

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 e 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:

Luiz Fernando Martins

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

Data: 13/11/2019

Assinatura:

[Assinatura]

On Welcome

Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal

ION

Nome: Luiz Fernando Martins Idade: 42

Email: fernandomartins@ Cidade: São Paulo

Bairro: Butantã Telefone: com 95321-3030

Data Nasc.: 05/07/77

Sobre você:

1) Qualidade do sono:

( ) Bom > 6 horas

☒ Regular 4 a 6 horas

( ) Ruim < 4 horas

2) História familiar de depressão, déficit 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): 2 Litros

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

8) Alimentos de preferência:



9) Prática Atividade Física?: (X) Sim ( ) Não  
Quais: Tênis de campo

Frequência: 10x/semana

10) Tabagismo: ( ) Sim (X) Não Quantidade/dia: \_\_\_\_\_  
11) Ingerir bebida alcoólica: (X) Sim ( ) Não Frequência: Final da semana

2X

## Histórico clínico:

• Tratamento médico atual: ( ) Sim (X) Não  
Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

• Antecedentes alérgicos: ( ) Sim (X) Não Quais: \_\_\_\_\_

• Portador de marcapasso: \_\_\_\_\_

( ) Sim (X) Não

• Alterações cardíacas: \_\_\_\_\_

(X) Sim (X) Não Quais: Sopra

• Antecedentes oncológicos: \_\_\_\_\_

( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Diabetes: \_\_\_\_\_

( ) Sim (X) Não Tipo: \_\_\_\_\_

• Algum tipo de doença: \_\_\_\_\_

( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado? \_\_\_\_\_

( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

• 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

## Seus objetivos e metas:

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

Preparação e Recuperação Física

para Tênis de médio e alto

rendimento



resistência aeróbica, força, mobilidade, equilíbrio, coordenação motora, flexibilidade, saúde mental

SEM DORI		Péssimo	Ruim	Bom	Excelente	Área sugerida				IECT
Mobilidade dinâmica						Péssimo	Ruim	Bom	Excelente	
Bloco 1	Agachamento	45 graus de flexão			Completo	Fisio		LPO	LPO	Se Valdo dinâmico do joelho
	Agachamento análise do dorso curvo	Barra anterior cabeça		Barra MESMA LINHA CABECA	Posição ATRAS CABECA					Se Valdo dinâmico do joelho
	Apley	Mais de 2 mãos		1 mão e meia	1 mão	Fisio		LPO	LPO	
	Kibler	3 bordos		1 bordo	Normal	Fisio		LPO	LPO	
	Ponte bilateral	Ate 15 segundos		31 a 34 segundos	> 46 segundos					
Core.	Ponte unilateral	Ate 15 segundos		31 a 34 segundos	> 46 segundos					RQ.F.A.G.m.
	Prancha Ventral	Ate 15 segundos		31 a 34 segundos	> 46 segundos					F.A.C
	Prancha Lateral	Ate 15 segundos		31 a 34 segundos	> 46 segundos					R.Q.F.A.G.
Flexibilidade	Elevação ativa MI	Ate 30 graus		Acima 70						
	Flexão do tronco ortostática	Eleva calcâneo e joelho		Somente joelho	Tudo pé no solo e joelho					
	Hiperextensão cotovelo	5 graus		- 5 graus	- 10 graus					
	Hiperextensão do joelho	5 graus		- 5 graus	- 10 graus					
Bloco 3										
Mobilidade articular	Ombro - RE, RI, Elevação	<45 graus - glúteo -120		Ate 90, 112, 160	Hipermobilidad	Fisio				
	Quadril RE, RI, Flexoext.	< 70 - RE e < 15 graus RI		70 RE, 15 graus	Hipermobilidad	Fisio				
	Tornozelo Wail test	< 5 cm		5 a 8 cm	> 10 cm hipermobilidad	Fisio				
	flexoextensão cervical	Extensão total		Mantem a lordose	Queixo ao torax	Fisio				
	flexoextensão cervical	> 10 cm do		Ate 10 cm do	Mão do solo	Fisio				
	Rotação cervical	< 45		45 a 70	90	Fisio				
	Rotação torácica	< 45		45 a 70	90	Fisio				

-D não planos.

-D

F: 14  
D: 16  
C: 15  
A: 175  
P: 173  
P: 1818