

Questionário de Aptidão para Atividade Física

O presente questionário visa identificar a necessidade de avaliação médica anteriormente ao início da atividade física. Caso uma ou mais das respostas seja positiva, converse com seu médico antes de aumentar seu nível de atividade física atual.

Assinale “sim” ou “não” às seguintes perguntas:

1- Seu médico já mencionou alguma vez que você tem uma condição cardíaca e que você só deve realizar atividade física recomendada por um médico?

sim não

2- Você sente dor no tórax quando realiza atividade física?

sim não

3- No mês passado, você teve dor torácica quando não estava realizando atividade física?

sim não

4 - Você perdeu o equilíbrio por causa de tontura ou alguma vez perdeu a consciência?

sim não

5 - Você tem algum problema ósseo ou de articulação que poderia piorar em consequência de uma alteração em sua atividade física?

sim não

6 - Seu médico está prescrevendo medicamentos para sua pressão ou condição cardíaca?

sim não

7 - Sabe de qualquer outra razão pela qual você não deve praticar atividade física?

sim não

Data, nome completo e assinatura: _____

Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física

Ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física e, em razão de ter respondido “sim” a uma ou mais das perguntas constantes do Questionário de Aptidão para Prática de Atividade Física, declaro que assumo inteira e irrestrita responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a esta recomendação.

Data, nome completo e assinatura: _____