

Physical Activity Readiness Questionnaire
QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

O PAR-Q foi elaborado para auxiliar você a se auto-ajudar. Os exercícios praticados regularmente estão associados a muitos benefícios de saúde. Completar o PAR-Q representa o primeiro passo importante a ser tomado, principalmente se você está interessado em incluir a atividade física com maior frequência e regularidade no seu dia a dia.

O bom senso é o seu melhor guia ao responder estas questões. Por favor, leia atentamente cada questão e marque SIM ou NÃO.

- SIM NÃO
- ☐ ☒ 1 - Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?
- ☐ ☒ 2 - Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física?
- ☐ ☒ 3 - No último mês você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade física?
- ☐ ☒ 4 - Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividades físicas?
- ☐ ☒ 5 - Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas?
- ☐ ☒ 6 - Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular?
- ☐ ☒ 7 - Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar de atividades físicas?

Assumo a veracidade das informações prestadas no questionário "PAR-Q" e afirmo estar liberado(a) pelo meu médico para participação em atividades físicas.

Nome do(a) participante:

/

Nome do(a) responsável se menor de 18 anos:

Data: 26/12/2019

Assinatura:

Ricardo Arruda Joia

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: RICARDO ARRUDA JOIA Idade: 62
Email: RARRUDA@UOL.COM.BR Cidade: SÃO PAULO
Bairro: BUTANTÁ Cel.: (11) 9 9192-8385
Data Nasc.: 12/10/1957

1) Qualidade do sono:

- (X) Bom > 6 horas
() Regular 4 a 6 horas
() Ruim < 4 horas

2) História familiar de depressão, déficit de atenção e ansiedade?

- () Sim (X) Não

3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?

- () Sim (X) Não

4) Queixa de stress mental?

- () Sim (X) Não

5) Trauma familiar ou infantil?

- () Sim (X) Não

6) Ingestão de água (copos/dia): 8 copos/dia

7) Alimentação: (X) Boa () Regular () Péssima

8) Alimentos de preferência: TODOS

9) Prática Atividade Física?: (X) Sim () Não

Quais: FUNCIONAL Frequência: 3X

10) Tabagismo: () Sim (X) Não Quantidade/dia: _____

11) Ingerir bebida alcoólica: (X) Sim () Não Frequência: SOCIALMENTE

Histórico clínico

• Tratamento médico atual: (X) Sim () Não

Medicamentos em uso: NÃO

• Antecedentes alérgicos: () Sim (X) Não Quais: _____

• Portador de marcapasso:

() Sim (X) Não

• Alterações cardíacas:

() Sim (X) Não Quais: _____

• Antecedentes oncológicos:

() Sim (X) Não Qual: _____

• Diabetes:

() Sim (X) Não Tipo: _____

• Algum tipo de doença:

() Sim (X) Não Qual: _____

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

(X) Sim () Não Qual: ARTROSC JÉ

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? () Sim (X) Não Quais: _____

• Teste de esforço, ergométrico ou ergoespirométrico recentemente (menos de 1 ano)?

() Sim (X) Não

Seu objetivo e metas

Fale um pouco para nós e nos ajude a montar seu plano personalizado:

