

QUESTIONARIO DE PROTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA PAR-q

Este questionário tem 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”.

Por favor, assinale “sim” ou “não” às seguintes perguntas:

- () Sim () Não 1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?
- () Sim () Não 2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física?
- () Sim () Não 3. No ultimo mês, você sentiu dores no peito quando pratica atividades físicas?
- () Sim () Não 4. Você apresenta desequilíbrio devido a tontura e/ ou perda de consciência?
- () Sim () Não 5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?
- () Sim () Não 6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?
- () Sim () Não 7. Sabe de alguma razão pela qual você não deve praticar atividade física?

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRATICA DA ATIVIDADE FISICA

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, independentemente de ter respondido “sim” ou “não” a uma ou mais perguntas do questionário acima. Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação, isentando a Instituição e os Profissionais envolvidos.

Declaro estar ciente de que, se houver algum impedimento médico ou físico para a minha participação, devo levar tal fato ao conhecimento dos responsáveis.

Assinatura

Data: ____/____/____