



## OBJETIVOS COM RELAÇÃO À ATIVIDADE FÍSICA

emagrecimento

### ANAMNESE

<b>Já praticou algum tipo de atividade física ?</b> Não	<b>Tempo de prática:</b>
<b>Atividade física praticada:</b>	<b>Frequência semanal:</b>
<b>Possíveis restrições à prática de atividade física ?</b> Não	
<b>Alergias apresentadas pelo avaliado ?</b> Sim	
Reniti	
<b>Utiliza algum tipo de medicamento ?</b> Não	<b>Há quanto tempo ?</b>
<b>Quais medicamentos você utiliza ou utilizou ?</b>	
<b>Dores no corpo ultimamente ?</b> Não	
<b>Sofreu algum acidente ou lesão osteo-muscular nos últimos tempos ?</b> Sim	
Torção no tornozelo direito	
<b>Tem ou teve o hábito de fumar ?</b> Sim	
<b>Quantos cigarros fuma ao dia ?</b> 10	<b>Há quanto tempo?</b> 2 anos
<b>Está em dieta para ganhar ou perder peso ?</b> Não	
<b>Descrição da dieta e sua finalidade:</b>	