

全人群体力活动准备问卷 (PAR-Q+)

规律的体力活动对健康有明显的益处；更多人应该每天都参与到体力活动中。对大多数人来说，参与体力活动是非常安全的。本问卷将告诉您是否有必要在增加体力活动之前向医生或有资质的运动科学专家寻求进一步建议。

常规健康问题

请仔细阅读以下 7 个问题并如实回答每个问题：选择是或否	是	否
1) 您的医生是否曾经说过您患有心脏病 <input type="checkbox"/> 或高血压 <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 您在休息状态下、日常生活中或进行体力活动时，是否会感觉到胸部疼痛？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 在过去的 12 个月内，您是否有过因为头晕而失去平衡或有过失去意识？ 如果您的头晕与过度通气（包括剧烈运动期间）有关，请回答否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 您是否曾被诊断出患有其他慢性疾病（除心脏疾病和高血压外）？ 请在此列出疾病：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) 您目前是否正在服用治疗慢性疾病的处方药？ 请在此列出疾病和药物：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 您目前是否有（或在过去的 12 个月内曾有过）因增加体力活动而可能加重的骨骼、关节或软组织（肌肉、韧带或肌腱）问题？ 如果您过去曾有过这些问题，但并不限制您目前进行体力活动的的能力，请回答否。 请在此列出疾病：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 您的医生是否曾经说过您只能进行医务监督下的体力活动？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

如果以上所有问题您都回答否，您可以进行体力活动。请签署参与者声明。您无需填写第 2 和第 3 页。

- 开始进行更多的体力活动 – 慢慢开始，循序渐进。
- 按照全球体力活动指南中对应年龄的推荐进行体力活动 (<http://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>)。
- 您可以参加健康和体适能评估。
- 如果您年龄超过 45 岁，并且不习惯进行规律的较大强度到最大强度运动，请在进行这种强度的运动之前咨询有资质的运动科学专家。
- 如果您有任何其他问题，请联系有资质的运动科学专家。

参与者声明

如果您未达到可以签署声明的法定年龄，或需要医护人员同意，您的父母、监护人或医护人员也必须签署此表格。

本人，下述签字者，已阅读、完全理解并填写完成此问卷。本人认可此体力活动许可自填写完成日期起最长有效期为 12 个月，如果本人的健康状况发生改变，此许可即失效。本人也认可社区/健身中心可能会保留此表格的一份副本存档。社区/健身中心在上述情况下将依照法律对此文件保密。

姓名 _____ 日期 _____
签字 _____ 见证人签字 _____
父母/监护人/医护人员签字 _____

如果您以上任何一个或更多问题的答案为是，请完成第 2 页和第 3 页。

△ 请暂缓进行更多的体力活动如果：

- ✓ 您目前患有急性疾病，如感冒或发烧；最好等到您感觉病情缓解后再开始锻炼。
- ✓ 您目前处于妊娠期 – 在进行更多的体力活动前，请咨询您的医护人员、医生或有资质的运动科学专家，并/或在 www.eparmedx.com 上完成 ePARmed-X+ 问卷。
- ✓ 您的健康状况发生改变 – 在继续进行任何体力活动计划之前，请回答此文件第 2 页和第 3 页上的问题，并/或咨询您的医生或有资质的运动科学专家。

PAR-Q+

有关您健康状况的补充问题

1. 您是否患有关节炎、骨质疏松症或者腰背部问题？

如果您有上述疾病，请回答问题 1a-1c 如果没有□，请跳到问题 2

1a. 您是否难以通过药物或其他医生制定的治疗方案控制病情？
(如果您目前没有服用药物或进行其他治疗，请回答否) 是□ 否□

1b. 您是否有引起疼痛的关节问题、近期骨折、或由骨质疏松症或癌症引起的骨折、脊椎骨错位(例如，脊椎滑脱)，和/或腰椎峡部裂或峡部缺陷(脊柱背侧骨环开裂)？ 是□ 否□

