

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?

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:

Robson Carneiro da Silva

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

Data: 08 / 01 / 20

Assinatura:

[Assinatura]

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Robson Carneiro da Silva Idade: 38  
Email: robsoncoxil@gmail.com Cidade: SP  
Bairro: Vila Santana Cel.: 11-967230623  
Data Nasc.: 27 / 10 / 1981

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): 12

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

8) Alimentos de preferência: maça

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

Quais: musculação/bike/Futebol Frequência: 5 dias / 1 dia

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

11) Ingere bebida alcoólica: ☒ Sim ( ) Não Frequência: Final de semana

## 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: \_\_\_\_\_

• 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

## Objetivo e metas

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

Objetivo é; manter uma boa forma  
física e futuramente correr de  
15Km a 21km.

