MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
EDUCAÇÃO FÍSICA A

Data:_____ Semestre:_____ Disciplina:_____

Nome:_____

Curso:_____ Idade:_____ Anos. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Telefone/celular:_____ E-mail:_____
Faz uso de medicamentos/suplementos/esteroides anabolizantes? ( ) Sim ( ) Não
Quais?_____

_____

Tem alguma lesão muscular ou na articulação? ( ) Sim ( ) Não
Quais?_____

_____

De uma nota de 0 (não sei nadar e tenho medo de me afogar) a 10 (nado bem e já fui atleta amador ou profissional) o quanto você sabe nadar:_____

Durante a prática de atividade física você já sentiu algum desses sintomas?

1. Dor ou desconforto no peito ( ) Sim ( ) Não
2. Falta de ar durante exercício leve ( ) Sim ( ) Não
3. Tontura ou desmaio ( ) Sim ( ) Não
4. Palpitação ou taquicardia ( ) Sim ( ) Não
5. Dor nas pernas quando caminha ( ) Sim ( ) Não
6. Cansaço grande para atividades leves ( ) Sim ( ) Não

Algum médico já disse que você tem alguma dessas condições?

1. Coração grande ou já fez transplante cardíaco ( ) Sim ( ) Não
2. Arritmias, disritmias, falha no coração ( ) Sim ( ) Não
3. Aneurisma e derrame ( ) Sim ( ) Não
4. Problema nas válvulas do coração ( ) Sim ( ) Não
5. Doença de Chagas (coração inchado) ( ) Sim ( ) Não
6. Artéria entupida, enfarte, ataque cardíaco ( ) Sim ( ) Não
7. Algum médico já disse que você tem diabetes? ( ) Sim ( ) Não

MEDIDAS

Medidas	**Valores**	
	1ª medida	2ª medida
Pressão arterial sistólica (mmHg)		
Pressão arterial diastólica (mmHg)		

Declaro para os devidos fins que as informações relativas ao meu estado de saúde são verdadeiras e autênticas.

Assinatura:_____ Data:_____

*PAR Q**
Physical Activity Readiness Questionnarie

Este questionário tem objetivo de identificar a necessidade de 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 uma atividade física de esforço moderado, respeitando as restrições médicas.

Por favor, assinale "sim" ou "não" 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 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 ?
   ☐ sim ☐ não

Gostaria de comentar algum outro problema de saúde seja de ordem física ou psicológica que impeça a sua participação na atividade proposta?

_____

_____

Declaro para os devidos fins que as informações relativas ao meu estado de saúde são verdadeiras e autênticas.

Assinatura:_____ Data:_____