

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"/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <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?

*Osteoporose e Osteopenia*

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:

Nadia Cristina Miyashita

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

\_\_\_\_\_

Data: 20/12/19

Assinatura: \_\_\_\_\_

*[Assinatura]*

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Nadia Cristina Miyashita Idade: 52a  
Email: cd.nadia@gmail.com.br Cidade: São Paulo  
Bairro: Menembi Cel.: 05654-000  
Data Nasc.: 03/03/67

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): pouca água/muito cocacola

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

8) Alimentos de preferência: como de tudo

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

Quais: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

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

11) Ingerir bebida alcoólica: ( ) Sim (X) Não Frequência: \_\_\_\_\_

## Histórico clínico:

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

Medicamentos em uso: Zoloft, Ca, Vit D, Centrum Frontok

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

• Portador de marcapasso:

( ) Sim (X) Não

• Alterações cardíacas:

( ) Sim (X) Não Quais: \_\_\_\_\_

• Antecedentes oncológicos:

( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Diabetes:

( ) Sim (X) Não Tipo: \_\_\_\_\_

• Algum tipo de doença:

( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

( ) Sim (X) Não Qual: \_\_\_\_\_

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? ( ) Sim (X) Não Quais? \_\_\_\_\_

• 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:

Sedentária convicta. Preciso  
condicionamento físico completo.  
Meta: Caminho de Santiago  
de Compostela





Nome: **NADIA C.**

Peso: **63,5** Altura: **1,60** RA: **141,8**

Tricipital/Peitoral: **20** Supra/Abdominal: **25** Coxa: **30**

SEM DOR!		Movimento						Area sugerida						
Mobilidade dinâmica		Péssimo		Ruim		Bom		Excelente		Péssimo	Ruim	Bom	Excelente	IEC?
Bloco 1	Agachamento	45 graus de flexão		45 a 90 graus de flexão do joelho		Acima de 90 graus com taco		Completo						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						
	Apley	Mais de 2 mãos		2 mãos		1 mão e meia		1 mão						
	Kibler	3 bordos		2 bordos		1 bordo		Normal						
Core.	Ponte bilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 34 segundos		> 46 segundos						
Bloco m2	Ponte unilateral	Ate 15 segundos		16 a 30 segundos		31 a 34 segundos		> 46 segundos						F.A. G.M
	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								
Bloco 3	Flexão do tronco ortostática	Eleva calcaneo e joelho (semiflexao)		Flexão do calcaneo		Somente joelho		Todo pé no solo e joelho estendido						
	Hiperextensao 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 - 15, 150		Ate 90, t12, 160		Hipermobilidad e						
Bloco 4	Quadril RE, RI, Flexoext.	< 70 - RE e < 15 graus RI		70 RE, 15 graus		80 RE, 30 RI		Hipermobilidad e						
	Tornozelo Wall test	< 5 cm		5 a 8 cm		8 cm - 10 cm		> 10 cm hipermobilidad e						
	flexoextensao cervical	Extensão total		Mantem a lordose		Cabeça alinhada		Queixo ao tórax						
	flexoextensao toracica e Rotação cervical	> 10 cm do solo < 45		Ate 10 cm do solo 45 a 70		Dedo do solo 70 a 90		Mao do solo 90						
	Rotação toracica	< 45		45 a 70		70 a 90		90						

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	História 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 mmli			
4	Sintomas como fobia, pânico, stress e irritabilidade ?	Nunca	As vezes	Sempre	4							Assimétrico			
5	História 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: