

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**
- ☐ ☒ 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:

Camila Tavares Fenani

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

Data: 04/11/19

Assinatura:

[Assinatura]

On Welcome
 Centro Integrado de Saúde,
 Reabilitação e Performance Corporal

ION
 body evolution

Nome: Camila Tavares Fenani Idade: 36

Email: Camila.fenani@rehabperformance.com.br Cidade: SP

Bairro: Vila Loreate Cel.: (11) 986251120

Data Nasc.: 17/10/83

Sobre você:

- 1) Qualidade do sono:
 (X) Bom > 6 horas
 () Regular 4 a 6 horas
 () Ruim < 4 horas
- 2) História familiar de depressão, déficit de atenção e ansiedade?
 () Sim (X) Não
- 3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?
 () Sim (X) Não
- 4) Queixa de stress mental?
 (X) Sim () Não
- 5) Trauma familiar ou infantil?
 () sim (X) Não
- 6) Ingestão de água (copos/dia): 4,5L
- 7) Alimentação: (X) Boa () Regular () Péssima
- 8) Alimentos de preferência: vegetais, proteínas, frutas

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

Quais: _____ Freqüência: _____

10) Tabagismo: () Sim (x) Não Quantidade/dia: _____

11) Ingerir bebida alcoólica: (x) Sim () Não Freqüência: 5x semana

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: _____

() 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: condropatia patelar - 6 anos (univ.)

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? (x) Sim () Não Quais? agachar - 70° - 30°

• 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:

Fortalecimento muscular



Movimento

→ talita 4: 176
de 25-2000
apenas em 17: 1318

T: 14
S: 28
C: 24

P: 5.1.5