**AVALIAÇÃO VIP CLASS**

**Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**DADOS PESSOAIS**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Res.: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.Com.: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANAMNESE**

Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicação Médica? SIM ( ) NÃO ( )

Médico Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Histórico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Queixa Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dor em alguma parte do corpo? SIM ( ) NÃO ( )

Se sim, qual região? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qual a intensidade da dor?



Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Tabagista ( ) Etilista ( )

Possui cicatriz? SIM ( ) NÃO ( ) Se sim, quantas e onde?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conhece, ou já praticou Pilates? SIM ( ) NÃO ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pratica outra atividade física? SIM ( ) NÃO ( )

Se sim: Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como conheceu a VOLL PILATES Studios?

Indicação ( ) Panfletos ( ) Redes Sociais ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O que te motivou a iniciar aulas de Pilates? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual seu objetivo com o Pilates? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De 0 à 10, como você avalia seu nível de:

Estresse \_\_\_\_ Cansaço Físico \_\_\_\_ Cansaço Mental \_\_\_\_

Disposição \_\_\_\_ Motivação \_\_\_\_ Concentração \_\_\_\_

**AVALIAÇÃO POSTURAL**

**Vista Anterior**

**Cabeça:**Alinhada ( ) Rodada à D ( ) Rodada à E ( ) Inclinada à D ( ) Inclinada à E ( )

**Ombros:**

Simétricos ( ) Elevado à D ( ) Elevado à E ( )

**Triângulo de Talles:**

Simétricos ( ) Diminuído à D ( ) Diminuído à E ( )

**EIAS:**

Simétricos ( ) Elevado à D ( ) Elevado à E ( )

**Joelhos:**

Normal ( ) Valgo ( ) Varo ( )

Teste Valgo Dinâmico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pés:**

Normais ( ) Cavos ( ) Planos ( ) Inversão ( ) Eversão ( )

OBS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vista Posterior
Escápulas:**

Simétricas ( ) Elevada à D ( ) Elevada à E ( )

**Escápula Alada:**

Ausente ( ) D ( ) E ( )

**Coluna Cervical:**
Neutra ( ) Escoliose à D ( ) Escoliose à E ( )

**Coluna Torácica:**

Neutra ( ) Escoliose à D ( ) Escoliose à E ( )

**Coluna Lombar:**

Neutra ( ) Escoliose à D ( ) Escoliose à E ( )

**EIPS:**

Alinhadas ( ) Elevada à D ( ) Elevada à E ( )

OBS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vista Lateral**

**Cabeça:**

Alinhada ( ) Anteriorizada ( ) Posteriorizada ( )

**Coluna Cervical:**

Normal ( ) Hiperlordose ( ) Retificada ( )

**Ombros:**

Normal ( ) Protrusos ( ) Retraídos ( )

**Coluna Torácica:**

Normal ( ) Hiperlordose ( ) Retificada ( )

**Coluna Lombar:**

Normal ( ) Hiperlordose ( ) Retificada ( )

**Pelve:**

Neutra ( ) Antevertida ( ) Retrovertida ( )

**Joelhos:**

Normal ( ) Hiperextensão ( )

OBS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FOTOS (Anexo)**

* Anterior
* Posterior
* Perfil
* Em pé, alongamento levando as mãos em direção ao chão