

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:

RALE ERIK SCHALLDACH

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

Data: 28/11/2019

Assinatura:

[Assinatura]

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: RALE ERIK SCHALLDACH Idade: 45
 Email: RALE@JERIPAR.COM.BR Cidade: OSASCO
 Bairro: UMUARAMA Cel.: 11 99249-0030
 Data Nasc.: 17/07/1974

Sobre você:

1) Qualidade do sono:

() Bom > 6 horas

(X) Regular 4 a 6 horas

() Ruim < 4 horas

2) História familiar de depressão, déficit de atenção e ansiedade?

(X) Sim () Não

3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?

() Sim (X) Não

4) Queixa de stress mental?

() Sim (X) Não

5) Trauma familiar ou infantil?

() Sim (X) Não

6) Ingestão de água (copos/dia): 3

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

8) Alimentos de preferência: VERDURAS / CARNES / MASSAS

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

Quais: ESCALADA / CORRIDA / TENNIS / MUSCULAÇÃO / BIKÉ Frequência: 1 a 2 SEMANA

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

11) Ingere bebida alcoólica: ☒ Sim () Não Frequência: 1x 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 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:

PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA ATÉ OS

80 ANOS



medicina esportiva



fisioterapia



movimento



preparação física



levantamento olímpico



pilates



yoga



nutrição