ANEXO I
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 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

Campus: _____ Data: ____/____/_____

Nome completo: _____

_____ _____
Assinatura do estudante Assinatura do responsável legal
(se estudante menor de 18 anos)

Rua das Missões, 100 – Ponta Aguda
Blumenau/SC – CEP: 89.051-000
(47) 3331-7800 / ifc@ifc.edu.br