

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:

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

Data: 08 / 11 / 19

Assinatura: Ricardo Tanzi

On Welcome

Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal



Nome: Ricardo Tanzi Idade: 35

Email: Cidade: São Paulo

Bairro: Vila Dória Cel.: 11 997817060

Data Nasc.: 14 / 01 / 84

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?

(X) Sim ( ) Não

3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?

(X) Sim ( ) Não

4) Queixa de stress mental?

(X) Sim ( ) Não

5) Trauma familiar ou infantil?

( ) sim (X) Não

6) Ingestão de água (copos/dia): 5

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

8) Alimentos de preferência: Coma

9) Prática Atividade Física? (X) Sim ( ) Não

Quais: Corrida 301015 / mesec. 4-5 Frequência: 360-360

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

11) Ingerir bebida alcoólica: (X) Sim ( ) Não Frequência: 100-3300

## Histórico clínico:

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

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

• Antecedentes alérgicos: ( ) Sim (X) Não Quais: \_\_\_\_\_

• Portador de marcapasso: \_\_\_\_\_

( ) Sim (X) Não

• Alterações cardíacas: \_\_\_\_\_

(X) Sim ( ) Não Quais: paciente + 7m há nos usq.

• Antecedentes oncológicos: \_\_\_\_\_

(X) Sim ( ) Não Qual: pac. prostatectomia

• Diabetes: \_\_\_\_\_

( ) Sim (X) Não Tipo: \_\_\_\_\_

• Algum tipo de doença: \_\_\_\_\_

( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?: \_\_\_\_\_

(X) Sim ( ) Não Qual: lesão de L5/S1 em 2018

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de exercícios? ( ) Sim (X) Não Quais? usq. de LCA direita 2014 - Sim da usq.

• 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:

Quero um plano personalizado





RQ - *benzene*

F. M. S. O.

- പിറവന്നൂർ.

- <sup>tem.</sup> ~~qual~~ E <sup>de</sup> ~~da~~ <sup>quanto</sup> ~~com~~.

366 m

87

A: 18A

10

৫২৭

DE

C: 18

—

→ 450  
→ 170

QED

sex

→ 100