



**INSTITUTO FEDERAL**  
Paraíba  
Campus Guarabira

Questionário de Prontidão para Atividade Física

Identificação do Aluno:

Nome \_\_\_\_\_

Curso \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica do estudante do IFPB antes de iniciar a prática de esportes no âmbito do instituto e deverá ser respondido, preferencialmente, pelo estudante. Por favor, assinale “sim” ou “não” às seguintes perguntas:

<b>(PAR-Q “Physical Activity Readness Questionnaire”)</b>	
<b>1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?</b>	
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<b>2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?</b>	
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<b>3) No último mês, você sentiu dores no peito quando pratica atividade física?</b>	
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<b>4) Você apresenta desequilíbrio devido a tontura e/ou perda de consciência?</b>	
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<b>5) Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?</b>	
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
<b>6) Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração?</b>	
<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não

**7) Sabe de alguma outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?**

( ) sim

( ) não

Gostaria de comentar algum outro problema de saúde, seja de ordem física ou psicológica que impeça a sua participação em atividades físicas?:

---

---

---

---

---

Além do preenchimento desse questionário, o estudante deve ser orientado a fazer o seguinte exame clínico complementar:

ECG (Eletrocardiograma com Laudo)

Após a realização do exame, o mesmo deve ser apresentado ao setor de saúde do campus, sendo obrigatória a presença do aluno.

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que as informações acima assinaladas no Formulário de Prontidão para Atividade Física são de minha inteira responsabilidade e que estou sendo orientado a fazer o exame clínico complementar para ser apresentado ao setor de saúde do campus.

Guarabira, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Estudante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável no caso de menor de 18 anos