

## Questionnaire de satisfaction à destination des curistes

Conformément aux dispositions issues de la Convention Nationale du Thermalisme (CNT) 2018-2022 publiée au J.O.R.F. du 31 janvier 2018, et en particulier à celles inscrites à l'article 9.1, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et le Conseil National des Établissements thermaux (CNETb) ont tenu à réaffirmer leur attachement à la qualité des soins et des prestations servis aux curistes et aux usagers des établissements thermaux. Afin d'évaluer celle-ci, il est proposé aux personnes qui satisfont aux conditions suivantes de bien vouloir compléter ce questionnaire :

- vous avez effectué (ou vous effectuez) une cure thermale (18 jours de soins) avec une prise en charge de l'Assurance Maladie ;
- vous étiez présent(e) (ou vous êtes présent(e)) dans l'établissement thermal à l'une des périodes suivantes :
  - entre le ... /.../2019 et le ... /.../2019
  - ou entre le ... /.../2019 et le ... /.../2019
  - ou entre le ... /.../2019 et le ... /.../2019

(si l'une des deux conditions ci-dessus n'est pas satisfaite, les réponses ne seront pas prises en considération).

Ce questionnaire doit être renseigné dans l'intervalle de temps de un à trois mois suivant la date de fin de cure. Par exemple, si votre cure s'est terminée le 15 juin, le questionnaire doit être rempli entre le 15 juillet et le 15 septembre.

La synthèse des résultats de cette enquête de satisfaction sera publiée sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) - rubrique cures thermales, dans le courant du deuxième trimestre 2020.

En participant à cette enquête de satisfaction, vous nous aidez à faire progresser la qualité des cures thermales. Nous vous en remercions sincèrement.

### Généralités :

1044-000002

A quelle date avez-vous débuté votre cure ?

A quelle date avez vous terminé votre cure ?

Orientation Thérapeutique (principale) prescrite ?

Rhumatologie	Voies Respiratoires	Affections Digestives et Maladies Métaboliques	Affections des Muqueuses bucco-lingua	Dermatologie	Phlébologie	Affections Urinaires et Maladies Métaboliques	Affections Psychosomatiques	Gynécologie	Maladies Cardio-arthérielles	Troubles du développement chez l'enfant	Neurologie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez vous suivi une 2ème orientation ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Laquelle ?

Rhumatologie	Voies Respiratoires	Affections Digestives et Maladies Métaboliques	Affections des Muqueuses bucco-lingua	Dermatologie	Phlébologie	Affections Urinaires et Maladies Métaboliques	Affections Psychosomatiques	Gynécologie	Maladies Cardio-arthérielles	Troubles du développement chez l'enfant	Neurologie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sexe :

Femme	Homme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre date de naissance :

Votre cure :

1°) Est-ce la première cure thermale que vous effectuez ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2°) Est-ce la première fois que vous faites votre cure dans cet établissement ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3°) Etes vous d'une façon générale satisfait(e) des soins que vous avez reçus ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion
<input type="checkbox"/>				

4.1) Plus particulièrement .... du déroulement des soins :

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion
<input type="checkbox"/>				

4.2 ) ... et du temps de repos entre les soins :

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion
<input type="checkbox"/>				

Vous êtes peu satisfait, pouvez vous préciser le motif ?

Temps de repos trop court	Temps de repos trop long
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous n'êtes pas du tout satisfait, pouvez vous préciser le motif ?

Temps de repos trop court	Temps de repos trop long
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5°) Pendant votre cure thermale, combien de fois avez-vous consulté le médecin thermal ?

Une fois ?	Deux fois ?	Trois Fois ou plus ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6°) Etes-vous satisfait(e) de la relation avec ...

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion
- Le personnel d'accueil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les agents de soins :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Les professionnels de santé (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes ...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7°) Etes-vous satisfait(e) des équipements et du plateau technique ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion
<input type="checkbox"/>				

8°) Etes-vous satisfait(e) de la propreté (Parties communes, bassins, cabinets de soins) ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion
<input type="checkbox"/>				

9°) Etes-vous satisfait(e) du trousseau de linge mis à votre disposition ?

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Sans opinion
<input type="checkbox"/>				

Après votre cure ....

10°) Avez-vous constaté depuis cette cure ....

Oui	Non	Pas concerné(e)	Ne se prononce pas
- Une amélioration de votre mobilité et de votre activité au quotidien :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une diminution de vos douleurs, troubles ou gênes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une diminution de votre consommation médicamenteuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11°) Avez-vous constaté depuis cette cure une amélioration de votre état de santé et de votre qualité de vie ?

OUI	NON	Ne se prononce pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous pouvez nous laisser ci-dessous vos commentaires et suggestions :

-----