

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 |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
- 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?

Declaração de Responsabilidade

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:

ANTONIO DIB CARDGAL

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

Data: 18/12/19

Assinatura:

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: ANTONIO DIB CARDGAL Idade: 46
Email: ADIB@ENDOTECMED.COM.BR Cidade: SP
Bairro: JD MONTE KENEL Cel.: 11 981458813
Data Nasc.: 26/01/73

Sobre você:

1) Qualidade do sono:

() Bom > 6 horas

(X) 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): 5

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

8) Alimentos de preferência:

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

Quais: CORRIDA MUSCULACAO Frequência: 4
3x T/QUINTAS 2x SEG/QUA SEXTA MANHA

10) Tabagismo: () Sim (☒) Não Quantidade/dia: MANHA

11) Ingere bebida alcoólica: () Sim (☒) Não Frequência: _____

Histórico clínico:

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

Medicamentos em uso: _____

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

• Portador de marcapasso:

() Sim (☒) Não

• Alterações cardíacas:

() Sim (☒) Não Quais: _____

• Antecedentes oncológicos:

() Sim (☒) Não Qual: _____

• Diabetes:

() Sim (☒) Não Tipo: _____

• Algum tipo de doença:

() Sim (☒) Não Qual: _____

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

() Sim (☒) Não Qual: _____

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de exercícios? () Sim (☒) Não Quais? _____

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

(☒) Sim () Não

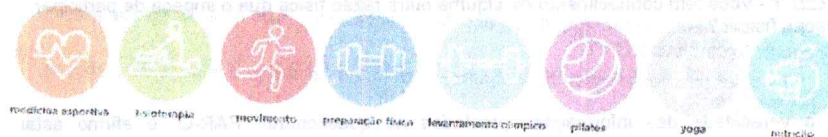
Seus objetivos e metas:

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

MELHORA DE PERFORMANCE NA CORRIDA

BANHO DE MASSA MUSCULAR

CORRIDA NY



→ Indisposição no trabalho de caminhada

Nome: **ANTONIO DIB CARDEAL** Peso: **67,5** Altura: **1,76** PA: **MA** Tricipital/Peitoral: - Supra/Abdominal: - Coxa: -

9,83% G
90,14% m
6,62 kg G
60,68 kg m

SEM DOR!		Movimento								Area sugerida				IEC?		
Mobilidade dinâmica		Péssimo		Ruim		Bom		Excecente		Péssimo	Ruim	Bom	Excecente	IEC?		
Bloco 1	Agachamento	45 graus de flexão		45 a 90 graus de flexão do joelho		Acima de 90 graus com taco		Completo		Fisio		LPO	LPO	Se Valdo dinâmico do joelho		
	Aganhamento análise do dorso curvo	Barra anterior cabeça		Barra AO LONGO DA NUCA		Barra MESMA LINHA CABEÇA		Posição ATRAS CABEÇA		Fisio		LPO	LPO	CINEMATICA Se Valdo dinâmico do joelho CINEMATICA		
	Apley	Mais de 2 mãos		2 mãos		1 mão e meia		1 mão		Fisio		LPO	LPO			
	Kibler	3 bordos		2 bordos		1 bordo		Normal		Fisio		LPO	LPO			
Core.	Ponte bilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 34 segundos		> 46 segundos		Fisio		LPO	LPO			
Bloco m2	Ponte unilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 34 segundos		> 46 segundos		Fisio		LPO	LPO	RQ / FA G.m.		
	Prancha Ventral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 34 segundos		> 46 segundos		Fisio		LPO	LPO	AB. ESCP.		
	Prancha Lateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 34 segundos		> 46 segundos		Fisio		LPO	LPO	RQ		
Flexibilidade	Elevação ativa MI	Ate 30 graus		De 30 a 70 graus		Acima 70										
	Flexão do tronco ortostática	Eleva calcaneo e joelho (semiflexao)		Flexão do calcaneo		Somente joelho		Todo pé no solo e joelho estendido								
	Hiperextensao cotovelo	5 graus		0		- 5 graus		- 10 graus								
Bloco 3	Hiperextensão do joelho	5 graus		0		-5 graus		- 10 graus								
Mobilidade articular	Ombro - RE, RI, Elevação	<45 graus - gluteo -120		45 - 70 - 15, 150		Ate 90, t12, 160		Hipermobilidad e		Fisio						
	Bloco 4	Quadril RE, RI, Flexoext.	< 70 - RE e < 15 graus RI		70 RE, 15 graus		80 RE, 30 RI		Hipermobilidad e		Fisio					
		Tornozelo Wall test	< 5 cm		5 a 8 cm		8 cm - 10 cm		> 10 cm hipermobilidad e		Fisio					
	flexoextensao cervical	Extensão total		Mantem a lordosé		Cabeça alinhada		Queixo ao tórax		Fisio						
	flexoextensao toracica e Rotação cervical	> 10 cm do solo < 45		Ate 10 cm do solo 45 a 70		Dedo do solo 70 a 90		Mao do solo 90		Fisio						
	Rotação toracica	< 45		45 a 70		70 a 90		90		Fisio						

SEM DOR!				Area sugerida			
Questionário mente	PONTOS	1	2	3	Questionário mente	Composto Corpo	% gordura alta
-1	Qualidade do sono ?	Bom > 6 horas	Regular 4-6 h	Ruim < 4 horas	-1		Indicar taxa metabólica basal
2	História familiar de DDA, alteração	Nao		Sim	2		Baixa % massa magra
3	Doença crônica?	Nao ou estável	Instável	Agudizada	3		Assimetria 25% do mmss ou mmii
4	Sintomas como fobia, pânico, stress e irritabilidade ?	Nunca	As vezes	Sempre	4		Assimétrico
5	História de trauma familiar ou infantil?	Não		Sim	5		Dor no teste com diagnostico
Extrema indicação	> 10 pontos				Extrema indicação		Dor incapacidade de realizar o teste
Indicação moderada	6 a 9 pontos				Indicação moderada		Sem dor
Sem obrigatoriedade	1 a 5 pontos				Sem obrigatoriedade		
		1	2	3			

Obs: - *peleada marcada, não planiss. 78% lateral das por pl. 100.*