

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

## Menopause Rating Scale (MRS)

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

**Symptoms:**



- |  |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Falta de ar, suores, calores.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mal estar do coração (batidas do coração diferentes, saltos nas batidas, batidas mais longas, pressão)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Problemas de sono (dificuldade em consiliar o sono, em dormir toda a noite e despertar-se cedo).....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

[Redacted text block containing multiple lines of blacked-out content]