Menopause Rating Scale (MRS)

Qual dos seguintes sintômas e em que medida você diria que sente atualmente?

	Symptoms:	**nenhum**	**pouco severo**	**moderado**	**severo**	**muito severo**
		I----------	I----------I	----------I	----------I	----------I
	Score =	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
1.	Falta de ar, suores, calores	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Mal estar do coração (batidas do coração diferentes, saltos nas batidas, batidas mais longas, pressão)	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Problemas de sono (dificuldade em consiliar o sono, em dormir toda a noite e despertar-se cedo)	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Estado de animo depressivo (sentir-se decaìda, triste, a ponto das lágrimas, falta de vontade, trocas de humor)	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva)	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Ansiedade (impaciência, panico)	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Esgotamento físico e mental (caida geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória)	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Problemas sexuais (falta no desejo sexual, na atividade e satisfação)	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Problemas de bexiga (dificuldade de urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar)	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Resecamento vaginal (sensação de resecamento, ardência e problemas durante a relação sexual)	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Problemas musculares e nas articulações (dores reumaticas e nas articulações)	☐	☐	☐	☐	☐