

# PAR-Q+

## Bộ Câu Hỏi Về Mức Độ Sẵn Sàng Hoạt Động Thể Chất Dành Cho Mọi Người

Lợi ích sức khỏe của việc hoạt động thể chất thường xuyên là rõ ràng, nhiều người nên tham gia hoạt động thể chất mỗi ngày trong tuần hơn. Tham gia hoạt động thể chất là rất an toàn cho HẦU HẾT mọi người. Bộ câu hỏi này sẽ cho bạn biết liệu bạn có cần phải tìm kiếm thêm lời khuyên từ bác sĩ của bạn HOẶC một chuyên gia về tập luyện có chuyên môn trước khi bắt đầu hoạt động thể chất nhiều hơn hay không.

### CÁC CÂU HỎI VỀ SỨC KHỎE TỔNG QUÁT

Vui lòng đọc kỹ 7 câu hỏi dưới đây và trả lời từng câu một cách trung thực: Chọn CÓ hoặc KHÔNG	CÓ	KHÔNG
1. Bác sĩ của bạn có bao giờ nói rằng bạn có vấn đề về tim <input type="checkbox"/> HOẶC cao huyết áp <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bạn có cảm thấy đau ở ngực khi nghỉ ngơi, trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của mình, HOẶC khi bạn tham gia hoạt động thể chất không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bạn có bị mất thăng bằng do chóng mặt HOẶC đã từng mất ý thức trong 12 tháng vừa qua không? Vui lòng trả lời <b>KHÔNG</b> nếu sự chóng mặt của bạn có liên quan đến việc thở gấp (bao gồm cả trong khi tập luyện cường độ cao).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bạn đã từng được chẩn đoán mắc một bệnh lý mạn tính khác (ngoài bệnh tim hoặc cao huyết áp) chưa? <b>VUI LÒNG LIỆT KÊ CÁC TÌNH TRẠNG CỦA BẠN TẠI ĐÂY:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hiện tại bạn có đang dùng thuốc được kê đơn cho một bệnh lý mạn tính không? <b>VUI LÒNG LIỆT KÊ CÁC TÌNH TRẠNG VÀ THUỐC ĐIỀU TRỊ CỦA BẠN TẠI ĐÂY:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hiện tại bạn có (hoặc đã từng có trong 12 tháng qua) vấn đề về xương, khớp, hoặc mô mềm (cơ, dây chằng, hoặc gân) mà có thể trở nên tồi tệ hơn khi bạn bắt đầu hoạt động thể chất nhiều hơn không? Vui lòng trả lời <b>KHÔNG</b> nếu trước đây bạn có gặp vấn đề, nhưng điều đó <b>không hạn chế khả năng hoạt động thể chất hiện tại</b> của bạn. <b>VUI LÒNG LIỆT KÊ CÁC TÌNH TRẠNG TẠI ĐÂY:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bác sĩ của bạn có từng nói rằng bạn chỉ nên tham gia hoạt động thể chất dưới sự giám sát y tế không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**✓ Nếu bạn đã trả lời KHÔNG cho tất cả các câu hỏi trên, bạn có thể an tâm tham gia hoạt động thể chất.**

**Vui lòng ký vào TUYÊN BỐ THAM GIA. Bạn không cần phải hoàn thành Trang 2 và 4.**

- ✓ Hãy bắt đầu tăng cường hoạt động thể chất nhiều hơn — bắt đầu từ từ và tăng dần mức độ.
- ✓ Hãy tuân theo các Hướng dẫn Hoạt Động Thể Chất Toàn Cầu cho độ tuổi của bạn (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>).
- ✓ Bạn có thể tham gia đánh giá sức khỏe và thể lực.
- ✓ Nếu bạn trên 45 tuổi và KHÔNG quen với việc tập luyện cường độ mạnh đến tối đa một cách thường xuyên, hãy tham khảo ý kiến của một chuyên gia về tập luyện có chuyên môn trước khi tham gia vào mức độ tập luyện này.
- ✓ Nếu bạn có thêm bất kỳ câu hỏi nào, hãy liên hệ với một chuyên gia về tập luyện có chuyên môn.

