

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:

FELIPE AUGUSTO CUNHA

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

Data: 11/11/19

Assinatura:



On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: FELIPE AUGUSTO CUNHA Idade: 33

Email: LIFE-AC@HOTMAIL.COM Cidade: SF

Bairro: SANTANA Cel.: (11) 9 3208-0990

Data Nasc.: 19/01/86

Sobre você:

- 1) Qualidade do sono:
 - () Bom > 6 horas
 - ☒ Regular 4 a 6 horas
 - () Ruim < 4 horas
- 2) Historia familiar de depressão, deficit 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): 3-4
- 7) Alimentação: ☒ Boa () Regular () Péssima
- 8) Alimentos de preferência: SEM

9) Prática Atividade Física? ☒ Sim () Não

Quais: EXERCÍCIOS FÍSICOS Frequência: 5 vezes por semana e cobrada

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

11) Ingerir bebida alcoólica: () Sim ☒ Não Frequência: _____

Histórico clínico:

• Tratamento médico atual: () Sim ☒ Não

Medicamentos em uso: _____

• Antecedentes alérgicos: ☒ Sim () Não Quais: ANTI-INFLAMATÓRIOS

• 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: _____

• 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:

CONDICIONAMENTO físico



Aluno: [nome]

Assinatura do aluno:

Assinatura do professor:

APBAZ-ESCAP

A: 189

P. 915

P: A318

—