

## PAR-Q

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"/> | 1 - Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica? |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 - Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física?  |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 - No último mês você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade física?   |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 - Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividades físicas?                            |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 - Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas?  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 6 - Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular?                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 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:

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

Data: 11 / 12 / 19

Assinatura:



On Welcome



Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Humberto Pereira Silva Idade: 37  
 Email: hperreira@on.com.br Cidade: São Paulo  
 Bairro: Vila Andrade Cel.: 11 94955 1471  
 Data Nasc.: 18 / 10 / 1982

## 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): 1,5 litros

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

8) Alimentos de preferência: peixe, massas

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

Quais: Musculação - Musy Thai Frequência: 03x semana  
PREDIO - 602 INHO SEG/QUA SEX

10) Tabagismo: ( ) Sim ☒ Não Quantidade/dia: \_\_\_\_\_

11) Ingerir bebida alcoólica: ☒ Sim ( ) Não Frequência: 02x. semana

## 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: LCA? cirurgia 2 m um tratamento  
unidade de reabilitação de Lom. E Sim distorção / tend. completo E - C / diagnóstico

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? ( ) Sim ☒ Não Quais? \_\_\_\_\_

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

( ) Sim ☒ Não

## Seus objetivos e metas:

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

\* Retornar o musy thai

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

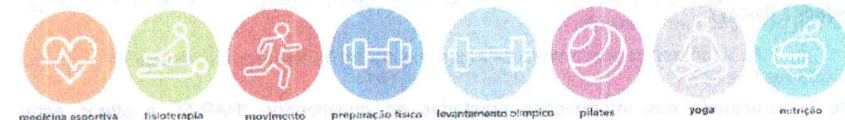
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Nome: Humberto P. O.

Peso: 88 Altura: 182 PA: 1619

Tricipital/Peitoral: 8

Supra/Abdominal: 20

Coxa: 10

SEM DORI		Movimento				Area sugerida				IEC?
Mobilidade dinâmica		Péssimo	Ruim	Bom	Excelente	Péssimo	Ruim	Bom	Excelente	
Bloco 1	Agachamento	45 graus de flexão	45 a 90 graus de flexão do joelho	Acima de 90 graus com taco	Completo			LPO	LPO	Se Valdo dinâmico do joelho CINEMATICA Se Valdo dinâmico do joelho CINEMATICA
	Agachamento análise do dorso curvo	Barra anterior cabeça	Barra AO LONGO DA NUCA	Barra MESMA LINHA CABEÇA	Posição ATRAS CABEÇA			LPO	LPO	
	Apley	Mais de 2 mãos	2 mãos	1 mão e meia	1 mão			LPO	LPO	
	Kibler	3 bordos	2 bordos	1 bordo	Normal			LPO	LPO	
Core.	Ponte bilateral	Ate 15 segundos	16 a 30 segundos	31 a 34 segundos	> 46 segundos			LPO	LPO	F.A.B.M/RQ
Bloco m2	Ponte unilateral	Ate 15 segundos	16 a 30 segundos	31 a 34 segundos	> 46 segundos			LPO	LPO	
	Prancha Ventral	Ate 15 segundos	16 a 30 segundos	31 a 34 segundos	> 46 segundos			LPO	LPO	
	Prancha Lateral	Ate 15 segundos	16 a 30 segundos	31 a 34 segundos	> 46 segundos			LPO	LPO	
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 - 10 graus					
	Hiperextensão cotovelo	5 graus	0	- 5 graus	- 10 graus					
	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, 112, 160	Hipermobilidade					
	Quadril RE, RI, Flexoext.	< 70 - RE e < 15 graus RI	70 RE, 15 graus	80 RE, 30 RI	Hipermobilidade					
	Tornozelo Wall test	< 5 cm	5 a 8 cm	8 cm - 10 cm	> 10 cm hipermobilidade					
	flexoextensão cervical	Extensão total	Mantem a lordose	Cabeça alinhada	Queixo ao tórax					
	flexoextensão torácica e Rotação cervical	> 10 cm do solo < 45	Ate 10 cm do solo 45 a 70	Dedo do solo 70 a 90	Mão do solo 90					
	Rotação torácica	< 45	45 a 70	70 a 90	90					

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	Não		Sim	2		Baixa % massa magra		Indicar a taxa metabólica basal
3	Doença crônica?	Não ou estável	Instável	Agudizada	3		Assimetria 25% do mmss ou mmli		
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:

→ não plano.  
→ não não plana.