

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 |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
- 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:

Maíra Canetta Gótti

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

Data: 23 / 12 / 19

Assinatura: Maíra Canetta Gótti

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Maíra Canetta Gótti Idade: 30
Email: ma.canetta@gmail.com Cidade: São Paulo
Bairro: Vl. Gomes Cel.: 11 - 99440-5545
Data Nasc.: 01 / 04 / 89

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): 8

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

8) Alimentos de preferência: _____

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

Quais: Tiro clauco / Pq. física / Pilates Frequência: 5x semana

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

11) Inger bebida alcoólica: ☒ Sim () Não Frequência: 2x 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: Hipotireoidismo

• 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:

permanecer



→ baixo na carga longa duração de 5 dias

Nome: **MARINA ARCO E FLEXA DEXTRO** Peso: **56** Altura: **162** PA: **116** Tricipital/Peitoral: **6** Supra/Abdominal: **32** Coxa: **30**

SEM DOR!		Movimento							Area sugerida					
Mobilidade dinâmica		Péssimo		Ruim		Bom		Execelente		Péssimo	Ruim	Bom	Excelente	IEC?
Bloco 1	Agachamento	45 graus de flexão		45 a 90 graus de flexão do joelho		Acima de 90 graus com taco		Completo						Se Valdo dinâmico do joelho
	Aganhamento análise do dorso curvo	Barra anterior cabeça		Barra AO LONGO DA NUCA		Barra MESMA LINHA CABEÇA		Posição ATRAS CABEÇA						CINEMATICA Se Valdo dinâmico do joelho CINEMATICA
	Apley	Mais de 2 mãos		2 mãos		1 mão e meia		1 mão						
	Kibler	3 bordos		2 bordos		1 bordo		Normal						
Core.	Ponte bilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 34 segundos		> 46 segundos						
Bloco m2	Ponte unilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 34 segundos		> 46 segundos						
	Prancha Ventral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 34 segundos		> 46 segundos						
	Prancha Lateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 34 segundos		> 46 segundos						
Flexibilidade	Elevação ativa MI	Ate 30 graus		De 30 a 70 graus		Acima 70								
Bloco 3	Flexão do tronco ortostática	Eleva calcaneo e joelho (semiflexao)		Flexão do calcaneo		Somente joelho		Todo pé no solo e joelho estendido						
	Hiperextensao cotovelo	5 graus		0		- 5 graus		- 10 graus						
	Hiperextensão do joelho	5 graus		0		-5 graus		- 10 graus						
Mobilidade articular	Ombro - RE, RI, Elevação	<45 graus - gluteo -120		45 - 70 - I5, 150		Ate 90, t12, 160		Hipermobilidad e						
Bloco 4	Quadril RE, RI, Flexoext.	< 70 - RE e < 15 graus RI		70 RE, 15 graus		80 RE, 30 RI		Hipermobilidad e						
	Tornozelo Wall test	< 5 cm		5 a 8 cm		8 cm - 10 cm		> 10 cm hipermobilidad e						
	flexoextensao cervical	Extensão total		Mantem a lordose		Cabeça alinhada		Queixo ao tórax						
	flexoextensao toracica e Rotação cervical	> 10 cm do solo < 45		Ate 10 cm do solo 45 a 70		Dedo do solo 70 a 90		Mao do solo 90						
	Rotação toracica	< 45		45 a 70		70 a 90		90						

SEM DOR!						Area sugerida		
Questionário mente	PONTOS	1	2	3	Questionário mente	Composto Corpo	% gordura alta	Indicar taxa metabólica basal
-1	Qualidade do sono ?	Bom > 6 horas	Regular 4<6 h	Ruim < 4 horas	-1			
2	Historia familiar de DDA, alteração	Nao		Sim	2		Baixa % massa magra	Indicar a taxa metabólica basal
3	Doença crônica?	Nao ou estável	Instável	Agudizada	3		Assimetria 25% do mmss ou mmii	
4	Sintomas como fobia, pânico, stress e irritabilidade ?	Nunca	As vezes	Sempre	4		Assimétrico	
5	Historia de trauma familiar ou infantil?	Não		Sim	5		Dor no teste com diagnostico	
Extrema indicação	> 10 pontos			Extrema indicação			Dor incapacidade de realizar o teste	
Indicação moderada	6 a 9 pontos			Indicação moderada			Sem dor	
Sem obrigatoriedade	1 a 5 pontos			Sem obrigatoriedade				
		1	2	3				

Obs: