持续存在两种或更多健康问题？ 请列出健康问题 _____ 及任何相关用药 _____	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>

<p style="text-align: center;">请翻阅第 4 页有关你的健康问题的相关建议 并签署参与声明</p>
--

<p><input checked="" type="checkbox"/> 如果以上问题你的答案均为 “否”，你可以开始参与更活跃的体力活动——</p>

—请签署参与声明：

- 你是否被建议应咨询运动专家来协助你制定一份安全有效的体力活动计划来满足你健康需求？
- 你是否被建议从较缓慢的运动开始，逐渐从 20 分钟达到 60 分钟低至中等强度的运动，每周 3~5 天，其中包括有氧运动和肌肉力量运动？
- 随着运动计划的推进，你的目标是累计达到每周 150 分钟或更长时间的中等强度体力活动。
- 如果你大于 45 岁且没有进行剧烈运动的习惯，在你想参与剧烈运动时请咨询有资质的运动专家。

🔴如果以上问题你有一个或更多问题回答“是”：

你应在参与更多体力活动或开始健身计划前进一步咨询。你应在 www.eparmedx.com 完成特制的在线运动建议调查问卷——ePARmed~X+和/或咨询有资质的运动专家帮你解读 ePARmed~X+问卷并提供更多信息。

⚠ 推迟参与更多的活动，如果出现下列问题：

- ✓ 你突发某些疾病，如感冒或发烧；请好转后再开始运动。
- ✓ 如果你怀孕了，在参与更多活动前请与你的医生或有资质的运动专家沟通，或在 www.eparmedx.com 完成 ePARmed~X+问卷。
- ✓ 如果你的健康状况发生变化，请在继续运动前与医生或有资质的运动专家沟通。

- PAR~Q 问卷可以复印使用。请使用问卷的全部内容并且不允许更改。
- 作者、PAR~Q 团队、组织参与者及代理人对使用 PAR~Q+或 ePARmed~X+评估后参与体力活动的个人不负有相关责任。如果问卷评估后仍有疑问，请咨询医生后在参与体力活动。

参与声明

- 所有完成 PAR~Q 问卷的个人请仔细阅读并签署下列声明。
- 如果你未达到法定年龄或需要他人照顾，监护人或健康照顾人需签署下表。

我，签字人，已经阅读、理解并自愿完成这份问卷。我已知这份体力活动调查的最大有效期为自完成之日起 12 个月，如果我的健康状况发生变化则失效。我亦知晓受托人（如雇主、社区健康中心、健康照顾人或其他指定人员）会收到此份记录的副本。据此，受托人应遵守地区、国家或国际个人健康信息储存的相关指

南以保证信息的私密性且不会滥用或错误纰漏本信息。

姓名_____日期_____

签名_____见证人_____

父母/监护人/健康看护人签名_____