

## 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                                 |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <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?
- 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:

SILVIA T. COELHO

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

Data: 29 / 11 / 19

Assinatura: \_\_\_\_\_

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: SILVIA T. COELHO Idade: 33  
Email: SILVIA.COELHO@onwelcome.com.br Cidade: SÃO PAULO  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 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): 15

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

8) Alimentos de preferência: CARNES

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

Quais: LPO / JORLEX Frequência: 4x

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

11) Ingere bebida alcoólica: ( ☒ ) Sim ( ) Não Frequência: 4x SEMANA.

## Histórico clínico:

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

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

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

• Portador de marcapasso:

( ) Sim ( ☒ ) Não

• Alterações cardíacas:

( ) Sim ( ☒ ) Não Quais: \_\_\_\_\_

• Antecedentes oncológicos:

( ☒ ) Sim ( ) Não Qual: CANCER PULMÃO

• Diabetes:

( ) Sim ( ☒ ) Não Tipo: \_\_\_\_\_

• Algum tipo de doença:

( ) Sim ( ☒ ) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

( ☒ ) Sim ( ) Não Qual: CONDROMALACIA / SÍNDROME BURNER.

• 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:

EMAGRECIMENTO



medicina esportiva



fisioterapia



movimento



preparação física



levantamento olímpico



pilates



yoga



nutrição



SEM DOR!																
Mobilidade dinâmica		Péssimo				Ruim		Bom		Excelente		Area sugerida				
												Péssimo	Ruim	Bom	Excelente	IEC <sup>1</sup>
Bloco 1	Agachamento	45 graus de flexão			45 a 90 graus de flexão do joelho			Acima de 90 graus com taco		Completo		Fisio		LPO	LPO	Se Valdo dinâmico do joelho
	Aganhamento análise do dorso curvo	Barra anterior cabeça			Barra AO LONGO DA NUCA			Barra MESMA LINHA CABEÇA		Posição ATRÁS CABEÇA						Se Valdo dinâmico do joelho
	Apley	Mais de 2 mãos			2 mãos			1 mão e meia		1 mão		Fisio		LPO	LPO	
Core,	Kibler	3 bordos			2 bordos			1 bordo		Normal		Fisio		LPO	LPO	
	Ponte bilateral	Ate 15 segundos			16 a 30 segundos			31 a 34 segundos		> 46 segundos						
Bloco m2	Ponte unilateral	Ate 15 segundos			16 a 30 segundos			31 a 34 segundos		> 46 segundos						
	Prancha Ventral	Ate 15 segundos			16 a 30 segundos			31 a 34 segundos		> 46 segundos						
	Prancha Lateral	Ate 15 segundos			16 a 30 segundos			31 a 34 segundos		> 46 segundos						
Flexibilidade	Elevação ativa MI	Ate 30 graus			De 30 a 70 graus			Acima 70								
	Bloco 3	Flexão do tronco ortostática	Eleva calcaneo e joelho			Flexão do calcaneo			Somente joelho		Todo pé no solo e joelho					
Hiperextensao cotovelo		5 graus			0			- 5 graus		- 10 graus						
Hiperextensão do joelho		5 graus			0			-5 graus		- 10 graus						
Mobilidade articular	Ombro - RE, RI, Elevação	<45 graus - gluteo -120			45 - 70 - I5, 150			Ate 90, t12, 160		Hipermobilidad e		Fisio	Fisio			
	Bloco 4	Quadril RE, RI, Flexoext.	< 70 - RE e < 15 graus RI			70 RE, 15 graus			80 RE, 30 RI		Hipermobilidad e		Fisio	Fisio		
Tornozelo Wall test		< 5 cm			5 a 8 cm			8 cm - 10 cm		> 10 cm hipermobilidad e		Fisio	Fisio			
flexoextensao cervical		Extensão total			Mantem a lordose			Cabeça alinhada		Queixo ao tórax		Fisio	Pil.			
flexoextensao toracica		> 10 cm do solo			Ate 10 cm do solo			Dedo do solo		Mao do solo		Fisio	Pil.			
Rotação cervical		< 45			45 a 70			70 a 90		90		Fisio	Pil.			
Rotação toracica		< 45			45 a 70			70 a 90		90		Fisio	Pil.			

SALETE

SEM DOR!						Area sugerida							
Questionário mente	PONTOS	1	2	3	Questionário mente				Composto Corpo	% gordura alta			Indicar taxa metabólica basal
-1	Qualidade do sono ?	Bom > 6 horas	Regular 4<6 h	Ruim < 4 horas	-1								
2	Historia familiar de DDA, alteração	Nao		Sim	2					Baixa % massa magra			Indicar a taxa metabólica basal
3	Doença crônica?	Nao ou estável	Instável	Agudizada	3				Composto Corpo	% gordura alta			Indicar taxa metabólica basal
4	Sintomas como fobia, pânico, stress e irritabilidade ?	Nunca	As vezes	Sempre	4								
5	Historia de trauma familiar ou infantil?	Não		Sim	5								
Extrema indicação	> 10 pontos				Extrema indicação								
Indicação moderada	6 a 9 pontos				Indicação moderada								
Sem obrigatoriedade	1 a 5 pontos				Sem obrigatoriedade								
		1	2	3									