Questionário de Prontidão e Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física

Este questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física. Assinale "sim" ou "não" às perguntas abaixo.

⚠ **Este procedimento visa proteger a sua saúde, portanto, leia com atenção e seja sincero nas suas respostas.**

1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente 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 último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

☐ SIM ☐ NÃO

4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

☐ SIM ☐ NÃO

5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado/agravado pela atividade física?

☐ SIM ☐ NÃO

6) Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

☐ SIM ☐ NÃO

7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

☐ SIM ☐ NÃO

8) Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado/prejudicado com a ativ. física?

☐ SIM ☐ NÃO

9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

☐ SIM ☐ NÃO

10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

☐ SIM ☐ NÃO

Em caso de resposta "SIM" no PAR-Q será obrigatória a apresentação do atestado médico atualizado com liberação para atividade física, a não apresentação do documentação cancelará automaticamente a inscrição do atleta.

TERMO 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, assumindo plena responsabilidade pela realização de qualquer atividade física sem o atendimento desta recomendação.

NOME COMPLETO: _____ NOME DO TIME: _____

MATRÍCULA MRS: _____

_____

LOCAL, DATA E ASSINATURA