

If you are interested in the use of the MRS, please contact us at:
info@zeg-berlin.de

Questionnaire d'évaluation sur la ménopause (Belgian French version of the MRS)

En ce moment, présentez-vous les symptômes suivants ? Pour chacun des symptômes, veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre cas. Si vous n'en souffrez pas actuellement, veuillez cocher la case 'aucun(e)'.

Symptômes :

Score =

	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bouffées de chaleur, transpiration (épisodes/crises de transpiration)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gêne au niveau du cœur (perception inhabituelle des battements du cœur, battements irréguliers, battements rapides, oppression) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Problèmes de sommeil (difficultés à s'endormir, difficultés à dormir sans se réveiller, réveil plus tôt qu'on ne le souhaite) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

[Redacted content]