

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA 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. Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

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 ou 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 ou prejudicado com a atividade 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

ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA.

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.

Local e data: _____, ___/___/20____

Ass. do beneficiário: _____

Ass. do responsável: _____