

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?
- ☐ ☒ 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:

Sophia Lunhez Maffei

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

Data: 06/12/19

Assinatura:

Sophia Lunhez Maffei

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Sophia Lunhez Maffei Idade: 24
Email: Somaffei@hotmail.com Cidade: São Paulo
Bairro: Vila Suzana Cel.: (11) 95557-6363
Data Nasc.: 28/11/1995

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): 2L por dia

7) Alimentação: ☒ Boa ☐ Regular ☐ Péssima

8) Alimentos de preferência: Frutas, carnes

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

Quais: Musculação e aeróbico Frequência: 4 vezes na semana

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

11) Ingerir bebida alcoólica: (☒) Sim () Não Frequência: As vezes um ou
no final de semana

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: _____

• 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 ergoespiométrico recentemente (menos de 1 ano)?

() Sim (☒) Não

Seus objetivos e metas:

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

Gostaria de perder gordura da
barriga e definir o restante
do corpo.

