



INSTRUÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO FÍSICA ATIVIDADE CIRCENSE

Para o andamento adequado de sua Avaliação Física é imprescindível o preenchimento correto da ficha de anamnese

O objetivo desta avaliação é fornecer dados que irão auxiliar na análise do desenvolvimento físico, além de identificar limitações ou riscos para a prática das atividades propostas.

Algumas orientações seguem abaixo:

- Não realize qualquer atividade física de alta intensidade nas 24h que antecedem sua avaliação;
- Evite fumar ou ingerir qualquer bebida alcoólica 3h antes da avaliação;
- Vestimenta (obrigatório em função de todas as medidas que serão realizadas):
Homens: sunga (ou shorts – não pode ser bermuda), camiseta, tênis.
Mulheres: biquini (ou top e shorts – não pode ser bermuda), camiseta, tênis.
- Atenção: preencha e assine a ficha de ANAMNESE e o TERMO DE CIENCIA DE LEITURA DO REGULAMENTO.

ANAMNESE

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca coronariana | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca reumática | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca congênita | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Batimentos cardíacos irregulares | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas nas válvulas cardíacas | <input type="checkbox"/> Hipertensão |
| <input type="checkbox"/> Murmúrios cardíacos | <input type="checkbox"/> Câncer |
| <input type="checkbox"/> 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), Cardíaca?

Por favor,

explique: _____

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



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

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

_____ não _____ sim

Por favor, explique:

6. **Você está grávida?** _____ não _____ sim

7. **Você fuma?** _____ não _____ sim _____ cigarros por dia _____ charutos por dia _____ cachimbos por dia.

8. **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)

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

_____ não _____ sim

A. Se sim, por favor, especifique:

_____ corrida _____ esporte de raquete
_____ caminhada vigorosa _____ ski
_____ bicicleta _____ levantamento de peso
_____ aeróbica _____ natação
_____ outro (especifique) _____

B. Total de minutos dispendidos em atividades aeróbicas por semana:

_____ 40-60 minutos/semana
_____ 61-80 minutos/semana
_____ 81-100 minutos/semana
_____ 100 ou mais minutos/semana

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

_____ não
_____ sim – acima de 200
_____ sim – abaixo de 200
_____ sim – não sabe o valor

11. **Você come alimentos dos 4 maiores grupos alimentares (carne ou seus substitutos, vegetais, grãos, e leite ou seus derivados)?** _____ não _____ sim

12. **Sua dieta tem alto teor de gordura saturada?** _____ não _____ sim



13. Desde os 21 anos, qual foi o maior e o menor peso que você já teve?

_____ maior _____ menor _____ sem mudança

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

_____ sem estresse _____ estresse leve ocasional _____ estresse moderado freqüente
_____ estresse elevado freqüente _____ estresse elevado constante

15. Quais são os seus objetivos ingressando em um grupo de promoção de saúde?

_____ perder peso _____ melhorar a aptidão cardiovascular
_____ melhorar a flexibilidade _____ melhorar a condição muscular
_____ reduzir as dores nas costas _____ reduzir o estresse
_____ parar de fumar _____ diminuir o colesterol
_____ melhorar a nutrição _____ sentir-se melhor
_____ outro (especifique) _____

16. Você tem algum tipo de Alergia? A medicamentos? Quais?

Declaro a precisão de todas as informações acima fornecidas, comprometendo-me a avisar este departamento em caso de alguma alteração que possa comprometer a prática das atividades físicas recomendadas.

Assinatura:

Porto Velho, ____/____/____.

Referencia

Formulário de Avaliação Física. Universidade Anhembi Morumb. 2015. Disponível em <http://www2.anhembi.br/publique/media/portal/formulario_avaliacao_fisica_3.doc>