

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

Quais: LPO, Pupa 5 fusão ^{hidratação, andar, pulso} Frequência: _____

10) Tabagismo: () Sim () Não Quantidade/dia: 3 vezes

11) Ingerir bebida alcoólica: ☒ Sim () Não Frequência: 2 v. por dia

Histórico clínico:

• Tratamento médico atual: ☒ Sim () Não

Medicamentos em uso: Sulfagil → amoxicilina (controle)

• 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

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Edgina Henriqueta Soares de Paula Idade: 62

Email: edgina@hotmail.com Cidade: 6. Paul

Bairro: V. Andrade Cel.: 11-982261279

Data Nasc.: 22/01/57

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: proteínas e frutas, verduras, castanhas,

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 checked="" type="checkbox"/> | <input 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 type="checkbox"/> | <input checked="" 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:

Adriano Pereira

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

Data: 16 / 10 / 19.

Assinatura: _____

Seus objetivos e metas:

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

ganhar resistência, perder
gordura localizada, mudar
hábitos e posturas.



medicina esportiva



fisioterapia



movimento



preparação física



levantamento olímpico



pilates



yoga



nutrição

SEM DOR!										Area sugerida			
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		Fisio	PF	LPO	LPO
	Apley	Mais de 2 mãos		2 mãos		1 mão e meia		1 mão		Fisio	PF	LPO	LPO
	Kibler	Normal		1 bordo		2 bordos		NORMAL		Fisio	PF	LPO	LPO
Core.	Ponte bilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 45 segundos		> 46 segundos		Pil	Pil	PF	PF
Bloco m2	Ponte unilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos	E	31 a 45 segundos		> 46 segundos		Pil	Pil	PF	PF
	Prancha Ventral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 45 segundos		> 46 segundos		Pil	Pil	PF	PF
	Prancha Lateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos	E	31 a 45 segundos		> 46 segundos		Pil	Pil	PF	PF
Flexibilidade	Elevação ativa MI	Ate 30 graus		De 30 a 70 graus		Acima 70				Yoga	Yoga	PF	PF
Bloco 3	Flexão do tronco ortostática	Eleva calcâneo e joelho (semiflexão)		Somente joelho		Elevar calcâneo		Todo pé no solo e joelho estendido		Yoga	Yoga	PF	PF
	Hiperextensão cotovelo	5 graus		0		- 5 graus		- 10 graus		Yoga	Yoga	PF	PF
	Hiperextensão do joelho	5 graus		0		-5 graus		- 10 graus		Yoga	Yoga	PF	PF
	Hipermobilidade 1 dedo _ toque ventral antebraço	Mais de 1 cm		Quase se toca > 1 cm		Toque na parte ventral do antebraço com resistencia		Toque na parte ventral do antebraço facilmente		Yoga	Yoga	PF	PF
Mobilidade articular	Ombro - RE, RI, Elevação	<45 graus - gluteo -120		45 - 70 - 15, 150		Ate 90, 112, 160		Hipermobilidade		Fisio	Fisio	PF	PF
Bloco 4	Quadril RE, RI, Flexoext.	< 70 - RE e < 15 graus RI		70 RE, 15 graus		80 RE, 30 RI		Hipermobilidade		Fisio	Fisio	PF	PF
	Tornozelo Wall test	< 5 cm		5 a 8 cm		8 cm - 10 cm		> 10 cm hipermobilidade		Fisio	Fisio	PF	PF
	Coluna flexoextensão cervical	Extensão total		Mantem a lordose		Cabeça alinhada		Queixo ao tórax		Fisio	Pil.	PF	PF
	Coluna flexoextensão torácica e lombar	> 10 cm do solo		Ate 10 cm do solo		Dedo do solo		Mão do solo		Fisio	Pil.	PF	PF
	Rotação cervical	< 45		45 a 70		70 a 90		90		Fisio	Pil.	PF	PF
	Rotação torácica	< 45		45 a 70		70 a 90		90		Fisio	Pil.	PF	PF