

Physical Activity Readiness Questionnaire
PAR-Q
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:

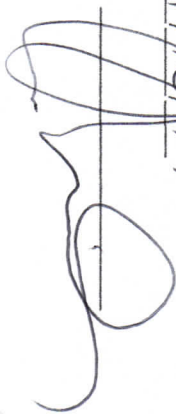
LUISA KATIA KIAN DE JESUS

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

MARCELO E.R. DE JESUS

Data: 29.10.2009

Assinatura:



On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal



Nome: LUISA K. DE JESUS Idade: 70

Email: MEDLIMA@YANIO.COM Cidade: SB

Bairro: RE. MORUMBÍ Cel.: 932615880

Data Nasc.: 09/09/2009

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): 6/dia

7) Alimentação: ☐ Boa ☒ Regular ☐ Péssima

8) Alimentos de preferência: ARROZ / FEIJÃO / CARNE

MARCELO

9) Prática Atividade Física? ☒ Sim () Não

Quais: Atas de 100m / 100m's Frequência: 3X

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

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

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

Seus objetivos e metas:

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



medicina esportiva

funcionária

motricidade

preparação física

treinamento olímpico

plata

joia

nutrição

Movimento

→ quadrilateral
→ " "
→ not. hexagon
quadrilateral