

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?

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:

APRILANO W BRABOSA

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

Data: 9/1/20

Assinatura:

APRILANO W BRABOSA

On Welcome

YON

Centro de Referência em Saúde
Atividade Física e Promovendo Bem-Estar

Nome:

APRILANO NASCIMENTO

Idade:

55

Email:

adriano1964@gmail.com

Cidade:

SP

Bairro:

URUPES

Cel:

(11) 938466933

Data Nasc:

18/3/64

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 () Pésima

8) Alimentos de preferência: FRUTAS, CARNE, MASSAS E

LEGUMES

Quais: ESTRADA

Frequência: 3x 500 Hz

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

11) Ingerir bebida alcoólica: ~~X~~ Sim () Não Frequência: 4x SEMANA

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

Medicamentos em uso: Sildenafil, Dextrobut, Bifluor

* Antecedentes alérgicos: () Sim (X) Não Quais: RONCOPATINA

• Portador de marcasso;

() Sim (~~X~~) Não

• Alterações cardíacas:

() Sim ☒ Não Quais:

• Antecedentes oncológicos:

() Sim ~~()~~ Não Qual:

- Diabetes:

() Sim ☒ Não Tipo:

Algum tipo de doença:

)Sim ()Nǎo Quai:

Possui algum problema ortopédico diagnosticado?;

X) sim () Não Qual: COPELUTÉ ADELIVA

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? (☒ Sim) (☐ Não Quais?) 4-3-10-10-5 SV PERMITE

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

) Sim (ع) Não

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

