

1 Qüestionari auto-administrat d'Aptitud per a l'Activitat Física (Q-AAF)

NOM I CONGOMS DE L'USUARI/A INTERESSAD/A EN L'ACCÉS A PROGRAMES D'ACTIVITAT FÍSICA:

DNI O NIE:

DATA DE NAIXEMENT:

TELÈFON PERSONAL:

TELÈFON EN CAS D'EMERGÈNCIA

E-MAIL:

EL QAAF I VÓS

El Q-AAF ha estat concebut per ajudar-vos a ajudar-se a si mateix. L'exercici físic regular s'associa a molts beneficis per a la salut. Si teniu la intenció d'augmentar el vostre nivell d'activitat física habitual, un primer pas prudent fora emplenar el Q-AAF. Per a la majoria de la gent l'activitat física no presenta cap problema o risc especial. El Q-AAF ha estat concebut per descobrir pocs individus pels qui l'activitat física pot ser inadequada o aquells que cal que rebin els consells d'un metge en relació amb el tipus d'activitat més apropiada en el seu cas.

El sentit comú és la millor guia per respondre aquestes poques preguntes.

Si us plau, llegiu-les acuradament i marqueu amb una X el quadre corresponent a aquelles preguntes que sigui certes en el seu cas (Sí = X):

	SI	NO
• Us ha dit alguna vegada un metge que teniu una malaltia del cor i us ha recomanat fer activitat física només amb supervisió mèdica?	☐	☐
• Noteu dolor al pit quan feu activitat física?	☐	☐
• Heu notat cap dolor al pit en repòs durant el darrer mes?	☐	☐
• Heu perdut la consciència o l'equilibri després de sentir-vos marejat?	☐	☐
• Teniu algun problema als ossos o a les articulacions que pugui empitjorar si feu activitat física?	☐	☐
• El vostre metge us ha prescrit medicació per a la pressió arterial o per algun problema del cor (per exemple diürètic)?	☐	☐
• Esteu al corrent, pel vostre coneixement propi o per indicació del vostre metge, de qualsevol altra raó que us impedeixi fer exercici sense supervisió mèdica?	☐	☐

Si heu contestat **SI** a alguna pregunta

ABANS d'augmentar el vostre nivell d'activitat física o per fer una prova d'avaluació de la condició física, **cal que consulteu el vostre metge** per telèfon o en persona (si no heu fet recentment). Indiqueu-li quines preguntes d'aquest qüestionari heu contestat amb un SI o ensenyeu-li una còpia del mateix.

Programes d'activitat física

DESPRÉS D'UNA REVISIÓ MÈDICA, demaneu consell al vostre metge pel que fa referència a la vostra aptitud per fer:

- **Activitat física sense restricció.** Probablement cal que augmenteu progressivament el vostre nivell d'activitat.
- **Activitat física limitada o amb supervisió adequada a les vostres necessitats específiques** (si més no al començament). Informeu-vos dels programes o serveis especials que teniu a l'abast.

Si heu contestat **NO** a totes les preguntes

Si heu contestat a consciència el Q-AAF, podeu estar raonablement segur de poder participar en:

- **UN PROGRAMA GRADUAL D'EXERCICIS.** L'increment gradual dels exercicis adequats afavoreix la millora de la condició física tot minimitzant les sensacions incòmodes o desagradables.
- **UNA PROVA D'ESFORÇ.** Si ho desitgeu podeu dur a terme proves senzilles d'avaluació de la condició física o altres complexes (com ara una prova d'esforç màxima).

AJORNAR-HO

Si patiu una afecció temporal benigne, com ara un refredat o febre, o no us sentiu bé en aquest moment, és aconsellable que ajorneu l'activitat física que us proposeu dur a terme.

Notes:

- Aquest qüestionari és aplicable només en persones de 15 a 69 anys d'edat. (L'Àrea d'Esports recomana un reconeixement mèdic previ a l'inici de l'activitat amb especial atenció als menors de 16 anys i majors de 69 anys. En cas de menors de 18 anys, el present document haurà de ser signat per la mare, pare o tutor/a legal).
- Si esteu embarassada, abans de fer exercici us suggerim que ho consulteu amb el vostre metge.
- Si hi ha algun canvi en el vostre estat en relació amb les preguntes anteriors, us preguem que informeu immediatament al professional responsable del vostre programa d'activitats.