1c. 您是否已经定期注射类固醇或服用类固醇药物超过 3 个月？ 是□ 否□

2. 您目前是否患有任何类型的癌症？

如果您有上述疾病，请回答问题 2a-2b 如果没有□，请跳到问题 3

2a. 您的癌症诊断是否包括以下类型之一：肺癌/支气管癌、多发性骨髓瘤(浆细胞瘤)、头部和/或颈部癌症？ 是□ 否□

2b. 您目前是否正在接受癌症治疗(例如化疗或放疗)？ 是□ 否□

3. 您是否有心脏或心血管疾病？包括冠状动脉疾病、心力衰竭、确诊的心律失常

如果您有上述疾病，请回答问题 3a-3d 如果没有□，请跳到问题 4

3a. 您是否难以通过药物或其他医生制定的治疗方案控制病情？
(如果您目前没有服用药物或进行其他治疗，请回答否) 是□ 否□

3b. 您是否有需要医务治疗的心律失常？(例如，心房颤动、室性早搏) 是□ 否□

3c. 您是否患有慢性心力衰竭？ 是□ 否□

3d. 您是否有确诊的冠状动脉(心血管)疾病，并且在过去的两个月内没有参加规律的体力活动？ 是□ 否□

4. 您目前是否患有高血压？

如果您有上述疾病，请回答问题 4a-4b 如果没有□，请跳到问题 5

4a. 您是否难以通过药物或其他医生制定的治疗方案控制病情？
(如果您目前没有服用药物或进行其他治疗，请回答否) 是□ 否□

4b. 在服药或未服药时，您的静息血压是否等于或高于 160/90 mmHg？
(如果您不知道您的静息血压，请回答是) 是□ 否□

5. 您是否患有任何代谢性疾病？包括 1 型糖尿病、2 型糖尿病、糖尿病前期

如果您有上述疾病，请回答问题 5a-5e 如果没有□，请跳到问题 6

5a. 您是否难以通过饮食控制、药物或其他医生制定的治疗方案控制血糖水平？ 是□ 否□

5b. 您是否经常在运动后和/或日常生活中出现低血糖体征和症状？低血糖的症状可能包括颤抖、紧张、异常烦躁、异常出汗、眩晕或头昏、精神混乱、说话困难、虚弱或嗜睡。 是□ 否□

5c. 您是否有任何糖尿病并发症的体征或症状，如心脏或血管并发症，和/或影响眼部、肾脏的并发症，或脚趾和足部感觉障碍？ 是□ 否□

5d. 您是否有其他代谢性疾病(例如当前的妊娠期糖尿病、慢性肾脏疾病或肝脏问题)？ 是□ 否□

5e. 您是否计划在不久的将来参加对您来说非常高强度(或高强度)的运动？ 是□ 否□

PAR-Q+

6. 您是否有任何精神健康问题或学习障碍？包括阿尔茨海默症、痴呆症、抑郁症、焦虑症、饮食紊乱、精神异常、智力障碍、唐氏综合征等

如果您有上述疾病，请回答问题 6a-6b 如果没有□，请跳到问题 7

6a. 您是否难以通过药物或其他医生制定的治疗方案控制病情？ 是□ 否□

(如果您目前没有服用药物或进行其他治疗，请回答否)

6b. 您是否有唐氏综合征并且有影响神经或肌肉的腰背部问题？ 是□ 否□

7. 您是否有呼吸疾病？包括慢性阻塞性肺病、哮喘、肺动脉高压

如果您有上述疾病，请回答问题 7a-7d 如果没有□，请跳到问题 8

7a. 您是否难以通过药物或其他医生制定的治疗方案控制病情？ 是□ 否□

(如果您目前没有服用药物或进行其他治疗，请回答否)

7b. 您的医生是否曾经说过您的静息或运动时的血氧水平低和/或您需要辅助供氧治疗？ 是□ 否□

7c. 如果有哮喘，您当前是否有胸闷、气喘、呼吸困难、持续咳嗽（每周超过两天）等症状，或者在过去一周内使用了两次以上急救药物？ 是□ 否□

7d. 您的医生是否曾经说过您的肺动脉血压高？ 是□ 否□

8. 您是否有脊髓损伤？包括四肢瘫痪和截瘫

如果您有上述疾病，请回答问题 8a-8c 如果没有□，请跳到问题 9

8a. 您是否难以通过药物或其他医生制定的治疗方案控制病情？ 是□ 否□

(如果您目前没有服用药物或进行其他治疗，请回答否)

8b. 您是否经常出现静息血压低，足以导致头晕、眩晕和/或晕厥？ 是□ 否□

8c. 您的医生是否指出您有突发性高血压(自主神经反射异常)？ 是□ 否□

9. 您是否有过中风？包括短暂性脑缺血发作或脑血管事件

如果您有上述疾病，请回答问题 9a-9c 如果没有□，请跳到问题 10

9a. 您是否难以通过药物或其他医生制定的治疗方案控制病情？ 是□ 否□

(如果您目前没有服用药物或进行其他治疗，请回答否)

9b. 您在行走或行动方面是否有任何障碍？ 是□ 否□

9c. 在过去的 6 个月中，您是否有过中风或神经/肌肉损伤？ 是□ 否□

10. 您是否有任何上述未列出的其他疾病，或您是否有两种或两种以上的疾病？

如果您有其他疾病，请回答问题 10a-10c 如果没有□，请阅读第 4 页的建议

10a. 在过去的 12 个月内，您是否发生过因头部受伤导致的晕厥、昏倒或失去意识的情况，或者在过去的 12 个月内确诊过脑震荡？ 是□ 否□

10b. 您是否有未列出的疾病（如癫痫、神经系统疾病、肾脏问题）？ 是□ 否□

10c. 您当前是否同时患有两种或两种以上的疾病？ 是□ 否□

请在此列出您的疾病以及相关的药物治疗： _____

请阅读第 4 页中关于您当前健康状况的建议，并签署参与者声明

PAR-Q+

☑如果所有的健康状况补充问题（第 2-3 页）您都回答否，您可以增加体力活动 – 在下面签署参与者声明：

- 建议您咨询一位有资质的运动科学专家，帮助您制定一份安全有效的体力活动计划，以满足您的健康需求。
- 鼓励您慢慢开始，循序渐进 – 每周 3-5 天，每次 20-60 分钟低强度至中等强度的运动，包括有氧运动和肌肉力量训练。
- 随着您的进步，您应该争取每周累计 150 分钟或更多的中等强度体力活动。
- 如果您的年龄超过 45 岁，并且不习惯进行规律的较大强度到最大强度运动，请在进行这种强度的运动之前咨询有资质的运动科学专家。

🔴如果您在健康状况补充问题中有一个或多个问题回答是：

您应该在进行更多的体力活动或体适能评估之前做进一步的咨询。您应该在 www.eparmedx.com 填写完成专门设计的在线筛查和锻炼建议计划 - ePARmed-X+，并/或咨询有资质的运动科学专家帮助您完成 ePARmed-X+ 并获取更多信息。

△请暂缓进行更多的体力活动如果：

- ✓ 您目前患有急性疾病，如感冒或发烧；最好等到您感觉病情缓解后再开始锻炼。
- ✓ 您目前处于妊娠期 – 在进行更多的体力活动前，请咨询您的医护人员、医生或有资质的运动专家，并/或在 www.eparmedx.com 上完成 ePARmed-X+ 问卷。
- ✓ 您的健康状况发生改变 – 在继续进行任何体力活动计划之前，请咨询您的医生或有资质的运动科学专家。

- 鼓励您复印 PAR-Q+。您必须使用完整的问卷，不允许做任何更改。
- 作者、PAR-Q+ 协作组、合作机构及其代理人对进行体力活动和/或使用 PAR-Q+ 或 ePARmed-X+ 的个人不承担任何责任。如果完成问卷后有疑问，在进行体力活动前请咨询您的医生。

参与者声明

- 所有完成 PAR-Q+ 者请阅读下面的声明并签字。
- 如果您未达到可以签署声明的法定年龄，或需要医护人员同意，您的父母、监护人或医护人员也必须签署此表格。

本人，下述签字者，已阅读、完全理解并填写完成此问卷。本人认可此体力活动许可自填写完成日期起最长有效期为 12 个月，如果本人的健康状况发生改变，此许可即失效。本人也认可社区/健身中心可能会保留此表格的一份副本存档。社区/健身中心在上述情况下将依照法律对此文件保密。

姓名 _____

日期 _____

签字 _____

见证人签字 _____

父母/监护人/医护人员签字 _____

主要参考文献

1. Jamnik VK, Warburton DER, Makarski J, McKenzie DC, Shephard RJ, Stone J, and Gledhill N. Enhancing the effectiveness of clearance for physical activity participation; background and overall process. APNM 36(S1):S3-S13, 2011.
2. Warburton DER, Gledhill N, Jamnik VK, Bredin SSD, McKenzie DC, Stone J, Charlesworth S, and Shephard RJ. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance; Consensus Document. APNM36(S1):S266-s298, 2011.
3. Chisholm DM, Collis ML, Kulak LL, Davenport W, and Gruber N. Physical activity readiness. British Columbia Medical Journal. 1975;17:375-378.
4. Thomas S, Reading J, and Shephard RJ. Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). Canadian Journal of Sport Science 1992;17:4 338-345.