



2020 PAR-Q+

سؤالات عمومی سلامتی

www.JeyFit.ir



ردیف	بله	خیر	لطفا سوالات زیر را به دقت بخوانید و صادقانه پاسخ دهید
۱			آیا تاکنون پزشک به شما گفته است که شرایط خاص قلبی یا فشار خون بالا دارید
۲			آیا در حال استراحت، فعالیت های روزانه ی یا فعالیت بدنی در قفسه سینه احساس درد می کنید؟
۳			آیا در طول ۱۲ ماه گذشته تعادل خود را به دلیل سرگیجه یا از دست دادن هوشیاری، از دست داده اید؟ (اگر در ورزشهای شدید دچار سرگیجه شده اید پاسخ "خیر" را علامت بزنید.)
۴			آیا تا به حال بیماری مزمن دیگری (به غیر از بیماری قلبی یا فشار خون بالا) برای شما تشخیص داده شده است؟ لطفا توضیح دهید
۵			آیا در حال حاضر داروهای تجویز شده برای یک بیماری مزمن را مصرف می کنید؟ لطفا نام ببرید
۶			آیا در حال حاضر (یا طی ۱۲ ماه گذشته) مشکل استخوان مفصل یا بافت نرم (عضله، رباط یا تاندون) داشته اید که با تحرک بدنی بدتر می شود؟ (اگر در گذشته مشکلی داشتید که توانایی فعلی شما برای تحرک بدنی را محدود نمی کند پاسخ منفی دهید). لطفا نام ببرید.
۷			آیا پزشک شما تا به حال گفته است که شما فقط باید از با نظارت پزشک فعالیت بدنی انجام دهید؟

اگر به همه سوالات بالا پاسخ منفی داده باشید، اجازه انجام فعالیت بدنی را دارید. لطفاً اظهارنامه مشارکت کننده را در قسمت پائین همین صفحه امضا کنید. نیازی به تکمیل صفحات ۲ و ۳ نیست.

✓ شروع به فعالیت بدنی بسیار بیشتر کنید - به آرامی شروع کنید و به تدریج افزایش دهید.

✓ برای سن خود، دستورالعمل های فعالیت بدنی بین المللی را دنبال کنید

(www.who.int/dietphysicalactivity/en)

✓ در ارزیابی سلامت و تناسب اندام شرکت کنید.

✓ اگر بیش از ۴۵ سال سن ندارید و به ورزش منظم شدید و حداکثر عادت ندارید، قبل از شروع این ورزش با یک متخصص ورزش واجد شرایط مشورت کنید.

✓ اگر سوال دیگری دارید، با " jeyfit " یا دیگر متخصصین ورزش واجد شرایط تماس بگیرید.

اظهارنامه مشارکت کننده:

اینجانب امضا کننده، این رضایت نامه کامل را درک کردم و این پرسشنامه را تکمیل کردم و تصدیق می کنم که این اجازه فعالیت بدنی از تاریخ تکمیل آن حداکثر ۱۲ ماه معتبر است و در صورت تغییر وضعیت من فاقد اعتبار است. من همچنین اذعان می کنم که " jeyfit " ممکن است نسخه ای از این فرم را برای سوابق خود حفظ کند.

امضا:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

اگر به یک یا چند سوال بالا پاسخ "بله" داده اید، پرسشهای بعدی را کامل کنید.

فعالیت بدنی را به تاخیر بیندازید اگر:

✓ شما یک بیماری موقت مانند سرماخوردگی یا تب دارید. بهتر است صبر کنید تا حالتان بهتر شود.

✓ شما باردار هستید - با یک متخصص مراقبت های بهداشتی و پزشک خود مشورت کنید.

✓ سلامتی شما تغییر میکند- به سوالات صفحه ۲ و ۳ این سند پاسخ دهید و یا قبل از ادامه هرگونه فعالیت بدنی با پزشک خود، با " jeyfit " یا دیگر متخصصین ورزش واجد شرایط صحبت کنید.



۱- آیا شما مبتلا به آرتروز، پوکی استخوان یا مشکلات در ناحیه پشت هستید؟

خیر	بله	اگر جواب منفی است مستقیماً به سراغ سوال ۲ بروید.
		الف- آیا تحت کنترل یا درمان با روشهای درمانی خاصی هستید؟
		ب- آیا به دلیل مشکلات در مفاصل دچار درد ، شکستگی جدید یا شکستگی ناشی از پوکی استخوان یا سرطان هستید؟
		ج- آیا برای سه ماه داروهای استروئیدی مصرف کرده اید؟

۲- آیا اخیراً به سرطان مبتلا شده اید (از هر نوع)؟

خیر	بله	اگر جواب منفی است مستقیماً به سراغ سوال ۳ بروید.
		نوع سرطان:
		آیا درمان خاص انجام داده اید یا در حال انجام هستید (شیمی درمانی رادیو تراپی) اگر درمان دیگری می کنید نام ببرید:

۳- آیا شرایط خاص قلبی عروقی دارید؟ آریتمی قلبی حمله قلبی بیماری عروق کرونری

خیر	بله	اگر جواب منفی است مستقیماً به سراغ سوال ۴ بروید.
		الف- آیا دارو یا درمان خاصی انجام می دهید؟ اگر "بله" نام ببرید
		ب- آیا مبتلا به آریتمی قلبی هستید که نیاز به دارو و درمان خاص دارد؟ توضیح دهید
		ج- آیا در گذشته حمله قلبی داشته اید؟
		د- آیا بیماری قلبی عروقی تشخیص داده شده دارید و در سه ماه گذشته در فعالیت بدنی منظم شرکت نکرده اید؟

۴- آیا مبتلا به بیماری فشارخون بالا هستید؟

خیر	بله	اگر جواب منفی است مستقیماً به سراغ سوال ۵ بروید.
		الف- آیا داروی خاصی مصرف می کنید؟ اگر "بله" نام ببرید
		ب- آیا فشار خون استراحتی بیشتر از ۱۶۰/۹۰ mmHg یا بدون دارو دارید؟ فشار خون استراحتی mmHg

۵- آیا شرایط متابولیکی خاصی دارید؟ دیابت نوع ۱ ، نوع ۲ و یا پیش دیابت

خیر	بله	اگر جواب منفی است مستقیماً به سراغ سوال ۶ بروید.
		الف- آیا شما معمولاً کنترل سطح قند خون خود را با غذاها ، داروها یا سایر روش های درمانی توسط پزشک کنترل می کنید. توضیح دهید
		ب- آیا معمولاً بدنبال ورزش و یا در طی فعالیتهای روزمره از علائم و نشانه های کاهش قند خون (افت قند خون) رنج می برید؟ علائم هیپوگلیسمی ممکن است شامل لرزش ، عصبی بودن ، تحریک پذیری غیرمعمول ، تعریق غیرطبیعی ، سرگیجه ، صحبت سخت ، ضعف یا خواب آلودگی باشد.
		ج- آیا علائم و نشانه هایی از عوارض دیابت مانند بیماری قلبی یا عروقی و / یا عوارض چشمی ، کلیه ، یا احساس گز گز شدن انگشتان پا دارید؟
		د- آیا سایر موارد متابولیکی (دیابت بارداری، بیماری مزمن کلیه، مشکلات کبدی) دارید؟
		ه- آیا قصد دارید در آینده ای نزدیک به چه ورزش هایی با شدت غیرمعمول (با شدید) بپردازید؟



۶- آیا شما هیچ مشکلی در زمینه بهداشت روانی یا مهارت‌های یادگیری دارید؟

این شامل آلزایمر ، زوال عقل ، افسردگی ، اختلال اضطراب ، اختلال در خوردن غذا ، اختلال روان پریشی ، ناتوانی ذهنی ، سندرم داون است. (اگر در حال حاضر از داروها یا سایر روش های درمانی استفاده نمی کنید ، پاسخ منفی دهید). آیا شما می توانید با استفاده از داروها یا سایر روش های درمانی تجویز شده توسط پزشک ، شرایط خود را کنترل کنید؟

بله خیر

۷- آیا بیماری تنفسی دارید؟ این شامل بیماری انسداد مزمن ریوی ، آسم ، فشار خون بالای ریوی است.

خیر	بله	اگر جواب منفی است مستقیماً به سراغ سوال ۸ بروید.	خیر
		الف- آیا شما می توانید با استفاده از داروها یا سایر روش های درمانی تجویز شده توسط پزشک ، شرایط خود را کنترل کنید؟ (اگر در حال حاضر از داروها یا سایر روش های درمانی استفاده نمی کنید ، پاسخ منفی دهید)	بله سئوالات روبرو را پاسخ دهید
		ب- آیا پزشک شما تا به حال گفته است که سطح اکسیژن خون شما در هنگام استراحت یا هنگام ورزش کم است و یا به اکسیژن درمانی اضافی نیاز دارید؟	
		ج- در صورت آسم ، آیا در حال حاضر علائم گرفتگی قفسه سینه ، خس خس سینه ، تنفس سخت ، سرفه مداوم (بیش از ۲ روز در هفته) دارید ، یا آیا در هفته گذشته بیش از دو بار از داروهای کمک کننده استفاده کرده اید؟	
		د- آیا پزشک شما تا به حال گفته است که در رگ های خونی ریه های خود فشار خون بالا دارید؟	

۸- آیا شما آسیب نخاعی دارید؟ این شامل Tetraplegia و Paraplegia است.

خیر	بله	اگر جواب منفی است مستقیماً به سراغ سوال ۹ بروید.	خیر
		الف- آیا شما می توانید با استفاده از داروها یا سایر روش های درمانی تجویز شده توسط پزشک ، شرایط خود را کنترل کنید؟ (اگر در حال حاضر از داروها یا سایر روش های درمانی استفاده نمی کنید ، پاسخ منفی دهید)	بله سئوالات روبرو را پاسخ دهید
		ب- آیا معمولاً فشار خون در حالت استراحت شما به اندازه ای پایین است که باعث ایجاد سرگیجه ، سبکی سر و یا غش در شما می شود؟	
		ج- آیا پزشک شما گفته است که شما دچار افزایش ناگهانی فشار خون می شوید؟	

۹- آیا شما سکته کرده اید؟ این شامل حمله ایسکمیک گذرا (TIA) یا رویداد عروقی مغزی است

خیر	بله	اگر جواب منفی است مستقیماً به سراغ سوال ۱۰ بروید.	خیر
		الف- آیا شما می توانید با استفاده از داروها یا سایر روش های درمانی تجویز شده توسط پزشک ، شرایط خود را کنترل کنید؟ (اگر در حال حاضر از داروها یا سایر روش های درمانی استفاده نمی کنید ، پاسخ منفی دهید)	بله سئوالات روبرو را پاسخ دهید
		ب- آیا در پیاده روی یا تحرک اختلالی دارید؟	
		ج- آیا در ۶ ماه گذشته سکته مغزی یا اختلال در اعصاب یا عضلات داشته اید؟	



۱۰- آیا بیماری پزشکی دیگری دارید که در بالا ذکر نشده باشد؟

خیر	بله	اگر جواب منفی است مستقیماً به سراغ سوال بعدی بروید.	خیر
		الف- آیا در ۱۲ ماه گذشته به دلیل آسیب دیدگی سر بیهوش شده یا از هوش رفته اید یا اینکه در ۱۲ ماه گذشته دچار ضربه مغزی شده اید؟	بله
		ب- آیا بیماری پزشکی دارید که در لیست ذکر نشده است (مانند صرع ، شرایط عصبی ، مشکلات کلیوی)؟ نام ببرید	سئوالات روبرو را پاسخ دهید
		ج- آیا در حال حاضر با دو یا چند شرایط پزشکی خاص زندگی می کنید؟	

لطفا شرایط خاص پزشکی خود و هر داروی مرتبط را در اینجا لیست کنید:

اگر در مورد وضعیت پزشکی خود به همه سوالات FOLLOW UP (صفحات ۲-۳) پاسخ منفی داده اید ، آماده فعالیت بدنی بیشتری هستید - اظهارنامه مشارکت کننده را در زیر امضا کنید:

✓ برای کمک به شما توصیه می شود در تهیه یک برنامه فعالیت بدنی ایمن و موثر برای پاسخگویی به نیازهای سلامتی خود ، با " jeyfit " یا دیگر متخصصین ورزش واجد شرایط تماس بگیرید.

✓ به شما توصیه می شود که به آرامی شروع کنید و به تدریج توانایی جسمی خود را افزایش دهید. ۲۰ تا ۶۰ دقیقه ورزش با شدت کم تا متوسط ، ۳-۵ روز در هفته شامل تمرینات هوازی و تقویت عضلات.

✓ برای پیشرفت ، باید در هفته ۱۵۰ دقیقه یا بیشتر با شدت متوسط فعالیت بدنی داشته باشید.

✓ اگر بیش از ۴۵ سال سن ندارید و به ورزش منظم شدید و حداکثر عادت ندارید ، قبل از شروع این ورزش با " jeyfit " یا دیگر متخصصین ورزش واجد شرایط تماس بگیرید.

✓ اظهارنامه مشارکت کننده: تمام افرادی که PAR+Q- را تکمیل کرده اند لطفاً اظهارنامه زیر را خوانده و امضا کنند.

✓ اینجانب امضا کننده، این رضایت نامه کامل را درک کردم و این پرسشنامه را تکمیل کردم و تصدیق می کنم که این اجازه فعالیت بدنی از تاریخ تکمیل آن حداکثر ۱۲ ماه معتبر است و در صورت تغییر وضعیت من فاقد اعتبار است. من همچنین اذعان می کنم که " jeyfit " ممکن است نسخه ای از این فرم را برای سوابق خود حفظ کند.

✓ نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضا:

✓ اگر تکمیل کننده این فرم به سن قانونی لازم برای رضایت نامه نرسیده والدین ، سرپرست یا ارائه دهنده خدمات مراقبتی نیز باید این فرم را امضا کند.

فعالیت بیشتر را به تاخیر بیندازید اگر:

✓ شما یک بیماری موقت مانند سرماخوردگی یا تب دارید. بهتر است صبر کنید تا حالتان بهتر شود.

✓ شما باردار هستید - قبل از اینکه از نظر جسمی فعال تر شوید ، با پزشک خود ، پزشک خود ، یک متخصص ورزش واجد شرایط صحبت کنید

سلامتی شما تغییر میکند- به سوالات صفحه ۲ تا ۴ این سند پاسخ دهید و یا قبل از ادامه هرگونه فعالیت بدنی با پزشک خود، با " jeyfit " یا دیگر متخصصین ورزش واجد شرایط صحبت کنید.