2. Fitxa de Salut de la persona participant

Nº de la Targeta Sanitària: _____

**Adjuntar fotocòpia de la Targeta Sanitària de la persona participant.*

Comunicació de possibles situacions físiques o psíquiques personals no limitat-ives per a la pràctica de l'activitat física que considerin que cal tenir presents: _____

Comunicació de malalties cròniques o trastorns que hagin de tenir-se en compte en relació a la pràctica de l'activitat física: _____

Medicació autoritzada per facultatiu/règim alimentari/intoleràncies/al·lèrgies/...:

Medicament/Aliment/intoleràncies/al·lèrgies/...	Freqüència / Horari	Posologia/Quantitat

Dades actualitzades de l'estat de vacunació per a informació al centre mèdic en cas d'accident i/o indisposició (s'admet còpia del carnet de vacunació actualitzat):

☐ Entrego còpia de l'estat de vacunació

Altres consideracions que consideri rellevants en relació a la salut personal i la pràctica de l'activitat física: _____

3. Declaració responsable sobre l'estat de salut i condició física

Jo, _____ (Nom i Cognoms), major d'edat, amb DNI nº _____ com a persona interessada en participar en els programes d'activitat físicoesportiva:

(en cas de menors de 18 anys):

Jo, _____ (Nom i Cognoms), major d'edat, amb DNI nº _____, com a mare, pare o tutor/a legal de _____ (Nom i Cognoms del/de la menor de 18 anys) amb DNI _____,

Declaro responsablement:

- Que compto (compta*) amb les condicions psíquiques i físiques necessàries per a la realització d'activitats físicoesportives a les que m'he (l'he*) inscrit, i que no pateixo (pateix*) cap malaltia infeccios-contagiosa, ni malaltia mental o una altra situació de salut temporal o crònica, que em (el/la *) situï en situació de risc a mi (ell/ella*) o a la resta de persones.
- Que atenent que compleixo (compleix*) amb aquestes condicions, declaro expressament que eximeixo l'Àrea d'Esports, d'aquells danys que pugui patir durant el desenvolupament l'activitat derivats de la inexactitud de dita declaració.
- Que, així mateix, declaro haver estat informat per l'Àrea d'Esports que, en cas que tingui dubtes sobre si pateixo (pateix*) alguna malaltia i/o que compti amb les condicions psicofísiques necessàries per a la realització d'activitats físicoesportives que comportin algun tipus de risc o exigència, és aconsellable que, amb caràcter previ a la realització de les activitats esmentades, em (es*) faci un reconeixement mèdic que descarti l'existència d'alguna malaltia i/o algun problema que em (el/la*) pogués impedir la realització de les proves o activitats esmentades amb les condicions de seguretat degudes, tant per a mi (ell/ella*) mateix/a com per a la resta de persones amb què interaccioni, podent aportar el certificat mèdic acreditatiu si així ho desitjo.
- Que per a garantir el coneixement i atenció adequada de les activitats físicoesportives que es realitzin, és obligatori que, en cas que hi hagi alguna situació que pugui posar-me (posar*) en risc, s'informi per escrit al Responsable de l'Activitat en un termini màxim de 48 hores des de que es coneguin aquestes.
- Que des de l'Àrea d'Esports se m'ha informat que es garantirà la confidencialitat de qualsevol informació de caràcter personal que es pugui lliurar (informe mèdic, psicològic,...).

És per tot l'exposat que declaro responsablement no conèixer cap motiu sobre l'estat de salut i la condició física que impedeixi la pràctica físicoesportiva voluntària i sota la meua responsabilitat als espais d'ús esportiu municipals i/o a les activitats físicoesportives organitzades per l'Àrea d'Esports de La Cala Serveis Municipals S.L.

També declaro que són certes totes les dades aportades al present document.

Dono el meu consentiment a que les dades facilitades siguin tractades en conformitat amb el que es disposa a la Llei de Protecció de dades de caràcter personal LOPD 15/1999.

Firma: