

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Physical Activity Readiness Questionnaire

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica e médica antes do início da atividade física. Caso você marque um SIM, é fortemente sugerida a realização da avaliação clínica e médica. Contudo, qualquer pessoa pode participar de uma atividade física de esforço moderado, respeitando as restrições médicas.

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? |

☐ ☒ 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:

Fabida Degobbi Bernardes

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

Assinatura:

Data:

Fabida Degobbi Bernardes
28/08/19



On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Fabíola Jacobbi Bernandes Idade: 45
Email: fabibernandes12@gmail.com Cidade: SP
Bairro: Vila Sonia Cel.: 11 - 97104-7658
Data Nasc.: 12/03/74

1) Qualidade do sono:

(☒) Boa () Regular () Péssima Quantas horas/noite 8h

2) Ingestão de água (copos/dia): 2L

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

4) Alimentos de preferência: TUDO

5) Pratica Atividade Física?: () Sim (☒) Não

Que tipo: _____ Frequência: _____

6) Tabagismo: () Sim (☒) Não Quantidade/dia: _____

7) Ingere bebida alcoólica: (☒) Sim () Não Frequência: quase

nunca
1 x semana

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

Medicamentos em uso: _____

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

• 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: Cervicalgia

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de exercícios?

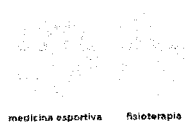
() Sim (X) Não Qual: _____

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

(X) Sim () Não

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

alongar, enfiar se cer
Bem estar



medicina esportiva



fisioterapia



movimento



preparação física



levantamento olímpico



pilates



yoga



nutrição