

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Vitor Massao Kodama Idade: 15 anos
Email: lex-kodama@hotmail.com Cidade: M. Luzes
Bairro: _____ Cel.: 95570 7731
Data Nasc.: 14/04/2004

Sobre você:

- 1) Qualidade do sono:
(☒) Boa () Regular () Péssima Quantas horas/noite: 10 h
- 2) Ingestão de água (copos/dia): 2 litros
- 3) Alimentação: () Boa (☒) Regular () Péssima
- 4) Alimentos de preferência: comida balanceada
- 5) Pratica Atividade Física?: (☒) Sim () Não
Que tipo: Musculação/aeróbica Frequência: 5 vezes na semana
- 6) Tabagismo: () Sim (☒) Não Quantidade/dia: _____
- 7) Ingera bebida alcoólica: () Sim (☒) Não Frequência: _____

Histórico clínico:

- Tratamento médico atual: () Sim (☒) Não
- Medicamentos em uso: _____
- Antecedentes alérgicos: () Sim (☒) Não Quais: _____

• Portador de marcapasso:

() Sim (X) Não

• Alterações cardíacas:

() Sim (X) Não Quais: _____

• Antecedentes oncológicos:

() Sim (X) Não Qual: _____

• Diabetes:

() Sim (X) Não Tipo: _____

• Algum tipo de doença:

() Sim (X) Não Qual: _____

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

(X) Sim () Não Qual: lesões LCA

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de exercícios?

(X) Sim () Não Qual: lesões LCA

• 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:



medicina esportiva



fisioterapia



movimento



preparação física



levantamento olímpico



pilates



yoga



nutrição

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

PAR-Q

Physical Activity Readiness Questionnaire

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica e médica antes do início da atividade física. Caso você marque um SIM, é fortemente sugerida a realização da avaliação clínica e médica. Contudo, qualquer pessoa pode participar de uma atividade física de esforço moderado, respeitando as restrições médicas.

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?

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:

Vitor Massao Kotama

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

Leyne Saoko Sudo Kotama

Assinatura:

Saoko
Data: 23/09/2019

