

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

Skala oceny objawów menopauzy (Polish version of the MRS)

Które z następujących objawów występują obecnie u Pani? Proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę dla każdego objawu. W przypadku objawów, które u Pani nie występują, proszę zaznaczyć „brak”.

Objawy:

Ocena =

0 1 2 3 4

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Uderzenia gorąca, pocenie się
(epizody pocenia się)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kłopoty z sercem (zwraca Pani uwagę na bicie serca,
nieregularne bicie serca, szybkie bicie serca, ucisk w
piersi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Problemy ze snem (trudności z zasypianiem, trudności z
przespaniem całej nocy, wczesne budzenie się)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |