

QUESTIONÁRIO DE PRÉ-ACTIVIDADE

Class. ACSM (AS – RA – DD)

Dados Pessoais

Nome	Telefone	E-mail
Data de nascimento	Idade	Profissão

Antropometria (a preencher pelo professor)

Estatura	Peso	IMC
----------	------	-----

Factores de Risco

Idade Homem >45 anos; mulher > 55 ou menopausa prematura sem terapia de reposição de estrogénios.

História familiar Enfarte de miocárdio ou morte súbita antes dos 55 anos de idade no pai ou outro familiar de primeiro grau, ou antes dos 65 anos de idade na mãe ou noutra familiar de primeiro grau.

Fuma?

Hipertensão (>140/90 mmHg)

Colesterol elevado (>240 mg/dl)

Diabetes Pessoas com diabetes mellitus insulino-dependentes que sejam >30 anos, ou que tenham este problema à mais de 15 anos, e pessoas com diabetes mellitus não insulino-dependentes que sejam >35 anos de idade deverão ser classificados como possuidores desta doença.

Obesidade (> 30kg/m²)

Actividade física

Quantas vezes p/semana? Tipo de actividade?

Stress Alguns sinais de níveis de stress elevados são as dores de cabeça, tensão, sentir-se pressionado com o tempo, irritar-se com facilidade, problemas de sono e falta de concentração. Classifique o seu nível de stress:

	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Percepção de Estilo de Vida (classifique cada um dos itens)

	1	2	3	4	5	6
Nível de condição física actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação equilibrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilização do álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono de qualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlo do Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilização de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Limitações

Tem alguma restrição do seu médico quanto à prática de exercício físico?	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Medicamentos

Está a tomar algum medicamento que influencia a actividade física?

Frequência

Quantas vezes por semana?

Quanto tempo?

Objectivos

- 1.
- 2.
- 3.

Controlo

Como vai medir o seu progresso?

Meta1

Acções	Quando	Meios

Meta 2

Acções	Quando	Meios

Responsabilidade

Reconheço que não é função do professor responsável pelas diferentes actividades, emitir juízos de valor quanto ao meu estado de saúde e que a informação atrás por mim indicada, é utilizada apenas como orientação para tentar reconhecer as limitações da minha capacidade para o exercício físico.

Declaro ainda, participar voluntariamente neste programa de exercício físico e assumo inteira responsabilidade em caso de acidente, lesão ou doença.

Data	O Aluno	O Professor
____ - ____ - ____	_____	_____