

## Fiche de présentation du lieu de Formation Pratique

**Institution :** Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

**Sites :** Hôpital de la Conception ou La Timone ou Ste Marguerite ou Hôpital Nord NB : Ces sites sont parfois très éloignés les uns des autres, se renseigner sur le site où se déroule le stage avant de réserver un logement.

Mise à jour le : 21.01.2019

**Adresse :** 147, boulevard Baille. 13005 Marseille

**Téléphone (centrale) :** 04 91 38 00 00

**Site internet :** [www.ap-hm.fr](http://www.ap-hm.fr)

### Présentation

**Type d'établissement :** Choisissez un élément dans la liste déroulante

**Si autre :** Centre Hospitalier Universitaire

**Département (optionnel) :**

### Population et champs d'activités

**Nombre de lits (clinique, hôpitaux) :** 1001 lits

**Type de population (enfants, adultes, personnes âgées) :** Adultes en majorité

**Secteurs d'activité de l'institution :**

**Spécificités (diabétologie, néphrologie, TCA...) :** Endocrinologie, néphrologie, centre des grands brûlés, maternité, éducation thérapeutique, urologie, chirurgie, psychiatrie.

### Service de nutrition

**Activités et prestations :** Endocrinologie, néphrologie, centre des grands brûlés, maternité, éducation thérapeutique.

**Nombre de diététiciens et taux d'activité :** 13 diététiciennes / 100%



## Informations « Stage »

**Responsable du service de nutrition :** Mme Nathalie BOURDAIRE

**Praticien formateur responsable des étudiants :** Mme Nathalie BOURDAIRE

**Nom et adresse pour l'envoi du dossier de formation pratique (contrat, documents administratifs) :**

**Adresse e-mail du PF :** Nathalie.Bourdaire@ap-hm.fr

**Téléphone du PF (direct) :**

**Fax (optionnel):**

**Dossier de stage des étudiants à envoyer par mail ?**  oui  non

**Commentaires, remarques :**

**Un certificat de bonne santé est exigé :** non

## Informations pratiques

**Horaires usuels pour les étudiants (max. 40 h/semaine) :** 8h30 – 15h30

**Vêtements de travail fournis :**  oui  non

**Possibilité de repas (lieu, prix indicatif...) :**

**Possibilité de logement :**  oui  non

Si oui :

Lieu :

Proximité avec l'institution :

Prix indicatif :

Personne à contacter :

**Accès en transports publics :**  oui  non

Si oui :

N° de bus/tram ou autres : Métro Ligne 1

Arrêt recommandé : Baille

Conseil-s pratique-s :

**Possibilité de parking** (voiture, 2 roues) :  **oui**     non

Si oui : Parking Publics payant pour les visiteurs de l'hôpital.

Prix indicatif :