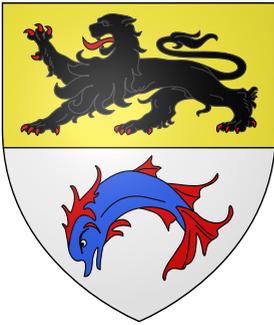




# Livret d'accueil des internes

**HÔPITAL ALEXANDRA LEPÈVE**  
CENTRE HOSPITALIER DE DUNKERQUE



Blason de Dunkerque

*Coupé en chef d'or au lion passant de sable et en pointe d'argent à un dauphin couché d'azur crété et oreillé de gueules*

## Dunkerque

Fondée il y a plus d'un millénaire, la ville était, à l'origine, un village de pêcheurs construit à l'extrémité ouest d'un banc de sable.

La construction d'une chapelle afin d'évangéliser la zone donna son nom à la ville, composé des mots néerlandais **duin** (« dune ») et **kerk** (« église »).

Dès lors, la ville se développa autour de son port.

Au cours de l'histoire, la ville a appartenu, périodiquement, au comté de Flandre, aux royaumes d'Espagne, d'Angleterre et de France.

Devenue définitivement française le 27 octobre 1662, suite à son rachat à l'Angleterre par Sa Majesté Louis XIV, par la Grâce de Dieu Roy de France et de Navarre, la ville devient une place forte redoutée à la suite des travaux de Vauban, qui en fait le plus grand port de guerre du royaume.

À cette époque, la ville abrita des corsaires dont **le célèbre Jean Bart**, héros entre autres de la bataille du Texel (29 juin 1694). Durant la Révolution, à la suite de l'abolition des cultes, la ville s'appela Dune-Libre.

Durant la Grande Guerre, demeurée aux mains des Alliés par suite de la défense franco-belge lors de la bataille de l'Yser, elle fut sévèrement bombardée par les Allemands. Au cours de la Seconde Guerre mondiale, elle fut le théâtre de l'opération Dynamo (mai-juin 1940) et du siège de Dunkerque.

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, la ville est détruite à plus de 70 %. Théodore Leveau et Jean Niermans entreprennent la reconstruction de la ville. De nos jours, Dunkerque est connue pour son **port maritime** (le 3ème de France), son **industrie lourde et énergétique**, la **station balnéaire de Malo-les-Bains**, et son **Carnaval**, dont les festivités s'étalent chaque année sur une période comprise

# Sommaire

<b>Référents</b>	_____	p4
<b>Codes</b>	_____	p5
<b>Plans</b>	_____	p6
<b>Prescriptions transport</b>	_____	p9
<b>Séniorisation</b>	_____	p11
<b>Gardes</b>	_____	p12
<b>Transfusion</b>	_____	p15
<b>Courrier médical : modèle</b>	_____	p19
<b>AES</b>	_____	p20
<b>Liens et applications utiles</b>	_____	p21

