

Menopause Rating Scale (MRS)

¿Cuál de los siguientes síntomas sufre en la actualidad y con qué intensidad? Marque la casilla pertinente de cada síntoma. Marque "no procede" cuando no sufra el síntoma.

Síntomas:

Puntuación =

0 1 2 3 4

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sofocos, sudación (episodios de sudación)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Molestias cardíacas
(consciencia no habitual de los latidos, bradicardia,
taquicardia, opresión torácica)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Trastornos del sueño (dificultades a la hora de
dormirse, se despierta con facilidad, se despierta pronto)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |