



QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q)

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação clínica e/ou médica antes do início dos exercícios físicos. Caso você assinale um **SIM**, é altamente recomendada a avaliação clínica e/ou médica. Todos podem fazer exercícios de esforço moderado, desde que respeite as orientações médicas.

Exercícios praticados regularmente trazem diversos benefícios para a saúde. O PARQ foi elaborado para você se ajudar. Completá-lo representa o primeiro passo caso queira incluir exercícios em sua rotina. O bom senso é seu melhor guia ao responder as questões. Leia atentamente e assinale um **SIM** ou **NÃO** em todas as alternativas.

- | SIM | NÃO | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input 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 type="checkbox"/> | 2. Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. No último mês você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade física? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividade física? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar de atividades físicas? |

Nome do participante:

Nome do responsável (em caso de menor de 18 anos):

Declaração de Responsabilidade

Declaro que estou ciente de que é recomendável conversar com um médico, antes de iniciar ou aumentar o nível de atividade física pretendido. Em caso de ter respondido "SIM" a uma ou mais perguntas, estou ciente de que essa recomendação se torna extremamente necessária.

Assumo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

São Carlos, ____ de _____ de 20____

Assinatura participante ou responsável



São Carlos Clube