

Menopause Rating Scale (MRS)

En ce moment, présentez-vous les symptômes suivants? Pour chacun des symptômes, veuillez cochez

la case 'aucun(e)', si vous n'en souffrez pas actuellement

la case qui vous semble le mieux correspondre à votre cas, si vous présentez le symptôme

Symptômes:

	aucun(e)	léger	modéré	fort	Trés fort
	-----	-----	-----	-----	
	0	1	2	3	4
1. Bouffées de chaleur, transpiration (périodes de transpiration)	<input type="checkbox"/>				
2. Gène au niveau du cœur (Battements de cœur inhabituels, palpitations, battements irréguliers, oppression)	<input type="checkbox"/>				
3. Problèmes de sommeil (difficultés pour s'endormir, difficultés à dormir d'une traite, réveil matinal)	<input type="checkbox"/>				
4. Humeur dépressive (se sentir déprimée, triste, au bord des larmes, manque d'énergie, sautes d'humeur).....	<input type="checkbox"/>				
5. Irritabilité (sensation de nervosité, de stress, sensation d'agressivité)	<input type="checkbox"/>				
6. Anxiété (sentiment d'angoisse, sensation de panique).....	<input type="checkbox"/>				
7. Fatigue physique et mentale (intellectuelle) (diminution des performances en général, problèmes de mémoire, diminution de la concentration, tendance aux oublis)	<input type="checkbox"/>				
8. Problèmes sexuels (changement du désir sexuel, de l'activité sexuelle et de la satisfaction sexuelle)	<input type="checkbox"/>				
9. Problèmes urinaires (difficultés à uriner, besoin croissant d'uriner, incontinence).....	<input type="checkbox"/>				
10. Sécheresse vaginale (sensation de sécheresse ou brûlures du vagin, difficultés lors des rapports sexuels)	<input type="checkbox"/>				
11. Gène musculaire et aux articulations (douleur aux articulations, rhumatismes)	<input type="checkbox"/>				