

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? (TALVEZ)
- ☒ ☐ 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:

MARCELLO URSULES

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

Data:

29.11.19

Assinatura:

[Assinatura]

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: MARCELLO URSULES Idade: 53
 Email: MARCELLO@JGONGORA-ON.BR Cidade: SP
 Bairro: CHAC. FLORA Cel.: 11 98134-7228
 Data Nasc.: 09/11/66

Sobre você:

1) Qualidade do sono:

() Bom > 6 horas

☒ Regular 4 a 6 horas

() Ruím < 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): Pouco...

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

8) Alimentos de preferência: FRUTOS DO MAR

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

Quais: _____ Frequência: _____

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

11) Ingere bebida alcoólica: (X) Sim () Não Frequência: FIM DE SEMANA
(SÓ CERVEJA)

Histórico clínico:

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

Medicamentos em uso: EXFORGE HCT (PRESSÃO) TRATOR LONG
(dores)

• 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: CONDROMALÁCIA PATELAR

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? () Sim (X) Não Quais? _____

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

() Sim (X) Não

Seus objetivos e metas:

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

FORTALECIMENTO MUSCULAR APIM DE
OBTEN QUALIDADE DE VIDA E MINIMIZAR
AS DORES NO JOELHO (PERDA DE PESO)



medicina esportiva



fisioterapia



movimento



preparação física



levantamento olímpico



pilates



yoga



nutrição