

ANEXO 4 - 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