**QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA**

**Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Matricula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nascim.:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Este Questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física. Por favor, responda as perguntas com atenção:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionada por profissionais de saúde?
 | ( )SIM ( )NÃO |
| 1. Você sente dores no peito quando pratica atividade física?
 | ( )SIM ( )NÃO |
| 1. Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?
 | ( )SIM ( )NÃO |
| Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência? | ( )SIM ( )NÃO |
| Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?Se SIM : ( ) | ( )SIM ( )NÃO |
| Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?Se SIM : ( ) | ( )SIM ( )NÃO |
| Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo? | ( )SIM ( )NÃO |
| Você é tabagista? | ( )SIM ( )NÃO |
| Possui diabetes? | ( )SIM ( )NÃO |
| Você está com sobrepeso? | ( )SIM ( )NÃO |
| Você possui algum tipo de lesão ou problema ortopédico? | ( )SIM ( )NÃO |
| Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?Se SIM : ( ) | ( )SIM ( )NÃO |