

## 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? ☒

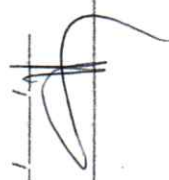
Assumo a veracidade das informações prestadas no questionário "PAR-Q" e afirmo estar liberado(a) pelo meu médico para participação em atividades físicas.

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



On Welcome



Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Silvana CARNEIRO

Idade: 79

Email: \_\_\_\_\_

Cidade: SP

Bairro: \_\_\_\_\_

Cel.: \_\_\_\_\_

Data Nasc.: 26 / 09 / 40

Sobre você:

1) Qualidade do sono:

☒ Bom > 6 horas

☐ Regular 4 a 6 horas

☐ Ruim < 4 horas

2) Historia familiar de depressão, deficit de atenção e ansiedade?

☐ Sim ☒ Não

3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?

☐ Sim ☒ Não

4) Queixa de stress mental?

☐ Sim ☒ Não

5) Trauma familiar ou infantil?

☐ Sim ☒ Não

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

7) Alimentação: ☒ Boa ☐ Regular ☐ Péssima

8) Alimentos de preferência: Verduras, feijão, frango

9) Prática Atividade Física?: (X) Sim ( ) Não  
Quais: Futebol Frequência: 2x/ semana

10) Tabagismo: ( ) Sim (X) Não Quantidade/dia: \_\_\_\_\_  
11) Ingestão de bebida alcoólica: (X) Sim ( ) Não Frequência: 1x

### Histórico clínico

• Tratamento médico atual: ( ) Sim ( ) Não  
Medicamentos em uso: Hydrocod, Hygaur, Nexium, Pussol  
• Antecedentes alérgicos: ( ) Sim ( ) Não Quais: \_\_\_\_\_

• Portador de marcapasso: ( ) Sim (X) Não

• Alterações cardíacas: ( ) Sim (X) Não Quais: \_\_\_\_\_

• Antecedentes oncológicos: (X) Sim ( ) Não Qual: de 70

• Diabetes: ( ) Sim (X) Não Tipo: \_\_\_\_\_

• Qualquer tipo de doença: ( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?: (X) Sim ( ) Não Qual: lesão no joelho da coluna e crânio

• 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)? (X) Sim ( ) Não

### Seus objetivos e metas

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seus objetivos e metas

Seus objetivos e metas

Seus objetivos e metas

Seus objetivos e metas

Seus objetivos e metas

Seus objetivos e metas