# Référents



**Samy BAYOD**  
*Directeur général*



**Justine LEIBIG**  
*Directrice des  
affaires médicales*



**Thierry PAUPARD**  
*Président de CME*

# Responsables des internes



**Dr Adrien DELPRAT**  
*Urgences*



**Dr Charlotte MORTIER**  
*Urgences*



**Dr Nicolas JAN**  
*Chirurgie*



**Dr Maud VASSE**  
*Médecine intensive*



**Dr Christophe DESWARTE**  
*Anesthésie*



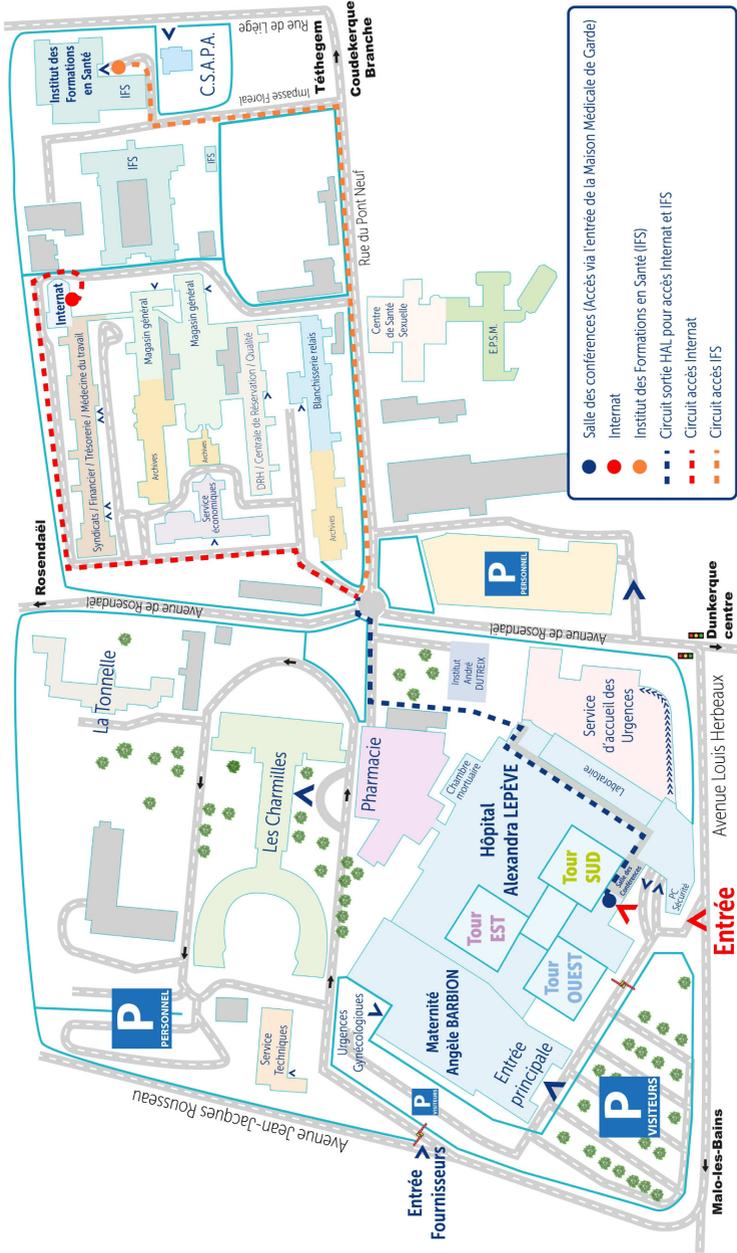
**Dr Manuela SCALBERT**  
*Pédiatrie*

# Codes

Logiciel	Login	Mot de passe
<i>HM</i>		
<i>Kalires</i>		
<i>Blue Kangoo</i>		
<i>ICCA</i>		
<i>Diane</i>		
<i>Internat</i>		
<i>Vestiaire</i>		
<i>Service</i>		
<i>Autre</i>		

# Plan de l'Hôpital Alexandra Lepève

Hôpital Alexandra Lepève - Accès Salles des Conférences - Internat - Institut des Formations en Santé





# Plan des services



Aile Est    Aile Ouest    Aile Sud

- 8** | Pédiatrie Médecine de l'Adolescent  
Unité de Surveillance Continue Pédiatrique  
Chirurgie ambulatoire pédiatrique  
Hôpital de Jour Pédiatrique – Espace Adolescents  
Accueil Pédiatrique Médico Judiciaire APMJ
- 7** | Chirurgie Urologique/Cancérologie Urinaire  
Gynécologie Médico-Chirurgicale et Cancérologique  
Uro-Gynécologie  
Soins Intensifs Post-Opératoires (SIPO)  
Chirurgie Viscérale, Vasculaire et Thoracique  
Unité d'Hospitalisation à Courte Durée (UHCD)  
Unité de Surveillance Continue (USC)
- 6** | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie Ambulatoire  
Chirurgie ORL, maxillo-faciale, orale, dentaire  
et stomatologie
- 5** | Hôpital de Jour Onco-Hémato Séances Thérapeutiques  
Hépto-Gastro-Entérologie  
Pneumologie et Unité de Sommeil
- 4** | Court Séjour Gériatrique  
Unité de Neurologie et de Cardiologie  
Conventionnelle. Unité Neuro-Vasculaire  
Médecine Interne et Maladies Infectieuses
- 3** | Hématologie  
Hospitalisation programmée de médecine  
Diabétologie – Endocrinologie – Nutrition  
Hémodialyse – Secrétariat de Néphrologie
- 2** | Unité de Soins Intensifs de Cardiologie (USIC)  
et de Neurologie Vasculaire (USINV)  
Endocrinologie – Diabétologie – Cardiologie  
Consultations  
– Cardiologie et Epreuves d'Efforts  
– Pneumologie et Epreuves Respiratoires  
– Centre de Ressources et de Compétences  
pour la mucoviscidose (CRCM)  
– Addictologie – Nutrition
- 1** | Hall d'accueil/Sortie (Niv O Bâtiment Maternité)  
Espace Admissions – Espace Patientèle  
Maison des Usagers – Commission des Usagers  
Service Social – Laboratoire – Point TV/Téléphone – Cafétéria  
Consultations de médecine et de chirurgie
- 1** | **MATERNITÉ ANGÈLE BARBION**  
Néonatalogie – Bloc Obstétrical  
Urgences Gynécologie/Maternité  
Consultation Femme-Mère-Enfant (Niv O Bât. Maternité)
- 0** | Scanner – IRM  
Réadaptation Cardiaque  
Rééducation Fonctionnelle  
Restaurant du personnel  
Salle des Conférences  
Aumônerie/Chapelle  
Vestiaires

