

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Physical Activity Readiness Questionnaire

PAR-Q

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: 21/10/19

Assinatura:

[Assinatura]

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Michell Luciane Idade: 43

Email: mccocino@onwelcome.com.br Cidade: SP

Bairro: J. Colônia Cel.: 9411342234

Data Nasc.: 13/10/76

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): 24 litros
- 7) Alimentação: (☒) Boa () Regular () Péssima
- 8) Alimentos de preferência: Macarrão, frango, arroz

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

Quais: RTSOL Funcional Frequência: 5 Dias

10) Tabagismo: (☐) Sim (☒) Não Quantidade/dia: _____

11) Ingerir bebida alcoólica: (☐) Sim (☒) Não Frequência: _____

Histórico clínico:

• Tratamento médico atual: (☐) Sim (☒) Não

Medicamentos em uso: 1000mg ibuprofeno (diagnóstico T.O.)

• 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. de tornozelo e joelho.

(☒) Sim (☐) Não Qual: Quadril, tornozelo e joelho.

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? (☐) Sim (☒) Não Quais: _____

• Teste de esforço, ergométrico ou ergoespirométrico

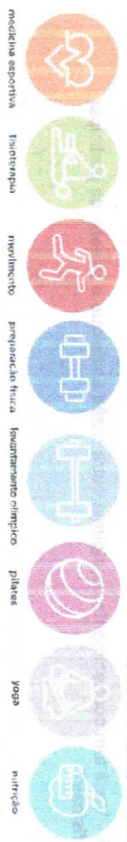
recentemente (menos de 1 ano)?

(☒) Sim (☐) Não













































































Seus objetivos e metas:

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

Perder o peso extra.



Movimento

SEM DORI					Área sugerida					
Mobilidade dinâmica		Pessimo	Ruim	Bom	Excelente		Pessimo	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 
Core.	Kibler	3 bordos e discinesia escapular	2 bordos	1 bordo	Escápula simétrica e estável		Fisio 	PF 	LPO 	LPO 
	Ponte bilateral	Ate 15 segundos	16 a 30 segundos	31 a 45 segundos	> 46 segundos		PII 	PII 	PF 	PF 
	Ponte unilateral	Ate 15 segundos	16 a 30 segundos	31 a 45 segundos	> 46 segundos		PII 	PII 	PF 	PF 
	Prancha Ventral	Ate 15 segundos	16 a 30 segundos	31 a 45 segundos	> 46 segundos		PII 	PII 	PF 	PF 
Bloco m2	Prancha Lateral	Ate 15 segundos	16 a 30 segundos	31 a 45 segundos	> 46 segundos		PII 	PII 	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 calcâneo e joelho (semiflexão)	Somente joelho	Eleva calcâneo	Todo pé no solo e joelho estendido		Yoga 	Yoga 	PF 	PF 
	Hipertensão cotovelo	5 graus	0	- 5 graus	- 10 graus		Yoga 	Yoga 	PF 	PF 
	Hipertensão 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 resistência	Toque na parte ventral do antebraço facilmente		Yoga 	Yoga 	PF 	PF 
Mobilidade articular Bloco 4	Ombro - RE, RI, Elevação	<45 graus - glúteo -120	45 - 70 - 15, 150	Ate 90, 112, 160	Hipermobilidade		Fisio 	Fisio 	PF 	PF 
	Quadril RE, RI, Flexoext.	< 70 - RE e < 15 graus RI	70 RE, 15 graus	80 RE, 30 RI	Hipermobilidade		Fisio 	Fisio 	PF 	PF 
	Tornozelo Wail test	< 5 cm	5 a 8 cm	8 cm - 10 cm	> 10 cm hipermobilidade		Fisio 	Fisio 	PF 	PF 
	Coluna flexoextensão cervical	Extensão total	Mantem a lordose	Cabeça alinhada	Queixo ao tórax		Fisio 	PII 	PF 	PF 
	Coluna flexoextensão torácica e lombar	> 10 cm do solo	Ate 10 cm do solo	Dedo do solo	Mão do solo		Fisio 	PII 	PF 	PF 
	Rotação cervical	< 45	45 a 70	70 a 90	90		Fisio 	PII 	PF 	PF 
	Rotação torácica	< 45	45 a 70	70 a 90	90		Fisio 	PII 	PF 	PF 

P. D. D
A. S. S
C. S. K