

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"/> | 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:

Camila Machado Barella

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

Data: 27 / 11 / 19

Assinatura: [assinatura]

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Camila machado Barella Idade: 34
 Email: maxellacamila@gmail.com Cidade: São Paulo
 Bairro: Indianópolis Cel.: 1194203-2369
 Data Nasc.: 03/07/1989

Sobre você:

1) Qualidade do sono:

() Bom > 6 horas

(X) Regular 4 a 6 horas

() Ruim < 4 horas

2) Historia familiar de depressão, deficit 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 () Não

6) Ingestão de água (copos/dia): 152

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

8) Alimentos de preferência: Vegetariana

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

Quais: 2PO, musculação, corrida, Bike Frequência: 5-5x/semana

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

11) Ingere 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: Problema hormonal

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

() Sim (☒) Não Qual: _____

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? () Sim (☒) Não Quais? _____

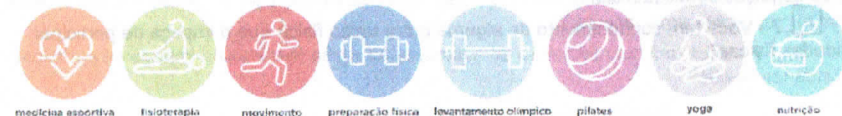
• Teste de esforço, ergométrico ou ergoespirométrico recentemente (menos de 1 ano)?

(☒) Sim () Não

Seus objetivos e metas:

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

Prova de montanha e 42 Km
NY em novembro.



medicina esportiva

fisioterapia

movimento

preparação física

levantamento olímpico

pilates

yoga

nutrição

SEM DOR!									Área 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 calcaneio e joelho (semiflexão)		Somente joelho		Elevar calcaneio		Todo pé no solo e joelho estendido		Yoga	Yoga	PF	PF
	Hiperextensão 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 resistência		Toque na parte ventral do antebraço facilmente		Yoga	Yoga	PF	PF
												PF	PF
Mobilidade articular	Ombro - RE, RI, Elevação	<45 graus - glúteo -120		45 - 70 - 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 flexoextensão cervical	Extensão total		Mantém a lordose		Cabeça alinhada		Queixo ao tórax		Fisio	Pil.	PF	PF
	Coluna flexoextensão torácica e lombar	> 10 cm do solo		Ate 10 cm do solo		Dedo do solo		Mão do solo		Fisio	Pil.	PF	PF
	Rotação cervical	< 45		45 a 70		70 a 90		90		Fisio	Pil.	PF	PF
	Rotação torácica	< 45		45 a 70		70 a 90		90		Fisio	Pil.	PF	PF

D: 57.5
A: 1.62
P: 10/6

→ principalmente no ilíaco. D

SEG
Ostia
Lombos

TER
PF

QUA
Lombos
Lombos

QUI
PF
LPO







SEX
Lombos
Yoga

os ossos relacionados

clom. yoga
solo
Lombos
Lombos
Lombos

BQ

CAMILA BARCELIA

SEM DORI		Área sugerida									
Testes sem escala de evolução											
Dinamômetro	Assimetria 25% do membro superior OU membro inferior direito e esquerdo										
	Simétrico										
Dor ao teste com diagnóstico											
Composto Corpo	% gordura alta										
Composto Corpo	Baixa % massa magra										
Dor incapacitante ao realizar o teste											

→ OLA RETORNA 16 km mensalmente
 → buns mensalmente

[illegible]

The image shows a vertical sheet of white graph paper with a light gray grid. At the very top, there is a narrow horizontal strip containing several small logos and fragments of text from another document. From left to right, these include a blue scribble, a green circular logo with a stylized figure, a blue circular logo with a stylized figure, a green circular logo with a stylized figure, a blue circular logo with a stylized figure, and a blue circular logo with a stylized figure. To the right of these logos, the text "Area sugerida" is printed vertically. The rest of the page is a clean, unlined grid.