

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? | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 - Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física? | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 - No último mês você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade física? | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4 - Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividades físicas? | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5 - Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas? | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 - Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular? | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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:

Eliza Fernandes

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

Data: 20 / 12 / 2019

Assinatura: Eliza Fernandes

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Eliza da Silva Fernandes Idade: 19

Email: eliza.s.f@gmail.com Cidade: São Paulo

Bairro: Jardim Olympia Cel.: (11) 97683-1411

Data Nasc.: 18 / 12 / 2000

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): 5-6

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

8) Alimentos de preferência: _____

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

Quais: Futsal / Handebol Frequência: 2x/semana

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

11) Ingere bebida alcoólica: () Sim (✓) Não Frequência: _____

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: torsão do joelho

• 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

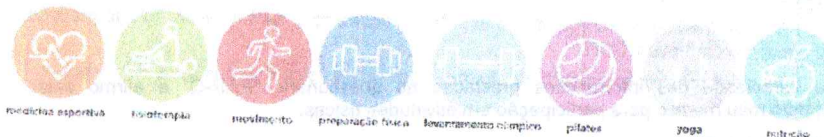
Seus objetivos e metas:

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

Recuperação rápida para ser dispensada

no início de 2020 para fazer

trabalho voluntário fora.



Nome: **ELIZA DA SILVA**Peso: **60** Altura: **1,60** RA: **1418** Tricipital/Peitoral: **35** Supra/Abdominal: **40** Coxa: **30**

SEM DOR!		Movimento				Area sugerida				IEC?
Mobilidade dinâmica		Péssimo	Ruim	Bom	Excelente	Péssimo	Ruim	Bom	Excelente	
Bloco 1	Agachamento	45 graus de flexão	45 a 90 graus de flexão do joelho	Acima de 90 graus com taco	Completo	Fisio		LPO	LPO	Se Valdo dinâmico do joelho CINEMATICA Se Valdo dinâmico do joelho CINEMATICA
	Aganhamento análise do dorso curvo	Barra anterior cabeça	Barra AO LONGO DA NUCA	Barra MESMA LINHA CABEÇA	Posição ATRÁS CABEÇA	Fisio		LPO	LPO	
	Apley	Mais de 2 mãos	2 mãos	1 mão e meia	1 mão	Fisio		LPO	LPO	
	Kibler	3 bordos	2 bordos	1 bordo	Normal	Fisio		LPO	LPO	
Core	Ponte bilateral	Ate 15 segundos	16 a 30 segundos	31 a 34 segundos	> 46 segundos	Fisio				
Bloco m2	Ponte unilateral	Ate 15 segundos	16 a 30 segundos	31 a 34 segundos	> 46 segundos					RQ
	Prancha Ventral	Ate 15 segundos	16 a 30 segundos	31 a 34 segundos	> 46 segundos					
	Prancha Lateral	Ate 15 segundos	16 a 30 segundos	31 a 34 segundos	> 46 segundos					
Flexibilidade	Elevação ativa MI	Ate 30 graus	De 30 a 70 graus	Acima 70						
	Flexão do tronco ortostática	Eleva calcaneio e joelho (semiflexão)	Flexão do calcaneio	Somente joelho	Todo pé no solo e joelho estendido					
	Hiperextensão cotovelo	5 graus	0	- 5 graus	- 10 graus					
	Hiperextensão do joelho	5 graus	0	-5 graus	- 10 graus					
Mobilidade articular	Ombro - RE, RI, Elevação	<45 graus - gluteo -120	45 - 70 - I5, 150	Ate 90, t12, 160	Hipermobilidade	Fisio	Fisio			
	Quadril RE, RI, Flexoext.	< 70 - RE e < 15 graus RI	70 RE, 15 graus	80 RE, 30 RI	Hipermobilidade	Fisio	Fisio			
	Tornozelo Wall test	< 5 cm	5 a 8 cm	8 cm - 10 cm	> 10 cm hipermobilidade	Fisio	Fisio			
	flexoextensão cervical	Extensão total	Mantem a lordose	Cabeça alinhada	Queixo ao tórax	Fisio	Pil.			
	flexoextensão torácica e Rotação cervical	> 10 cm do solo < 45	Ate 10 cm do solo 45 a 70	Dedo do solo 70 a 90	Mão do solo 90	Fisio	Pil.			
	Rotação torácica	< 45	45 a 70	70 a 90	90	Fisio	Pil.			

SEM DOR!						Area sugerida		
Questionário mente	PONTOS	1	2	3	Questionário mente	Composto Corpo	% gordura alta	Indicar taxa metabólica basal
-1	Qualidade do sono ?	Bom > 6 horas	Regular 4<6 h	Ruim < 4 horas	-1			
2	Historia familiar de DDA, alteração	Nao		Sim	2		Baixa % massa magra	Indicar a taxa metabólica basal
3	Doença crônica?	Nao ou estável	Instável	Agudizada	3		Assimetria 25% do mmss ou mmii	
4	Sintomas como fobia, pânico, stress e irritabilidade ?	Nunca	As vezes	Sempre	4		Assimétrico	
5	Historia de trauma familiar ou infantil?	Não		Sim	5		Dor no teste com diagnostico	
Extrema indicação	> 10 pontos			Extrema indicação			Dor incapacidade de realizar o teste	
Indicação moderada	6 a 9 pontos			Indicação moderada			Sem dor	
Sem obrigatoriedade	1 a 5 pontos			Sem obrigatoriedade				
		1	2	3				

Obs: Cirurgia LCA feita em junho/2019 por um dos irmãos c/dados.
T/Q - Rap