

## 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"/> |
- 1 - Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?
- |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------|-------------------------------------|
- 2 - Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física?
- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|--------------------------|
- 3 - No último mês você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade física?
- |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------------------|-------------------------------------|
- 4 - Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividades físicas?
- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|--------------------------|
- 5 - Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas?
- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|--------------------------|
- 6 - Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular?
- |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|--------------------------|
- 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:

VALQUIRIA ALVES DA CUNHA

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

\_\_\_\_\_

Data: 20/11/2019

Assinatura: \_\_\_\_\_

[Assinatura]

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: VALQUIRIA A. CUNHA Idade: 02  
Email: VALQUIRIACUNHA@GMAIL.COM Cidade: TERES-CT. BR  
Bairro: PINHEIROS Cel.: 011 99282 2577  
Data Nasc.: 02/12/64

## Sobre você:

1) Qualidade do sono:

☒ Bom > 6 horas

☐ Regular 4 a 6 horas

☐ Ruim < 4 horas

2) Historia familiar de depressão, deficit 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):

5

7) Alimentação: ☒ Boa ☐ Regular ☐ Péssima

8) Alimentos de preferência: carne / salmão

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

Quais: MUSCULAR Frequência: 02 x SEM.

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

11) Ingerir bebida alcoólica: ( ) Sim ( ☒ ) Não Frequência: —

## Histórico clínico:

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

Medicamentos em uso: ARADOIS / NEXUS / PIRENUTI

• Antecedentes alérgicos: ( ☒ ) Sim ( ) Não Quais: ALERGIA

• 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: HERNIA DE DISCO / PÉ C/

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? ( ☒ ) Sim ( ) Não Quais: TRAVESSIA PEDINDO

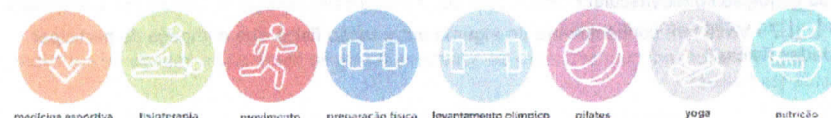
• Teste de esforço, ergométrico ou ergoespirométrico recentemente (menos de 1 ano)?

( ) Sim ( ☒ ) Não

## Seus objetivos e metas:

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

- FORTALECER O PÉ E TORNAR
- DIMINUIR DORES LOMBARES
- FORTALECER MUSCULATURA



LAÇOS TRANSVERSOS 60 dias Pá 45 com fôlego 15 cl / hora  
unidade de fortalecimento E. C/ romp. de lig. maiores posteriores. C/ dores  
L3-L4, L5-S1.  
↳ protrusão discal. L3-L4, abaulamento discal L4-L5.  
↳ sobrecarga dos ligam. L2-L3 a L4-L5



SEM DOR!									Area sugerida					IEC*
Mobilidade dinâmica		Péssimo		Ruim		Bom		Excelente		Péssimo	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		LPO	LPO	Se Valdo dinâmico do joelho
	Aganhamento análise do dorso curvo	Barra anterior cabeça		Barra AO LONGO DA NUCA		Barra MESMA LINHA CABEÇA		Posição ATRÁS CABEÇA						Se Valdo dinâmico do joelho
	Apley	Mais de 2 mãos		2 mãos		1 mão e meia		1 mão		Fisio		LPO	LPO	
	Kibler	3 bordos		2 bordos		1 bordo		Normal		Fisio		LPO	LPO	
Core.	Ponte bilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 34 segundos		> 46 segundos						F.A.G.
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 calcâneo e joelho		Flexão do calcâneo		Somente joelho		Todo pé no solo e joelho						
	Hiperextensão 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 - 15, 150		Ate 90, 112, 160		Hipermobildad e		Fisio	Fisio			
Bloco 4	Quadril RE, RI, Flexoext.	< 70 - RE e < 15 graus RI		70 RE, 15 graus		80 RE, 30 RI		Hipermobildad e		Fisio	Fisio			
	Tornozelo Wall test	< 5 cm		5 a 8 cm		8 cm - 10 cm		> 10 cm hipermobildad e		Fisio	Fisio			
	flexoextensão cervical	Extensão total		Mantem a lordose		Cabeça alinhada		Queixo ao tórax		Fisio	Pil.			
	flexoextensão toracica	> 10 cm do solo		Ate 10 cm do solo		Dedo do solo		Mao do solo		Fisio	Pil.			
	Rotação cervical	< 45		45 a 70		70 a 90		90		Fisio	Pil.			
	Rotação toracica	< 45		45 a 70		70 a 90		90		Fisio	Pil.			

P: 14/9  
A: 1.2.2  
P: 81

→ insegurança por fazer prancha com pé, dor lombar.  
→ dor na lombar

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	Composto Corpo	% gordura alta				Indicar taxa metabólica basal
4	Sintomas como fobia, pânico, stress e irritabilidade ?	Nunca	As vezes	Sempre	4						
5	Historia de trauma familiar ou infantil?	Não		Sim	5						
Extrema indicação	> 10 pontos				Extrema indicação						
Indicação moderada	6 a 9 pontos				Indicação moderada						
Sem obrigatoriedade	1 a 5 pontos				Sem obrigatoriedade						
		1	2	3							