

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Physical Activity Readiness Questionnaire

PAR-Q

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? concece
- ☐ 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:

FABRÍCIO DA COSTA BOUTIN

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

Data: 29.10.19

Assinatura: _____



On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal



Nome: FABRÍCIO DA COSTA BOUTIN Idade: 32
Email: FABRÍCIO.BOUTIN@GMAIL.COM Cidade: SAO PAULO
Bairro: GUAPIRANGA Cel.: 11-96597-2936
Data Nasc.: 12/4/87

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

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

8) Alimentos de preferência: FRANGO CARNE BOVINA

PA: 1318
A: 142
P: 29.8

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

Quais: Academia Frequência: 3x SEMANA

10) Tabagismo: (☒) Sim () Não Quantidade/dia: 3 CIGARROS 2x

11) Ingerir bebida alcoólica: (☒) Sim () Não Frequência: 2x De 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. no tornozelo.

() Sim () Não Qual: Doença de ALCAVALLA

• 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

Seus objetivos e metas:

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

C.F.



medicina esportiva nutrição movimento preparação física treinamento clínico pilares yoga mindfulness

