PAR O

Physical Activity Readiness Questionnarie

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

estão associados a muitos benefícios de saúde. Completar o PAR-Q representa o primeiro pass importante a ser tomado, principalmente se você está interessado em incluir a atividade física cor maior freqüência e regularidade no seu dia a dia.
O bom senso é o seu melhor guia ao responder estas questões. Por favor, leia atentamente cad 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 equilibrio 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 esta liberado(a) pelo meu médico para participação em atividades físicas. Nome do(a) participante:
Data: 00112119
Accidentaria Duly & Matter

On Welcome



......

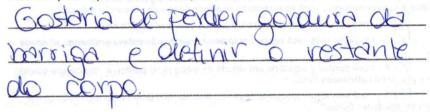
Centro Integrado de Saúde, Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Sonia Wunnez Matter Idade: 24
Email: Somether Condidade: 500 Paulo
Bairro: VIB 202010 Cel.: (11) 9557-6363
Data Nasc.: 28/11/1995
Sobre você:
1) Qualidade do sono:
gi 😽 💮 💉 💮 Oto in migra storidar, o
(X) Bom > 6 horas
() Regular 4 a 6 horas
() Ruím < 4 horas
2) Historia familiar de depressão, deficit de atenção e ansiedade?
(X) Sim ()Não
The second commence of the contract of the con
3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?
() Sim (X)Não
4) Queixa de stress mental?
(X) Sim () Não
5) Trauma familiar ou infantil?
()sim (X) Não
21
6) Ingestão de água (copos/dia): 20 por OLO
7) Alimentação: (X) Boa () Regular() Péssima
8) Alimentos depreferência: Frutos, CONNES

9) Pratica Atividade Física?: (X) Sim () Não			
Quais: MUSCULIÇÃO P devobico Frequência: 40905 Na Semana			
10) Tabagismo: () Sim (X) Não Quantidade/dia:			
11) Ingere bebidaalcoólica: (XSim ()Não Frequência: AS USOS UM OUC			
no final ousewana			
Historico clínico:			
• Tratamento médico atual: () Sim (X) Não			
Medicamentos em uso:			
• Antecedentes alérgicos: () Sim (X) Não Quais:			
• Portador de marcapasso:			
()Sim (X)Não			
• Alterações cardiacas:			
() Sim (Não Quais:			
Antecedentes oncológicos:			
() Sim (X)Não Qual:			
• Diabetes:			
()Sim (★) Não Tipo:			
• Algum tipo de doença:			
() Sim (X)Não Qual:			
Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:			
() Sim (X)Não Qual:			
 Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de exercícios? ()Sim (X)Não Quais? 			
 Teste de esforço, ergométrico ou ergoespirométrico recentemente (menos de 1 ano)? 			
()Sim (X)Não			

Seus objetivos e metas:

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



















and and