| Nome: | Data: |
| --- | --- |
| Data de nascimento: | Idade: | Sexo: ( ) M ( ) F |
| Telefone: | Local de aula: |
| Endereço: |

**Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q)**

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física. Caso você responda “SIM” a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu “SIM”.

Para menores de 18 anos o questionário PAR-Q, o termo de responsabilidade para prática de atividade física, a anamnese e a autorização de uso de imagem devem ser assinados pelos pais ou responsáveis.

**Por favor, assinale “SIM” ou “NÃO” às seguintes perguntas:**

1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividades físicas com supervisão de profissionais de saúde?

( ) sim ( ) não

1. Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

( ) sim ( ) não

1. No último mês, você sentiu dores no peito quando praticou atividade física?

( ) sim ( ) não

1. Você apresenta desequilíbrio devido à tontura e/ ou perda de consciência?

( ) sim ( ) não

1. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?

( ) sim ( ) não

Se sim, descreva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?

( ) sim ( ) não

Se sim, qual(is):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?

( ) sim ( ) não

Se sim, descreva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do aluno ou responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Se você respondeu **“SIM”** a uma ou mais perguntas, leia e assine o **“Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física”.**

**Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física**

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido “SIM” a uma ou mais perguntas do “Questionário de Prontidão para Atividade Física” (PAR-Q). Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

**Assinatura do aluno ou responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Anamnese**

1. Marque abaixo qual(is) doença(as) você apresenta atualmente:

| **( ) Diabetes** | **( ) Doença cardíaca** | **( ) Artrite** |
| --- | --- | --- |
| **( ) Doença circulatória** | **( ) Doença da Tireoide** | **( ) Fibromialgia** |
| **( ) Câncer** | **( ) Enxaqueca** | **( ) Osteoporose** |
| **( ) Hipertensão arterial** | **( ) Bursite, tendinite** | **( ) Artrose** |
| **( ) Dislipidemias:** “colesterol ruim”(LDL, VLDL) alto, triglicerídeo alto, “colesterol bom” (HDL) baixo. | **( ) Distúrbios emocionais:** depressão, ansiedade, estresse, etc. | **( ) Doença Pulmonar:** DPOC, Asma, Bronquite, etc. |
| **( ) Outra – Descreva:** | **( ) Nenhuma** |

1. Descreva os medicamentos que você toma:

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Sente algum tipo de dor?

| **( ) não ( ) sim, onde:** |
| --- |
| Essa dor limita suas atividades diárias? |
| **( ) não ( ) Um pouco ( ) Muito**  |

1. Costuma se desiquilibrar com frequência durante as atividades diárias?

| **( ) não ( ) às vezes ( ) sempre** |
| --- |

1. Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?

| **( ) não ( ) sim, uma queda ( ) sim, duas ou mais quedas** |
| --- |

1. Pratica alguma atividade física?

| **( ) não ( ) sim** |
| --- |

Se sim:

| Qual(is), quantas vezes por semana e quantos minutos por dia: |
| --- |
|  |
|  |
| Pratica com ou sem acompanhamento de um profissional qualificado? |
| **( ) Com acompanhamento****( ) Sem acompanhamento** **( ) Algumas com acompanhamento e outras sem** |
| Iniciou a prática de atividades físicas por recomendação médica? |
| **( ) não ( ) sim** |

**Assinatura do aluno ou responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Autorização de uso de imagem**

**Autorizo o uso de imagem em fotos ou vídeos, sem finalidade comercial, para ser utilizada para divulgação do Programa Saúde na Praça.**

**( ) sim ( ) não**

**Assinatura do aluno ou responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**