

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:

ABDALLAH AHMAD FARIS

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

Data: 1/1/2018

Assinatura: abdalla faris

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal



Nome: ABDALLAH AHMAD FARIS Idade: 43

Email: ABIFARIS@HOTMAIL.COM Cidade: SP

Bairro: VILA AURADE Cel.: 11 98229 9835

Data Nasc.: 10/01/76

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): 2 litros por dia

7) Alimentação: ☒ Boa ☐ Regular ☐ Péssima

8) Alimentos de preferência: carne e peixe

PA: 13/8
A: 128
P: 86

NOTA
DE EXAT FÍSIO 51001
moo.

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

Quais: FUTEBOL MUSCULHAÇÃO 51015 Frequência: 5X SEMANAL

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

11) Ingerir bebida alcoólica: () Sim () Não Frequência: 2X AO MÊS

Histórico clínico:

• Tratamento médico atual: () Sim () Não

Medicamentos em uso: _____

• 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 () Não Qual: IMPACTO NO OMBRO D 20000

• 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

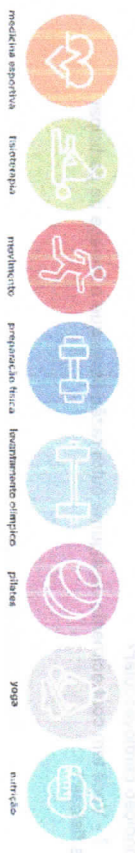
Reduções.

Seus objetivos e metas:

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

FOFATELAMENTO COLE CADEIA INTERIOR -

CONDICIONAMENTO FÍSICO PARA PRÁTICA FUTEBOL.



Movimento

→ Polster: 4. D
→ 4. - 1. St. .
→ www.wahlkreis.de
→ www.wahlkreis.de

-Diplo Galamto.