

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

Quais: _____ Freqüência: _____

10) Tabagismo: () Sim ☒ Não Quantidade/dia: 15/15 dia

11) Ingerir bebida alcoólica: ☒ Sim () Não Freqüência: _____

Histórico clínico:

• Tratamento médico atual: () Sim ☒ Não

Medicamentos em uso: AAS 100mg/dia

• Antecedentes alérgicos: () Sim ☒ Não Quais: _____

• Portador de marcapasso: _____

() Sim ☒ Não

• Alterações cardíacas:

☒ Sim () Não Quais: FORAME OVAL PATENTE (CORRIGIDO)

• Antecedentes oncológicos: _____

() Sim ☒ Não Qual: _____

• Diabetes: _____

() Sim ☒ Não Tipo: _____

• Algum tipo de doença: _____

() Sim ☒ Não Qual: _____

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?: _____

☒ Sim () Não Qual: SOBRECARGA FÊMORO - PATELAR

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? () Sim ☒ Não Quais: _____

• Teste de esforço, ergométrico ou ergoespiométrico

recentemente (menos de 1 ano)? _____

() Sim ☒ Não

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: ALEXANDRE PEREIRA DE OLIVEIRA Idade: 42
Email: ADOLIVEIRA.T10@GMAIL.COM Cidade: SANTANA DE PARNAÍBA
Bairro: TAMBORÉ Cel.: 976059385
Data Nasc.: 10/02/77

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): _____

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

8) Alimentos de preferência: _____

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:

ALEXANDRE PEREIRA DE OLIVEIRA

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

Data: 14/10/18

Assinatura:



Seus objetivos e metas:

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

