

## 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

Quantos dias na semana tem disponível para a prática de atividade física? \_\_\_\_\_

Quanto tempo disponível por dia? \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---