#### TUYÊN BỐ THAM GIA

Nếu bạn dưới độ tuổi hợp pháp để tự ra quyết định tham gia hoặc cần có sự đồng ý của người phụ trách thì cha mẹ, người giám hộ theo luật hoặc người phụ trách chăm sóc bạn cũng phải ký vào mẫu đơn này.

Tôi, người ký tên dưới đây, đã đọc, đã hiểu đầy đủ và đã hoàn thành bảng câu hỏi này. Tôi xác nhận rằng biên bản thừa nhận sự tham gia hoạt động thể chất này có hiệu lực tối đa 12 tháng kể từ ngày hoàn thành và sẽ mất hiệu lực nếu tình trạng sức khỏe của tôi thay đổi. Tôi cũng xác nhận rằng cộng đồng/ trung tâm thể dục có thể giữ một bản sao của biểu mẫu này cho hồ sơ của mình. Trong trường hợp này, họ sẽ duy trì tính bảo mật của thông tin như cũ, tuân thủ các quy định pháp luật hiện hành.

TÊN

NGÀY

CHỮ KÝ

NGƯỜI CHỨNG KIẾN

CHỮ KÝ CỦA BỐ MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ/NGƯỜI CHĂM SÓC

**🚫 Nếu bạn trả lời CÓ cho một hoặc nhiều câu hỏi ở trên, HOÀN THÀNH TRANG 2 VÀ 4.**

#### ⚠️ Trì hoãn việc tăng mức hoạt động nếu:

- ✓ Bạn đang bị bệnh tạm thời như cảm lạnh hoặc sốt. Tốt nhất là đợi cho đến khi bạn cảm thấy khỏe hơn.
- ✓ Bạn đang mang thai – hãy nói chuyện với nhân viên y tế chăm sóc sức khỏe của bạn, bác sĩ, một chuyên gia về tập luyện có chuyên môn và/hoặc hoàn thành ePARmed-X+ tại [www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com) trước khi tăng cường hoạt động thể chất.
- ✓ Sức khỏe của bạn thay đổi. Hãy trả lời các câu hỏi ở Trang 2 và 4 của tài liệu này và/hoặc nói chuyện với bác sĩ của bạn hoặc chuyên gia tập luyện có chuyên môn trước khi tiếp tục tham gia bất kỳ hoạt động thể chất nào.

# PAR-Q+

## CÁC CÂU HỎI THEO DÕI VỀ TÌNH TRẠNG Y KHOA CỦA BẠN

### 1. Bạn có bị Viêm Khớp, Loãng Xương hoặc các Vấn Đề về Lưng không?

Nếu có các tình trạng trên, trả lời các câu 1a-1c

Nếu **KHÔNG**  đến câu 2

- 1a. Bạn hiện có đang dùng thuốc hoặc điều trị gì cho tình trạng này không, và vẫn gặp khó khăn trong việc kiểm soát tình trạng này? (Nếu bạn không dùng bất kỳ loại thuốc hoặc phương pháp điều trị nào, vui lòng trả lời **KHÔNG**) **CÓ**  **KHÔNG**
- 1b. Bạn có gặp các vấn đề về khớp gây đau, gãy xương gần đây hoặc gãy xương do loãng xương hoặc ung thư, lệch đốt sống (ví dụ: trượt đốt sống), và/hoặc thoái hóa đốt sống/khuyết tật vòng xương (vết nứt ở vòng xương phía sau cột sống) không? **CÓ**  **KHÔNG**
- 1c. Bạn có từng tiêm steroid hoặc uống thuốc steroid thường xuyên trong hơn 3 tháng không? **CÓ**  **KHÔNG**

### 2. Hiện tại bạn có chẩn đoán bệnh ung thư nào không?

Nếu có các tình trạng trên, trả lời các câu 2a-2b

Nếu **KHÔNG**  đến câu 3

- 2a. Chẩn đoán ung thư của bạn có bao gồm bất kỳ loại nào sau đây: phổi/phế quản, đa u tủy (ung thư tế bào plasma), đầu và/hoặc cổ không? **CÓ**  **KHÔNG**
- 2b. Hiện tại bạn có đang điều trị ung thư (chẳng hạn như hóa trị hoặc xạ trị) không? **CÓ**  **KHÔNG**