# Prescription de transport



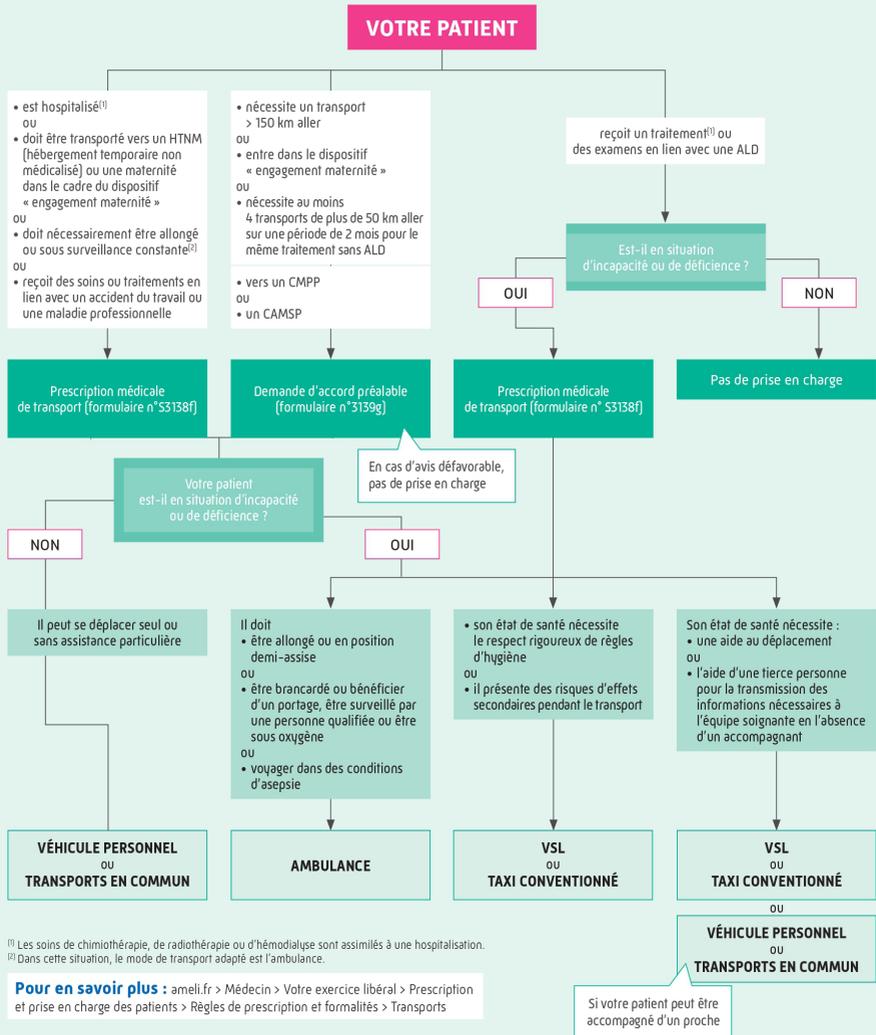
**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

## Prescription médicale de transport Conditions de prise en charge

Janvier  
2023

D'après le décret du 10 mars 2011, l'arrêté du 23 décembre 2006 et le décret n° 2022-555 du 14 avril 2022



<sup>(1)</sup> Les soins de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilés à une hospitalisation.  
<sup>(2)</sup> Dans cette situation, le mode de transport adapté est l'ambulance.

# Prescription de transport



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

## Prescription médicale de transport Rappel des bonnes pratiques



La prescription d'un transport est une **PRESCRIPTION MÉDICALE** à part entière.



En cas d'**AFFECTION LONGUE DURÉE** (ALD), la prescription d'un transport n'est pas automatique et est réservée aux patients présentant des déficiences ou incapacités.



