

## 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 ☒
- ☐ 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:

RONATO K. DE LIMA

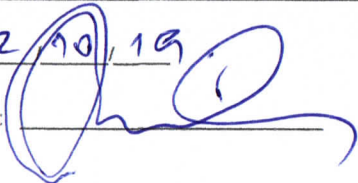
Nome do(a) responsável se menor de 18 anos:

MARCULO E. R. DE LIMA

Data:

22/10/19

Assinatura:



## On Welcome



Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: RONATO K. DE LIMA Idade: 15  
Email: medelima@yahoo.com Cidade: SB  
Bairro: RE MANHUA Cel.: 94570-0022  
Data Nasc.: 25/08/2004

## Sobre você:

1) Qualidade do sono:

- (☒) Bom > 6 horas  
( ) Regular 4 a 6 horas  
( ) Ruim < 4 horas

2) Historia familiar de depressão, deficit 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): 6

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

8) Alimentos de preferência: SALADA / PROTEÍNAS / ETC.

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

Quais: FUTEBOL / HENIS / ARTES Frequência: 2x / SEMANA

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

11) Ingerir bebida alcoólica: ( ) Sim (X) Não Frequência: \_\_\_\_\_

## 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?:

( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? ( ) Sim (X) Não Quais: \_\_\_\_\_

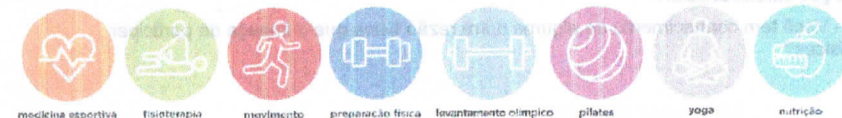
• Teste de esforço, ergométrico ou ergoespirométrico recentemente (menos de 1 ano)?

( ) Sim (X) Não

## Seus objetivos e metas:

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





SEM DORI								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	3 bordos e discinesia escapular		2 bordos		1 bordo		Escápula simétrica e estável		Fisio	PF	LPO	LPO
Core.	Ponte bilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 45 segundos		> 46 segundos		Pil	Pil	PF	
Bloco m2	Ponte unilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 45 segundos		> 46 segundos	E  D	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		31 a 45 segundos		> 46 segundos	E  D	Pil	Pil	PF	PF
												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 calcaneio e joelho (semiflexao)		Somente joelho		Eleva calcaneio		Todo pé no solo e joelho estendido		Yoga	Yoga	PF	PF
	Hiperextensao 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
												PF	PF
Mobilidade articular	Ombro - RE, RI, Elevação	<45 graus - gluteo -120		45 - 70 - I5, 150		Ate 90, t12, 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 flexoextensao cervical	Extensão total		Mantem a lordose		Cabeça alinhada		Queixo ao tórax		Fisio	Pil.	PF	PF
	Coluna flexoextensao toracica e lombar	> 10 cm do solo		Ate 10 cm do solo		Dedo do solo		Mao do solo		Fisio	Pil.	PF	PF
	Rotação cervical	< 45		45 a 70		70 a 90		90		Fisio	Pil.	PF	PF
	Rotação toracica	< 45		45 a 70		70 a 90		90		Fisio	Pil.	PF	PF

E → dor c. umbilical  
e opaco m. x. e