### 3. Bạn có bị bệnh Tim hoặc gặp vấn đề về Tim Mạch không? Bao gồm bệnh Động Mạch Vành, Suy Tim, Nhịp Tim Bất Thường

Nếu có các tình trạng trên, trả lời các câu 3a-3d

Nếu **KHÔNG**  đến câu 4

- 3a. Bạn hiện có đang dùng thuốc hoặc điều trị gì cho tình trạng này không, và vẫn gặp khó khăn trong việc kiểm soát tình trạng này? (Nếu bạn không dùng bất kỳ loại thuốc hoặc phương pháp điều trị nào, vui lòng trả lời **KHÔNG**) **CÓ**  **KHÔNG**
- 3b. Bạn có bị nhịp tim không đều cần được điều trị y tế không? (ví dụ như rung nhĩ, co tâm thất sớm (ngoại tâm thu thất)) **CÓ**  **KHÔNG**
- 3c. Bạn có mắc suy tim mạn tính không? **CÓ**  **KHÔNG**
- 3d. Bạn được chẩn đoán mắc bệnh động mạch vành (tim mạch) và không tham gia hoạt động thể chất thường xuyên trong 2 tháng qua không? **CÓ**  **KHÔNG**

### 4. Hiện tại bạn có bị Cao Huyết Áp không?

Nếu có các tình trạng trên, trả lời các câu 4a-4b

Nếu **KHÔNG**  đến câu 5

- 4a. Bạn hiện có đang dùng thuốc hoặc điều trị gì cho tình trạng này không, và vẫn gặp khó khăn trong việc kiểm soát tình trạng này? (Nếu bạn không dùng bất kỳ loại thuốc hoặc phương pháp điều trị nào, vui lòng trả lời **KHÔNG**) **CÓ**  **KHÔNG**
- 4b. Bạn có huyết áp khi nghỉ ngơi bằng hoặc lớn hơn 160/90 mmHg khi dùng hoặc không dùng thuốc không? (Trả lời **CÓ** nếu bạn không biết huyết áp khi nghỉ) **CÓ**  **KHÔNG**

# PAR-Q+

## CÁC CÂU HỎI THEO DÕI VỀ TÌNH TRẠNG Y KHOA CỦA BẠN

### 5. Bạn có mắc Bệnh Lý Về Chuyển Hóa nào không? Bao gồm bệnh Tiểu Đường Type 1, Type 2, hoặc Tiền Tiểu Đường

Nếu có các tình trạng trên, trả lời các câu 5a-5e

Nếu **KHÔNG**  đến câu 6

- |     |  |                             |                                |
|-----|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 5a. | Bạn có thường gặp khó khăn trong việc kiểm soát mức đường huyết của mình bằng thực phẩm, thuốc, hoặc các liệu pháp khác do bác sĩ chỉ định không?  | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 5b. | Bạn có thường gặp các dấu hiệu và triệu chứng của đường huyết thấp (hạ đường huyết) sau khi tập thể dục và/hoặc trong các hoạt động hàng ngày không? Các dấu hiệu hạ đường huyết có thể bao gồm: run rẩy, bồn chồn, dễ cáu gắt, tăng tiết mồ hôi, chóng mặt hoặc choáng váng, rối loạn tâm thần, khó nói, yếu hoặc buồn ngủ. | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 5c. | Bạn có thấy bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào của các biến chứng tiểu đường như bệnh tim hoặc mạch máu và/hoặc các biến chứng ảnh hưởng đến mắt, thận <b>HOẶC</b> cảm giác ở ngón chân và bàn chân không?   | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 5d. | Bạn có mắc các bệnh lý chuyển hóa khác (như tiểu đường liên quan đến thai kỳ, bệnh thận mạn tính hoặc vấn đề về gan) không?  | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 5e. | Bạn có dự định tham gia vào hoạt động thể chất có cường độ cao bất thường (hoặc gắng sức) trong thời gian tới không?   | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |

### 6. Bạn có bất kỳ vấn đề Sức Khỏe Tâm Thần hoặc Khó Khăn Trong Học Tập nào không? Bao gồm Alzheimer, Sa Sút Trí Tuệ, Trầm Cảm, Rối Loạn Lo Âu, Rối Loạn Ăn Uống, Rối Loạn Tâm Thần, Suy Giảm Trí Tuệ, và Hội Chứng Down

Nếu có các tình trạng trên, trả lời các câu 6a-6b

Nếu **KHÔNG**  đến câu 7

- |     |  |                             |                                |
|-----|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 6a. | Bạn hiện có đang dùng thuốc hoặc điều trị gì cho tình trạng này không, và vẫn gặp khó khăn trong việc kiểm soát tình trạng này? (Nếu bạn không dùng bất kỳ loại thuốc hoặc phương pháp điều trị nào, vui lòng trả lời <b>KHÔNG</b> ) | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 6b. | Bạn có mắc hội chứng Down <b>VÀ</b> gặp vấn đề về lưng ảnh hưởng đến dây thần kinh hoặc cơ không?  | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |

### 7. Bạn có mắc bệnh lý Hô Hấp không? Bao gồm bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mạn Tính, Hen Suyễn, Tăng Áp Phổi

Nếu có các tình trạng trên, trả lời các câu 7a-7d

Nếu **KHÔNG**  đến câu 8

- |     |  |                             |                                |
|-----|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 7a. | Bạn hiện có đang dùng thuốc hoặc điều trị gì cho tình trạng này không, và vẫn gặp khó khăn trong việc kiểm soát tình trạng này? (Nếu bạn không dùng bất kỳ loại thuốc hoặc phương pháp điều trị nào, vui lòng trả lời <b>KHÔNG</b> ) | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 7b. | Bác sĩ của bạn có bao giờ đề cập đến mức oxy trong máu của bạn thấp khi nghỉ ngơi hoặc trong khi tập thể dục và/hoặc bạn cần áp dụng liệu pháp bổ sung oxy không?  | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 7c. | Nếu bị hen suyễn, hiện tại bạn có các triệu chứng tức ngực, thở rít, khó thở, ho dai dẳng (hơn 2 ngày/tuần) hoặc bạn đã sử dụng thuốc xịt hít nhiều hơn hai lần trong tuần trước không?  | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 7d. | Bác sĩ của bạn có bao giờ nói rằng bạn bị cao huyết áp trong các mạch máu của phổi không?  | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |

### 8. Bạn có bị Chấn Thương Tủy Sống không? Bao gồm Liệt Tứ Chi và Liệt 2 Chi Dưới

Nếu có các tình trạng trên, trả lời các câu 8a-8c

Nếu **KHÔNG**  đến câu 9

- |     |  |                             |                                |
|-----|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 8a. | Bạn hiện có đang dùng thuốc hoặc điều trị gì cho tình trạng này không, và vẫn gặp khó khăn trong việc kiểm soát tình trạng này? (Nếu bạn không dùng bất kỳ loại thuốc hoặc phương pháp điều trị nào, vui lòng trả lời <b>KHÔNG</b> ) | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 8b. | Bạn có thường xuyên có huyết áp khi nghỉ thấp đáng kể đến mức gây chóng mặt, choáng váng và/hoặc ngất xỉu không?   | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 8c. | Bác sĩ của bạn có đề cập về vấn đề bạn có biểu hiện bị cao huyết áp từng cơn đột ngột (được gọi là rối loạn phản xạ tự chủ) không?   | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |

# PAR-Q+

## CÁC CÂU HỎI THEO DÕI VỀ TÌNH TRẠNG Y KHOA CỦA BẠN

### 9. Bạn đã từng bị Đột Quy chưa? Bao gồm Cơ Thiếu Máu Não Thoáng Qua (TIA) hoặc Tai Biến Mạch Máu Não

Nếu có các tình trạng trên, trả lời các câu 9a-9c

Nếu **KHÔNG**  đến câu 10

- |     |  |                             |                                |
|-----|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 9a. | Bạn hiện có đang dùng thuốc hoặc điều trị gì cho tình trạng này không, và vẫn gặp khó khăn trong việc kiểm soát tình trạng này? (Nếu bạn không dùng bất kỳ loại thuốc hoặc phương pháp điều trị nào, vui lòng trả lời <b>KHÔNG</b> ) | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 9b. | Bạn có gặp bất kỳ trở ngại nào trong đi lại hoặc di chuyển không?  | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 9c. | Bạn có bị đột quy hoặc tổn thương thần kinh hoặc cơ trong 6 tháng qua không?   | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |

### 10. Bạn có bất kỳ tình trạng bệnh lý nào khác không được liệt kê ở trên hoặc bạn có hai tình trạng bệnh lý trở lên không?

Nếu có các tình trạng trên, trả lời các câu 10a-10c

Nếu **KHÔNG**  Đọc khuyến cáo ở trang 5

- |      |   |                             |                                |
|------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 10a. | Bạn có từng bị ngất xỉu, bất tỉnh hoặc mất ý thức do chấn thương đầu trong vòng 12 tháng qua HOẶC bạn có bị chẩn đoán chấn động não trong 12 tháng qua không? | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 10b. | Bạn có tình trạng bệnh lý nào chưa được liệt kê (chẳng hạn như động kinh, bệnh thần kinh, vấn đề về thận) không?  | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |
| 10c. | Bạn có đang bị từ hai tình trạng bệnh lý trở lên không?   | CÓ <input type="checkbox"/> | KHÔNG <input type="checkbox"/> |

**VUI LÒNG LIỆT KÊ CÁC TÌNH TRẠNG Y KHOA CỦA BẠN VÀ CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ LIÊN QUAN Ở ĐÂY:**

**Chuyển đến Trang 5 để biết các khuyến nghị về (các) tình trạng sức khỏe hiện tại của bạn và ký vào TUYÊN BỐ THAM GIA.**

# PAR-Q+

## CÁC CÂU HỎI THEO DÕI VỀ TÌNH TRẠNG Y KHOA CỦA BẠN

✔ Nếu bạn trả lời **KHÔNG** cho tất cả các câu hỏi **THEO DÕI (trang 2-4)** về tình trạng sức khỏe của mình, **bạn đã sẵn sàng hoạt động thể chất nhiều hơn - hãy ký vào TUYÊN BỐ THAM GIA** bên dưới:

- ✔ Bạn nên tham khảo ý kiến của chuyên gia tập luyện có chuyên môn để xây dựng kế hoạch hoạt động thể chất an toàn và hiệu quả nhằm đáp ứng nhu cầu sức khỏe bản thân.
- ✔ Bạn được khuyến khích bắt đầu từ từ và tăng dần – tập từ 20 đến 60 phút với cường độ thấp đến trung bình, từ 3-5 ngày mỗi tuần, bao gồm các bài tập hiếu khí và tăng cường cơ bắp.
- ✔ Khi tiến bộ, bạn nên đặt mục tiêu tích lũy 150 phút hoạt động thể chất với cường độ vừa phải mỗi tuần.
- ✔ Nếu bạn trên 45 tuổi và **KHÔNG** quen với việc tập luyện thường xuyên ở cường độ cao đến tối đa, hãy tham khảo ý kiến của chuyên gia tập luyện có chuyên môn trước khi tham gia tập luyện ở cường độ này.

🔴 Nếu bạn trả lời **CÓ** cho một hoặc nhiều câu hỏi theo dõi về tình trạng y tế của mình:

Bạn nên tìm thêm thông tin trước khi hoạt động thể chất nhiều hơn hoặc trước khi tham gia đánh giá thể lực. Bạn nên hoàn thành chương trình sàng lọc trực tuyến và khuyến nghị tập luyện được thiết kế đặc biệt. - Truy cập ePARmed-X+ tại [www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com) và/hoặc gặp một chuyên gia tập luyện có chuyên môn để thực hiện ePARmed và tìm hiểu thêm.

⚠ **Trì hoãn việc tăng mức hoạt động nếu:**

- ✔ Bạn đang bị bệnh tạm thời như cảm lạnh hoặc sốt. Tốt nhất là đợi cho đến khi bạn cảm thấy khỏe hơn.
- ✔ Bạn đang mang thai – hãy nói chuyện với nhân viên y tế chăm sóc sức khỏe của bạn, bác sĩ, một chuyên gia về tập luyện có chuyên môn và/hoặc hoàn thành ePARmed-X+ tại [www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com) trước khi tăng cường hoạt động thể chất.
- ✔ Tình trạng sức khỏe của bạn thay đổi. Hãy trao đổi với chuyên gia chăm sóc sức khỏe, bác sĩ hoặc chuyên gia tập luyện có chuyên môn trước khi tiếp tục bất kỳ chương trình hoạt động thể chất nào..

- Bạn được khuyến khích sử dụng PAR-Q+. Bạn phải sử dụng toàn bộ bảng câu hỏi và **KHÔNG** được phép thay đổi nội dung.
- Các tác giả, nhóm cộng tác PAR-Q+, các tổ chức đối tác và đại lý của họ không chịu trách nhiệm pháp lý đối với những người thực hiện hoạt động thể chất và/hoặc sử dụng PAR-Q+ hoặc ePARmed-X+.
- Nếu có nghi ngờ sau khi hoàn thành Bộ câu hỏi, hãy tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi tham gia hoạt động thể chất.

### BẢN KHAI BÁO CỦA NGƯỜI THAM GIA DÀNH CHO KHÁCH HÀNG HOÀN THÀNH TRANG 2 - 4

Nếu bạn dưới độ tuổi hợp pháp để tự ra quyết định tham gia hoặc cần có sự đồng ý của người phụ trách thì cha mẹ, người giám hộ theo luật hoặc người phụ trách chăm sóc bạn cũng phải ký vào mẫu đơn này.

Tôi, người ký tên dưới đây, đã đọc, đã hiểu đầy đủ và đã hoàn thành bảng câu hỏi này. Tôi xác nhận rằng biên bản thừa nhận sự tham gia hoạt động thể chất này có hiệu lực tối đa 12 tháng kể từ ngày hoàn thành và sẽ mất hiệu lực nếu tình trạng sức khỏe của tôi thay đổi. Tôi cũng xác nhận rằng cộng đồng/ trung tâm thể dục có thể giữ một bản sao của biểu mẫu này cho hồ sơ của mình. Trong trường hợp này, họ sẽ duy trì tính bảo mật của thông tin như cũ, tuân thủ các quy định pháp luật hiện hành.

TÊN

NGÀY

CHỮ KÝ

NGƯỜI CHỨNG KIẾN

CHỮ KÝ CỦA BỐ MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ/NGƯỜI CHĂM SÓC

Để biết thêm thông tin chi tiết, vui lòng liên hệ [www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com)  
Email: [eparmedx@gmail.com](mailto:eparmedx@gmail.com)

PAR-Q+ được tạo ra bằng cách sử dụng quy trình AGREE dựa trên bằng chứng (1) bởi Nhóm cộng tác PAR-Q+ do Tiến sĩ Darren E. R. Warburton chủ trì cùng với Tiến sĩ Norman Gledhill, Tiến sĩ Veronica Jamnik và Tiến sĩ Donald C. McKenzie (2). Việc xuất bản tài liệu này được thực hiện nhờ sự đóng góp tài chính từ Cơ quan Y tế Công cộng Canada và Bộ Dịch vụ Y tế BC. Các quan điểm được thể hiện trong tài liệu này không nhất thiết phản ánh quan điểm của Cơ quan Y tế Công cộng Canada hoặc Bộ Dịch vụ Y tế BC.

#### Trích dẫn cho PAR-Q+

Warburton DER, Jamnik VK, Bredin SSD, and Gledhill N on behalf of the PAR-Q+ Collaboration. The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+) and Electronic Physical Activity Readiness Medical Examination (ePARmed-X+). Health & Fitness Journal of Canada 4(2):3-23, 2011.

#### Bản dịch

PAR-Q+ tiếng Việt được phát triển bởi Tiến sĩ Ngọc-Minh Nguyễn, Tiến sĩ Philippe Fait, Thạc sĩ Vũ Thị Huyền Trang, Tiến sĩ Huỳnh Thị Phương Hồng và Tiến sĩ Võ Nguyên Trung, với sự cho phép của Nhóm cộng tác PAR-Q+.