Le choix du mode de transport doit être **ADAPTÉ À L'ÉTAT DE SANTÉ** et au **NIVEAU D'AUTONOMIE** du patient.



### **Transport individuel**

(véhicule personnel, transport en commun)

➔ Patients pouvant se déplacer sans assistance particulière

### **Transport assis professionnalisé**

(véhicule sanitaire léger, taxi conventionné)

➔ Patients dont l'état de santé nécessite d'être assis et des conditions particulières (bèquilles, respect de règles d'hygiène...)

➔ Le transport partagé (> 2 patients ensemble) est instauré par principe sauf contre-indication médicale

### **Ambulance**

➔ Doit être réservée aux patients dont l'état de santé nécessite des conditions particulières (position allongée, besoin d'oxygène...)

# Règles de séniorisation

## Interne de garde - Pédiatrie

	Urgence vitale au SAU	Enfant < 3 mois Enfant < 1 mois	Traumatologie	Pédiatrie médicale	Urgence vitale intra hospitalière
Pédiatre de garde via le standard	X				
Urgentiste sur place 6105 ou 6128  (Ctrl) ▾	X		X		
Néonatalogiste sur place 6826		X <i>Et enfant de 2 à 3 mois le week-end et les jours fériés</i>			
Réanimateur sur place 6315 ou 6387					X

## Interne de garde - Urgences adultes

	Urgence vitale au SAU/UHCD	Urgence médicale au SAU/UHCD	Urgence vitale intra hospitalière	Urgence médicale intra hospitalière
Urgentiste sur place 6105 ou 6128	X	X		
Réanimateur sur place 6315 ou 6387			X	
Médecin d'astreinte du service concerné via le standard				X

## Interne de garde - Chirurgie

	Urgence vitale en chirurgie/SIPO	Urgence chirurgicale	Urgence médicale en chirurgie/SIPO
Réanimateur sur place 6315 ou 6387	X		
Chirurgien d'astreinte du service concerné via le standard		X	
Anesthésiste d'astreinte du service concerné via le standard			X

# Gardes

Tout **changement de garde d'interne entre internes participant à une même ligne de garde** ne nécessite pas l'accord préalable du chef de service. **L'information doit être transmise à la DIRAM** pour mise à jour du tableau de garde et rémunération de celle-ci.

Tout **changement de garde d'interne entre internes participants à des lignes de garde différentes** doit faire l'objet d'un **accord préalable des responsables de service** des 2 lignes de garde concernées. La **DIRAM** doit également impérativement en être informée.

Toute garde qui ne peut être assurée par un interne doit être signalée au responsable de service concerné et à la **DIRAM** afin de rechercher un interne disponible pour assurer la garde.

Un **certificat médical** doit être transmis par l'interne absent auprès de la DIRAM pour justifier la non réalisation de la garde.

En cas de souhait de réaliser des gardes d'interne ou de sénior dans un autre établissement que celui d'affectation, **l'accord préalable du responsable de terrain de stage est nécessaire** (sauf gardes prévues dans la maquette) et reste **soumis à la continuité des soins dans le service de rattachement**.

 : [dam@ch-dunkerque.fr](mailto:dam@ch-dunkerque.fr)

# Gardes

## Horaires

- » En semaine : 18h30 à 8h30 le lendemain matin
- » Le samedi : 12h30 à 8h30 le lendemain matin
- » Les dimanche et jours fériés : 8h30 à 8h30 le lendemain matin
- » Demi-garde des urgences aux soins externes : 8h30 à 23h30

## Chambres de gardes

- » Interne des urgences : chambre 5 du couloir des urgences
- » Interne des étages (médecine) : chambre 7 du couloir des urgences
- » Interne de pédiatrie : chambre 6 du couloir des urgences
- » Interne de réanimation : dans le service de réanimation
- » Interne de chirurgie : dans le service de chirurgie, au 6ème Est ou dans la chambre 8 du couloir des urgences si elle est disponible

## Déplacements durant la garde

	Constat décès intra hospitalier	Constat chute	Constat décès Charmilles (EHPAD)
Interne urgences 6572 ou 6758			X
Interne réanimation 6315	X		
Interne chirurgie 6341		X	

## Aux urgences

- » Séniorisation des dossiers systématique
- » Spécialistes sur place : cardiologue, réanimateur, urgentiste, pédiatre
- » Ne pas appeler les autres spécialiste d'étage en astreinte à domicile pour hospitaliser un patient en horaire de PDS
- » Prévenir néanmoins : néphrologue si transplanté rénal/hémodialyse, Pédiatre si USCP, neurologue si USINV, hématologue si secteur protégé, chirurgiens, anesthésiste si SIPO

