

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:

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

Data: 08 / 01 / 2020

Assinatura:

Sandra Sandre

On Welcome



Centro Integrado de Saúde
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: SANDRA SANDRE Idade: 56
Email: endosandra@hotmail.com Cidade: SP
Bairro: Pinheiros Cel.: 1193047979
Data Nasc.: 28 / 10 / 63

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): 4 copos

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

8) Alimentos de preferência: saudáveis

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

Quais: bicicleta Frequência: 4x

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

11) Ingere bebida alcoólica: ☒ Sim () Não Frequência: socialmente

Antecedentes clínicos

• Tratamento médico atual: ☒ Sim () Não

Medicamentos em uso: nenhum

• 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: Hernia de disco cervical

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

☒ Sim () Não Qual: Hernia de disco cervical

• 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

Objetivo e metas

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

Objetivo - restabelecer normalidade
das atividades físicas pois
há um quadro de dor. Portanto
necessário de um trat. fisioterápico

