

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

- ☐ ☐ 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: ____/____/____

Assinatura: _____

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: VIVIAN GAIESKI GARCIA DE OLIVEIRA Idade: 32

Email: VIVIGAIESKI@GMAIL.COM Cidade: _____

Bairro: PINHEIROS Cel.: (11) 99469-3573

Data Nasc.: 08/02/87

Sobre você:

1) Qualidade do sono:

() Bom > 6 horas

(X) Regular 4 a 6 horas

() Ruim < 4 horas

2) Historia familiar de depressão, deficit de atenção e ansiedade?

(X) Sim () Não

3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?

() Sim (X) Não

4) Queixa de stress mental?

(X) Sim () Não

5) Trauma familiar ou infantil?

() sim (X) Não

6) Ingestão de água (copos/dia): 3 a 4 copos.

7) Alimentação: () Boa (X) Regular () Péssima depende!

8) Alimentos de preferência: não tenho limitações ou preferências

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

Quais: _____ Frequência: _____

10) Tabagismo: (X) Sim () Não Quantidade/dia: socialmente

11) Ingerir bebida alcoólica: (X) Sim () Não Frequência: _____

Histórico clínico:

• Tratamento médico atual: (X) Sim () Não

Medicamentos em uso: pristiq, noripurum, sanyo.

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

• Portador de marcapasso:

() Sim (X) Não

• Alterações cardíacas:

() Sim (X) Não Quais: _____

• Antecedentes oncológicos:

() Sim (X) Não Qual: _____

• Diabetes:

() Sim (X) Não Tipo: _____

• Algum tipo de doença:

() Sim (X) Não Qual: _____

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

(X) Sim () Não Qual: compimento LCA

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? (X) Sim () Não Quais: ver recomendação médica

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

(X) Sim () Não

Seus objetivos e metas:

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

recuperar o joelho
