

Centro Estadual de Atenção Especializada

Avaliação Física

Nome: _____ Pt: _____

Data da Avaliação: _____

Horário: _____ h _____ min

Sexo: _____ Idade _____ anos

Peso _____ Kg

Estatura: _____ m

IMC: _____ Kg-m

Classificação IMC: _____

Frequência Cardíaca Repouso: _____ bpm

PA repouso: _____ mmHg

Trabalha? _____

Posição em que trabalha ou passa maior parte do dia: ___ sentado ___ em pé ___ deitado

Pratica atividade física? ___ regularmente ___ esporadicamente ___ dificilmente ___ nunca

Se pratica, o que e onde? _____

Se não, há quanto tempo não pratica qualquer atividade física? _____

Qual seu objetivo com a atividade física?

- ___ Melhorar aptidão cardiovascular
- ___ Melhorar força muscular
- ___ Melhorar equilíbrio
- ___ Melhorar valores de PA
- ___ Melhorar valores de DM
- ___ Melhorar hábito alimentar
- ___ Diminuir medicamentos

- ___ Parar de fumar
- ___ Sentir-se melhor
- ___ Reduzir o estresse
- ___ Reduzir dores
- ___ Emagrecimento
- ___ Estética
- ___ Outros

Quanto dias na semana tem disponível para a prática de atividade física? _____

Quanto tempo disponível por dia? _____

OBS: _____
