



**DESAFIO ENEL**  
Ficha de pré-inscrição

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Questionário de Prontidão para Atividade Física**

(PAR-Q “Physical Activity Readness Questionnaire”).

1. O seu médico já lhe disse alguma vez que você tem um problema cardíaco? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**
2. Você tem dores no peito com frequência? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**
3. Você desmaia com frequência ou tem episódios importantes de vertigem? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**
4. Algum médico já lhe disse que a sua pressão arterial estava muito alta? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**
5. Algum médico já lhe disse que você tem um problema ósseo ou articular, como, por exemplo, artrite, que se tenha agravado com o exercício ou que possa piorar com ele? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**
6. Existe alguma boa razão física, não mencionada aqui, para que você não siga um programa de atividade física, mesmo que você queira? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**
7. Você tem mais de 65 anos de idade e não está acostumado a exercícios intensos? ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

**1. Um médico já disse que você tinha alguns dos problemas que se seguem?**

- |  |                        |
|--|------------------------|
| _____ Doença cardíaca coronariana      | _____ Ataque cardíaco  |
| _____ Doença cardíaca reumática        | _____ Derrame cerebral |
| _____ Doença cardíaca congênita        | _____ Epilepsia        |
| _____ Batimentos cardíacos irregulares | _____ Diabetes         |
| _____ Problemas nas válvulas cardíacas | _____ Hipertensão      |
| _____ Murmúrios cardíacos              | _____ Câncer           |
| _____ Angina                           |                        |

Por favor, explique:

**2. Você tem algum dos sintomas abaixo?**

- \_\_\_\_\_ Dor nas costas  
 \_\_\_\_\_ Dor nas articulações, tendões ou músculo  
 \_\_\_\_\_ Doença pulmonar (asma, enfisema, outra)

Explique:

\_\_\_\_\_

**3. Liste os medicamentos que você está tomando (nome e motivo)**

---

---

---

**4. Algum parente próximo (pai, mãe, irmão ou irmã) teve ataque cardíaco ou outro problema relacionado com o coração antes dos 50 anos?** \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_ sim

**5. Algum médico disse que você tinha alguma restrição à prática de atividade física (inclusive cirurgia)?**

\_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_ sim

Por favor, explique:

---

**6. Você fuma?** \_\_\_ não \_\_\_ sim \_\_\_ cigarros por dia \_\_\_ charutos por dia \_\_\_ cachimbos por dia.

**7. Você ingere bebidas alcoólicas?** \_\_\_ não \_\_\_ sim

\_\_\_ 0-2 doses/semana \_\_\_ 3-14 doses/semana \_\_\_ mais de 14 doses/semana

Nota: uma dose é igual a 28,3g de licor forte (cálice de licor), 169,8g de vinho (taça de vinho), ou 339,6g de cerveja (caneca de chope)

**8. Atualmente você tem se exercitado pelo menos 2 vezes por semana, por pelo menos 20 minutos?**

\_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_ sim

**9. Você mediu sua taxa de colesterol no ano passado?**

\_\_\_\_\_ não

\_\_\_\_\_ sim – acima de 200

\_\_\_\_\_ sim – abaixo de 200

\_\_\_\_\_ sim – não sabe o valor

**10. Verifique a descrição que melhor representa a quantidade de estresse que você tem durante um dia normal:**

\_\_\_\_\_ sem estresse \_\_\_\_\_ estresse leve ocasional \_\_\_\_\_ estresse moderado frequente

\_\_\_\_\_ estresse elevado frequente \_\_\_\_\_ estresse elevado constante

**Observação**

Após o preenchimento desta ficha, favor entrar em contato com a URI – São Luiz Gonzaga pelo telefone (55) 3352-8150 e marcar a sua avaliação, não esqueça de levar esta ficha junto.