

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 type="checkbox"/> | <input checked="" 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 type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 - Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 6 - Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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:

Isadare Maffei

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

Data: 01/11/19

Assinatura: Isadare Maffei

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Isadare Maffei Idade: 21
Email: Isadare.maffei@gmail.com Cidade: São Paulo
Bairro: McCrumbi Cel.: 96192-3340
Data Nasc.: 16/12/1997

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 (às vezes)

5) Trauma familiar ou infantil?

☐ sim ☒ Não

6) Ingestão de água (copos/dia): 3 litros

7) Alimentação: ☒ Boa ☐ Regular ☐ Péssima

8) Alimentos de preferência: Queijo e massa,

porém como mt verdure
e legume (não como)
carne
→ transição vegetariana.
→ consulto com Camilla TAB m

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

Quais: Yoga Frequência: 5x semana

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

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

Histórico clínico:

• Tratamento médico atual: () Sim ☒ Não

Medicamentos em uso: _____

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

• 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

Seus objetivos e metas:

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

Saúde, condicionamento,
ganho de massa muscular.



T: 12 PA 1218
 S: 12 A: 140
 C: 23 P: 63.8

10 ADORA

Movimento

SEM DOR!									Area sugerida				
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	PF	LPO	LPO
	Apley	Mais de 2 mãos		2 mãos		1 mão e meia		1 mão		Fisio	PF	LPO	LPO
	Kibler	3 bordos e discinesia escapular		2 bordos		1 bordo		Escápula simétrica e estável		Fisio	PF	LPO	LPO
Core.	Ponte bilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 45 segundos		> 46 segundos		Pil	Pil	PF	
Bloco m2	Ponte unilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 45 segundos		> 46 segundos		Pil	Pil	PF	PF
	Prancha Ventral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 45 segundos		> 46 segundos		Pil	Pil	PF	PF
	Prancha Lateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 45 segundos		> 46 segundos		Pil	Pil	PF	PF
												PF	PF
Flexibilidade	Elevação ativa MI	Ate 30 graus		De 30 a 70 graus		Acima 70				Yoga	Yoga	PF	PF
Bloco 3	Flexão do tronco ortostática	Eleva calcaneo e joelho (semiflexao)		Somente joelho		Elevar calcaneo		Todo pé no solo e joelho estendido		Yoga	Yoga	PF	PF
	Hiperextensao cotovelo	5 graus		0		- 5 graus		- 10 graus		Yoga	Yoga	PF	PF
	Hiperextensão do joelho	5 graus		0		-5 graus		- 10 graus		Yoga	Yoga	PF	PF
	Hipermobilidade 1 dedo _ toque ventral antebraço	Mais de 1 cm		Quase se toca > 1 cm		Toque na parte ventral do antebraço com resistencia		Toque na parte ventral do antebraço facilmente		Yoga	Yoga	PF	PF
												PF	PF
Mobilidade articular	Ombro - RE, RI, Elevação	<45 graus - gluteo -120		45 - 70 - 15, 150		Ate 90, 112, 160		Hipermobilidade		Fisio	Fisio	PF	PF
Bloco 4	Quadril RE, RI, Flexoext.	< 70 - RE e < 15 graus RI		70 RE, 15 graus		80 RE, 30 RI		Hipermobilidade		Fisio	Fisio	PF	PF
	Tornozelo Wall test	< 5 cm		5 a 8 cm		8 cm - 10 cm		> 10 cm hipermobilidade		Fisio	Fisio	PF	PF
	Coluna flexoextensao cervical	Extensão total		Mantem a lordose		Cabeça alinhada		Queixo ao tórax		Fisio	Pil.	PF	PF
	Coluna flexoextensao toracica e lombar	> 10 cm do solo		Ate 10 cm do solo		Dedo do solo		Mao do solo		Fisio	Pil.	PF	PF
	Rotação cervical	< 45		45 a 70		70 a 90		90		Fisio	Pil.	PF	PF
	Rotação toracica	< 45		45 a 70		70 a 90		90		Fisio	Pil.	PF	PF

→ ant. quadril
 - 12 seg. mot. uniax.

→ flex de quadril
 toda de cont. musc.

→ 12 de quadril
 toda de cont. musc.

- 12 de quadril me semtore 51 dan.