

Nome	Sobrenome	Número HAS _____
-------------	------------------	-------------------------

Data	O Masc. O Fem.	Data de nascimento	Idade (anos) O Não tem certeza
Evento	Localidade	O Atleta O Parceiro Unificado	Esporte
Delegação		Programa SO	

Hábitos de Exercício

Estas perguntas estão relacionadas a outros exercícios que não são os treinos e jogos da Special Olympics



Em média, quantos dias por semana você pratica exercícios?

- 3 ou mais dias na maioria das semanas
 Menos de 3 dias na maioria das semanas
 Nenhum programa regular de exercícios
- Não conseguiu obter resposta para a pergunta
 Recusou-se a responder
 Incapaz de responder



Se você não se exercita, explique por quê

Que tipo (s) de exercício (andar, correr, jardinagem, natação, levantamento de peso, ciclismo) você pratica em geral?

Você se alonga normalmente?

- Mais de uma vez por dia
 Uma vez por dia
 Ocasionalmente
 Não se alonga normalmente
- Não conseguiu obter resposta para a pergunta
 Recusou-se a responder
 Incapaz de responder

Você faz aquecimento antes de se exercitar?

- Sempre
 Ocasionalmente
 Não se aquece normalmente
- Não conseguiu obter resposta para a pergunta
 Recusou-se a responder
 Incapaz de responder

Flexibilidade

Grupo de músculos do jarrete - extensão horizontal (passiva) de joelho

Esquerdo ____ graus
Direito ____ graus

- Teste não possível Educação (verifique se resultado é maior que -15 graus ou se ocorre assimetria)
 Participante recusou-se a executar
 Participante incapaz de executar

Grupo de músculos da panturrilha - dorsiflexão horizontal (passiva) do tornozelo

Esquerdo ____ graus
Direito ____ graus

- Teste não possível Educação (verifique se resultado é menor que 10 graus ou se ocorre assimetria)
 Participante recusou-se a executar
 Participante incapaz de executar

Grupo de músculos do quadril dianteiro (Teste Thomas Modificado)

Esquerdo ____ graus
Direito ____ graus

- Teste não possível Educação (verificar se resultado é maior que -10 graus ou se ocorre assimetria)
 Participante recusou-se a executar
 Participante incapaz de executar

Nome	Sobrenome	Número HAS _____
-------------	------------------	-------------------------

Rotação Funcional do Ombro (Teste de Arranhadura de Apley)

Observe distância entre dedos indicadores e qualquer assimetria

Esquerda
_____ centímetros

Assimetria

- Braço superior mais flexível; inferior dentro dos limites normais
- Braço superior menos flexível; inferior dentro dos limites normais
- Superior dentro dos limites normais; braço inferior mais flexível
- Superior dentro dos limites normais; braço inferior menos flexível
- Braço superior mais flexível; braço inferior menos flexível
- Braço superior menos flexível; braço inferior mais flexível

Direita
_____ centímetros

Assimetria

- Braço superior mais flexível; inferior dentro dos limites normais
- Braço superior menos flexível; inferior dentro dos limites normais
- Superior dentro dos limites normais; braço inferior mais flexível
- Superior dentro dos limites normais; braço inferior menos flexível
- Braço superior mais flexível; braço inferior menos flexível
- Braço superior menos flexível; braço inferior mais flexível

Teste não possível **Educação (verifique se a distância é maior do que 15 cm ou se ocorre assimetria)**

- Participante recusou-se a executar
- Participante incapaz de executar

Força funcional

Teste de *Timed Stands* [Levantamento Cronometrado]

Tempo para executar 10 manobras de sentar e levantar o mais rápido possível sem usar as extremidades superiores

Tempo _____ / _____ minutos:segundos

Teste não possível **Educação (verifique se o tempo é de mais de 20 segundos)**

- Participante recusou-se a executar
- Participante incapaz de executar

Abdominal parcial

Número de abdominais parciais executadas corretamente em 1 minuto _____ número em 1 minuto

Teste não possível **Educação (verifique se o número total é menor do que 25 abdominais)**

- Participante recusou-se a executar
- Participante incapaz de executar

Equilíbrio

Postura com Apoio em Uma Perna (tempo em que o equilíbrio é mantido sobre uma perna com olhos fechados ou cobertos)

Esquerda _____ segundos

Direita _____ segundos

Teste não possível **Educação (verifique se o tempo é menor do que 10 segundos)**

- Participante recusou-se a executar
- Participante incapaz de executar

Nome	Sobrenome	Número HAS _____
-------------	------------------	-------------------------

Alcance Funcional em Pé (Distância alcançada em direção reta, com elevação de braço a 90 graus mantendo ao mesmo tempo equilíbrio independente)

Esquerdo _____ centímetros

Direito _____ centímetros

Teste não possível **Educação (verifique se a distância é menor do que 20 cm)**

Participante recusou-se a executar

Participante incapaz de executar

Forma Física Aeróbica O Teste de Marcha de Seis Minutos ou O Teste de Rodas de Cinco Minutos

Frequência cardíaca *Inicial* *Final do Exercício* *1 Minuto depois* *3 Minutos depois*
(batimentos/min):

Distância coberta no período de teste _____ PASSOS ou _____ VOLTAS (para a perna mais próxima)
RPE após teste _____ (Escala 6-20)

Recomendação de encaminhamento a fisioterapeuta Sim Não

fitness