

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:

Caio Eduardo Lorenzi

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

Data: 6 / 01 / 2020

Assinatura:

[Assinatura]

On Welcome



Centro Integrado de Saúde
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Caio Eduardo Lorenzi Idade: 34
Email: CaioLorenzi@gmail.com Cidade: São Paulo
Bairro: Jd. Guedala Cel.: 11 99736-5820
Data Nasc.: 20 / 02 / 1985

Sobre você

1) Qualidade do sono:

- (X) Bom > 6 horas
() Regular 4 a 6 horas
() Ruim < 4 horas

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

- () Sim (X) Não

3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?

- () Sim (X) Não

4) Queixa de stress mental?

- () Sim (X) Não

5) Trauma familiar ou infantil?

- () sim (X) Não

6) Ingestão de água (copos/dia): 1,5L

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

3) Alimentos de preferência: Arroz e Feijão

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

Quais: Surf Frequência: Fins de Semana

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

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

História Clínica

• 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? _____

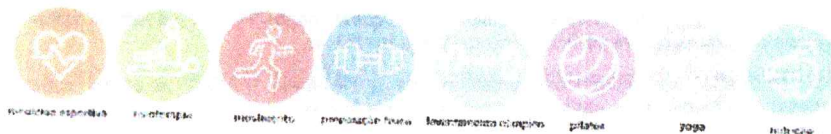
• Teste de esforço, ergométrico ou ergoespirométrico recentemente (menos de 1 ano)?

() Sim (☒) Não

Seus objetivos e metas:

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

Gostaria ter ganho de massa
muscular e bom condicionamento
Físico, com foco no Surf



→ rep. leg. sem dor no joelho.

→ uncomodo no abdômen superior.