



INSTRUÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO CORPORAL

Seguem abaixo algumas orientações:

- Não realize qualquer atividade física de alta intensidade nas 24h que antecedem sua avaliação;
- Evite fumar ou ingerir qualquer bebida alcoólica 12h antes da avaliação;
- Vestimenta (obrigatório em função de todas as medidas que serão realizadas):

Mulheres: top e shorts de ginástica (não pode ser bermuda) ou biquíni, camiseta, tênis.

Homens: shorts (sungá), camiseta e tênis.

- Tolerância de atraso: 10 (dez) minutos;
- Em caso de ausência, solicitamos que seja informado com antecedência de, no mínimo, 12 (doze) horas.
- **Atenção:** esteja com todas as folhas em mãos no dia de sua avaliação, preencha e assine a ficha de ANAMNESE e o TERMO DE CIÊNCIA DE LEITURA DO REGULAMENTO.
- Em caso de dúvidas, entre em contato com Lúcia Oliveira através do telefone: 9.9779-2246 (Tim).

Contamos com sua colaboração!

É imprescindível o preenchimento correto da ficha de anamnese para o andamento adequado de sua Avaliação Corporal, tendo como objetivo, fornecer dados que irão auxiliar na prescrição de suas atividades, estabelecer metas possíveis de serem alcançadas, além de identificar limitações ou riscos para a prática das atividades propostas.

ANAMNESE

Nome: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Profissão _____

Tel.: _____

E-mail: _____

Em caso de emergência, avisar: _____

Convênio Médico: _____

Carteirinha: nº _____



**QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA
(PAR-Q “PHYSICAL ACTIVITY READINESS QUESTIONNAIRE”).**

1- O seu médico já lhe disse alguma vez que você tem um problema cardíaco?	SIM	NÃO
2- Você tem dores no peito com frequência?	SIM	NÃO
3- Você desmaia com frequência ou tem episódios importantes de vertigem?	SIM	NÃO
4- Algum médico já lhe disse que a sua pressão arterial estava muito alta?	SIM	NÃO
5- Algum médico já lhe disse que você tem um problema ósseo ou articular, como por exemplo: artrite, que se tenha agravado com o exercício ou que possa piorar com ele?	SIM	NÃO
6- Existe alguma boa razão física, não mencionada aqui, para que você não siga um programa de atividade física, mesmo que você queira?	SIM	NÃO
7- Você tem mais de 65 anos de idade e não está acostumado a exercícios intensos?	SIM	NÃO

Análise:

1. Um médico já disse que você tinha alguns dos problemas que se seguem?

Doença cardíaca coronariana		Problemas nas válvulas cardíacas	
Doença cardíaca reumática		Murmúrios cardíacos	
Doença cardíaca congênita		Ataque cardíaco	
Batimentos cardíacos irregulares		Derrame cerebral	
Epilepsia		Hipertensão	
Diabetes		Câncer	
Angina		Outros:	

2. Você tem algum dos sintomas abaixo?

Dor nas costas		Doença pulmonar (asma, enfisema)	
Dor nas articulações, tendões ou músculo.		Outros:	

3. Liste os medicamentos que você está tomando (nome e motivo).



4. . Algum parente próximo (pai, mãe, irmão ou irmã) teve ataque cardíaco ou outro problema relacionado com o coração antes dos 50 anos? SIM NÃO

5. Algum médico disse que você tinha alguma restrição à prática de atividade física (inclusive cirúrgica)? SIM NÃO
Por favor, explique:

6. Você está grávida? Desconsidere quando não for o caso. SIM NÃO

7. Você fuma? SIM NÃO
() cigarros por dia () outros _____

8. Você ingere bebidas alcoólicas? SIM NÃO
() 0-2 doses/semana () 3-14 doses/semana () mais de 14 doses/semana

Nota: uma dose é igual a 28,3 g de licor forte (cálice de licor), 169,8g de vinho (taça de vinho), ou 339,6g de cerveja (caneca de chope).

9. Atualmente você tem se exercitado pelo menos 2 vezes por semana, por pelo menos 20 minutos? SIM NÃO
Se sim, por favor, especifique:

Corrida		Caminhada vigorosa		Bicicleta	
Aeróbica		Esporte de raquete		Esporte com bola	
Musculação		Natação/hidroginástica		Outros:	

Total de minutos dispendidos em atividades aeróbias por semana:

40-60 minutos/semana		61-80 minutos/semana		81-100 minutos/semana	
>2 horas		>5 horas			

10. Você mediu sua taxa de colesterol ultimamente?

Não		Sim – acima de 200	
Sim – abaixo de 200		Sim – não sabe o valor	

11. Você se alimenta com os 4 maiores grupos alimentares (carne ou seus substitutos, vegetais, grãos, e leite ou seus derivados)? SIM NÃO

12. Sua dieta tem alto teor de gordura saturada? SIM NÃO



13. Verifique a descrição que melhor representa a quantidade de estresse que você tem durante um dia normal:

Sem estresse		Estresse leve ocasional	
Estresse moderado frequente		Estresse elevado frequente	
Estresse elevado constante		Outros	

14. Quais são os seus objetivos ingressando em uma atividade física?

Perder peso		Melhorar a aptidão cardiovascular	
Melhorar a flexibilidade		Melhorar a condição muscular	
Reduzir as dores nas costas		Reduzir o estresse	
Parar de fumar		Diminuir o colesterol	
Melhorar a nutrição		Sentir-se melhor	
Outros:			

Declaro a precisão de todas as informações acima fornecidas, comprometendo-me a avisar a este departamento em caso de alguma alteração que possa comprometer a prática das atividades físicas recomendadas.

_____/_____/____/_____

TERMO DE CIÊNCIA DE LEITURA DO REGULAMENTO

Após ter lido o presente regulamento da **Lúcia Oliveira- Saúde e Aptidão**, tendo compreendido e concordado com todos os seus termos, declaro que me submeto às disposições nele contidas e solicito minha inscrição para utilização de seus serviços.

_____, _____ de _____ de 20_____.

Nome _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Nº _____ Bairro _____ Cidade: _____

Telefone (s): _____ Email: _____

Assinatura do avaliado ou seu responsável