



INSTITUTO FEDERAL

Paraíba

Campus João Pessoa

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:

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

João Pessoa, _____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) Estudante

Assinatura do Responsável no caso de menor de 18 anos