

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:

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

Data: 11 / 01 / 2020

Assinatura:

On Welcome



Centro Integrado de Saúde  
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: ROGERIO VARGAS REIS Idade: 54  
Email: ROGERIO.VARGAS@BRVCONSULTORIA.COM.BR Cidade: SP  
Bairro: MORUMBI Cel.: 11 974742385  
Data Nasc.: 29/04/65

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): 6

7) Alimentação: ☐ Boa ☒ Regular ☐ Péssima

8) Alimentos de preferência: TUDO

9) Pratica Atividade Física?: ( ) Sim ( ) Não

Quais: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

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

11) Inger bebida alcoólica: ( ) Sim ( ) Não Frequência: \_\_\_\_\_

## 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 ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

• 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:

---

---

---

---

