

# ***NOME DO AVALIADOR***

***FONE DO AVALIADOR:***

## **PAR Q**

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de uma avaliação clínica antes do início da atividade física. Caso você marque mais de um "sim", é aconselhável a realização da avaliação clínica. Contudo, qualquer pessoa pode participar de um programa de atividade física, respeitando as restrições médicas.

Por favor, assinale "sim" ou "não" para as seguintes perguntas:

- 1) Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema de coração e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?  Sim  Não
- 2) Você sente dor no peito causada pela prática de atividade física?  Sim  Não
- 3) Você sentiu dor no peito no último mês?  Sim  Não
- 4) Você tende a perder a consciência ou cair como resultado do treinamento?  Sim  Não
- 5) Você tem algum problema ósseo ou muscular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas?  Sim  Não
- 6) Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para o controle de sua pressão arterial ou condição cardiovascular?  Sim  Não
- 7) Você tem consciência, através de sua própria experiência e/ou de aconselhamento médico, de alguma outra razão física que impeça a realização de atividades físicas sem supervisão médica?  Sim  Não

### **Declaração de Responsabilidade**

Estou ciente das propostas do Personal Training na avaliação física, prescrição e acompanhamento da atividade física personalizada Assumo a veracidade das informações prestadas no questionário "PAR Q" e afirmo estar liberado pelo meu médico para participação em um programa de condicionamento físico

ID: «IDCODIGO» Nome: «NOME»

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Cliente: \_\_\_\_\_