

Questionário de Aptidão para Atividade Física

ANEXO II - Lei Nº 16.331, de 20 de janeiro de 2014

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 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 constância?
() **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**

Nome do cliente**Termo de Responsabilidade para Prática de Atividade Física**

ANEXO II - Lei Nº 16.331, de 20 de janeiro de 2014

Ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível de atividade física e, em razão de ter respondido “sim” a uma ou mais das perguntas presentes 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 e assinatura

Nome do Cliente: _____ Telefone: () _____

Nome/Contato em caso de emergência: _____