## Les certificats

- » CNH : un interne peut réaliser un CNH
- » Réquisition judiciaire ou pour garde à vue : doit être réalisée par un sénior
- » Certificat de coups et blessures : doit être réalisé par un médecin légiste sinon n'a pas de valeur légal ; après examen somatique au SAU et soins le cas échéant, orienter les malades vers le commissariat, qui réquisitionnera le médecin légiste
- » Certificats d'arrêt et d'accident du travail : peuvent être faits par un interne, à remplir directement dans HM

# Transfusion

## Transfusion de PSL : bonnes pratiques de prescription



# ADULTE

## 1. Prescrire la posologie ou le volume à transfuser

ADULTE	Recommandations concernant la posologie ou le volume à transfuser (sauf hémorragie active)
<b>Concentré de globules rouges (CGR)</b>	La transfusion de CGR chez un patient ayant une anémie chronique doit être prescrite <b>poche par poche</b> . Pour la transfusion d'un CGR, l'augmentation attendue du taux d'hémoglobine est en moyenne de +1 g/dL (+0,7 g/dL chez un patient de 90 kg, à +1,4 g/dL chez un patient de 50 kg)
<b>Concentré de plaquettes (CP)</b>	0,5 à 0,7 x10 <sup>11</sup> / 10 kg → Renseigner le <b>poids du receveur</b> sur la prescription
<b>Plasma frais congelé (PFC)</b>	10 à 15 mL/kg (sauf échange plasmatique)

## 2. Prescrire le débit ou la durée de transfusion

ADULTE	Recommandations concernant le débit ou la durée de transfusion (sauf hémorragie active)		
		Débit de transfusion 1 mL sang ~ 15 gouttes 1 mL plasma/plaquettes ~ 20 gouttes	Durée de transfusion
<b>Concentré de globules rouges (CGR)</b> Vol ~280-320 mL/CP	Durant les 15 premières minutes	~ 1 mL/kg/h	< 5 mL/min
	Patient > 70 ans <u>OU</u> facteur(s) de risque de surcharge volémique identifié*	~ 2 mL/kg/h	1 à 3 mL/min 15-45 gouttes/min
	Patient adulte < 70 ans sans facteur de risque de surcharge volémique identifié	5 à 7 mL/kg/h	5 à 7 mL/min 75-100 gouttes/min
<b>Concentré de plaquettes (CP)</b> Vol ~300-400 mL/CP			5 à 10 mL/min 1 CP en 20 à 30 min
<b>Plasma frais congelé (PFC)</b> Vol ~200-300 mL/PFC			10 à 15 mL/min 1 PFC en 20 à 30 min

\* Facteurs de risque de surcharge volémique : hypertension artérielle, insuffisance coronarienne, valvulopathie sévère dont rétrécissement aortique ou mitral serré, dysfonction systolique ou diastolique ventriculaire gauche, fibrillation atriale rapide, insuffisance respiratoire aiguë ou chronique, insuffisance rénale aiguë ou chronique, surcharge hydro-sodée, syndrome infectieux récent

### INSTRUCTION N°DGS/PP4/DGOS/PF2/2021/230 du 16 novembre 2021 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel : fiche 4

Pour toute transfusion de PSL, il faut disposer d'une « prescription médicale précisant le débit ou la durée de la transfusion, et le nombre de PSL ou la posologie ou le volume à transfuser notamment pour les nouveau-nés, les jeunes enfants et les personnes âgées de plus de 70 ans. Si cette précision n'est pas mentionnée, le professionnel de santé en charge de l'acte doit se faire préciser la consigne par le prescripteur avant son geste ».

# Transfusion

## Transfusion de PSL : bonnes pratiques de prescription



## ENFANT

### 1. Prescrire la posologie ou le volume à transfuser

ENFANT		Recommandations concernant la posologie ou le volume à transfuser (sauf hémorragie active)	
Concentré de globules rouges (CGR)	Enfant	Pour la transfusion d'un volume de 3 à 4 mL/kg de CGR, l'augmentation attendue du taux d'hémoglobine est en moyenne de +1 g/dL	
	Nouveau-né < 32 SA* ou poids < 1500 g	Ne pas dépasser 15 mL/kg	→ Renseigner le <b>terme</b> et le <b>poids du receveur</b>
	Nouveau-né ≥ 32 SA* et poids ≥ 1500 g	Ne pas dépasser 20 mL/kg	
Concentré de plaquettes (CP)	Enfant	0,5 à 0,7 x10 <sup>11</sup> / 10 kg	→ Renseigner le <b>poids du receveur</b> sur la prescription
	Nouveau-né	0,1 à 0,2 x10 <sup>11</sup> / kg soit ~ 15 mL/kg	
Plasma frais congelé (PFC)		10 à 15 mL/kg (sauf échange plasmatique)	Ne pas dépasser 20 mL/kg

