

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Marlene Davini Idade: 39

Email: clausaenriquel@gmail.com Cidade: São Paulo

Bairro: Vila Sônia Cel.: 376142092

Data Nasc.: 17/4/1980

## Sobre você:

1) Qualidade do sono:

☒ Bom > 6 horas

☐ Regular 4 a 6 horas

☐ Ruim < 4 horas

2) Historia familiar de depressão, déficit de atenção e ansiedade?

☒ Sim ☐ Não Sim

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): 10 copos

7) Alimentação: ☐ Boa ☒ Regular ☐ Péssima

8) Alimentos de preferência: Shirazi, ovos, macarrão, chocolate

9) Prática Atividade Física? ☐ Sim ☒ Não

Quais: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

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

11) Ingerir bebida alcoólica: ☒ Sim ☐ Não Frequência: Por fim 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: Va falarem

• Diabetes: \_\_\_\_\_

☐ Sim ☒ Não Tipo: \_\_\_\_\_

• Algum tipo de doença: \_\_\_\_\_

☐ Sim ☒ Não Qual: \_\_\_\_\_

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

☐ Sim ☐ Não Qual: Lesão de disco na lombar 2003

• 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

## 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:

Isadora Jansen

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

Data: 21/1/2019

Assinatura: [assinatura]

## Seus objetivos e metas:

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

pretendo melhorar minha saúde física.



medicina esportiva

fisioterapia

movimento

preparação física

levantamento olímpico

pilates

crossfit

yoga

nutrição



TR: 1000  
 51: 1000  
 C: 1000