

FİZİKSEL AKTİVİTEYE HAZIR OLMAYI DEĞERLENDİRME ANKETİ



HASTANIN ADI-SOYADI: _____ DOĞUM TARİHİ: _____ TARİH: _____

DOKTORUN ADI-SOYADI: _____

**Lütfen aşağıdaki soruları dikkatlice okuyun ve her birine size en yakın gelen cevabı verin.
Lütfen EVET veya HAYIR şıkkının yanındaki kutuyu işaretleyin.**

- Evet Hayır Doktorunuz, kalp hastalığınız olduğunu ve sadece bir hekim tarafından tavsiye edilen fiziksel aktiviteleri yapmanız gerektiğini hiç söyledi mi?
- Evet Hayır Fiziksel aktivite yaparken göğsünüzde ağrı hissediyor musunuz?
- Evet Hayır Geçtiğimiz ay içinde fiziksel aktivitede bulunmadığınız sırada göğsünüzde ağrı hissettiniz mi?
- Evet Hayır Baş dönmesi nedeniyle denge kaybı yaşıyor musunuz veya bilincinizi kaybettiğiniz oluyor mu?
- Evet Hayır Fiziksel aktivite düzeyinde değişiklik yaptığınızda kötüleşebilecek bir kemik veya eklem rahatsızlığınız (örn. sırt, diz veya kalçada) var mı?
- Evet Hayır Tansiyon veya kalp hastalığı nedeniyle doktorunuz tarafından verilen reçeteli bir ilaç (örn. tansiyon düşürücü, idrar söktürücü ilaçlar gibi) kullanıyor musunuz?
- Evet Hayır Fiziksel aktivite yapmamanızı gerektiren başka herhangi bir neden var mı?

2002 Fiziksel Aktiviteye Hazır Olmayı Değerlendirme Anketi (PAR-Q)©'dan alınmıştır. Kanada Egzersiz Fizyolojisi Derneği'nin izniyle kullanılmaktadır.