\* Age gestationnel en semaines d'aménorrhée

### 2. Prescrire le débit ou la durée de transfusion

ENFANT		Recommandations concernant le débit ou la durée de transfusion (sauf hémorragie active)	
		Débit de transfusion	Durée de transfusion
Concentré de globules rouges (CGR)	Durant les 15 premières minutes	~ 1 mL/kg/h	
	Enfant avec facteur(s) de risque de surcharge volémique identifié	~ 2 mL/kg/h	2 à 3h
	Enfant sans facteur de risque de surcharge volémique identifié	~ 5 mL/kg/h sans dépasser 150 mL/h	1 à 2h
	Nouveau-né*	~ 5 mL/kg/h	3h
Concentré de plaquettes (CP)	Enfant / Nouveau-né		20 à 30min
Plasma frais congelé (PFC)	Enfant		20 à 30min
	Nouveau-né		1 à 3h

\* Chez le nouveau-né prématuré d'âge post-menstruel < 32 semaines ou de poids < 1500 g : Suspendre si possible l'alimentation entérale pendant la transfusion

INSTRUCTION N°DGS/PP4/DGOS/PF2/2021/230 du 16 novembre 2021 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel : fiche 4

Pour toute transfusion de PSL, il faut disposer d'une « prescription médicale précisant le débit ou la durée de la transfusion, et le nombre de PSL ou la posologie ou le volume à transfuser notamment pour les nouveau-nés, les jeunes enfants et les personnes âgées de plus de 70 ans. Si cette précision n'est pas mentionnée, le professionnel de santé en charge de l'acte doit se faire préciser la consigne par le prescripteur avant son geste ».

Cellule régionale d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle des Hauts-de-France, version Mai 2023

Relecteurs : praticiens et hémovigilants des CHU Amiens, CHU Lille, CH Calais, CH Roubaix, CH Saint Quentin et AP-HP

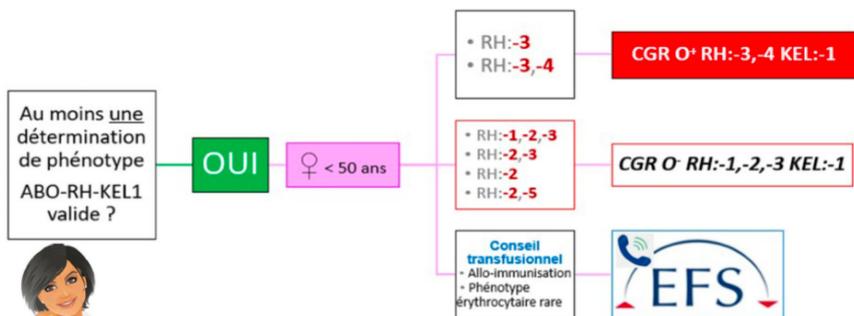
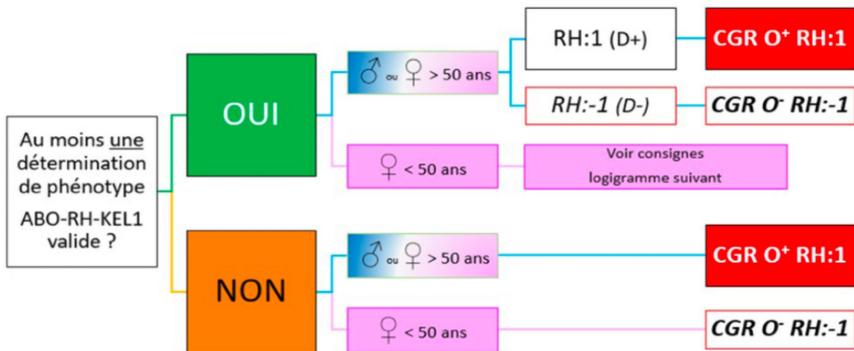
# Transfusion - urgence vitale

Quel CGR délivrer en UVI à partir d'un dépôt d'urgence vitale ?

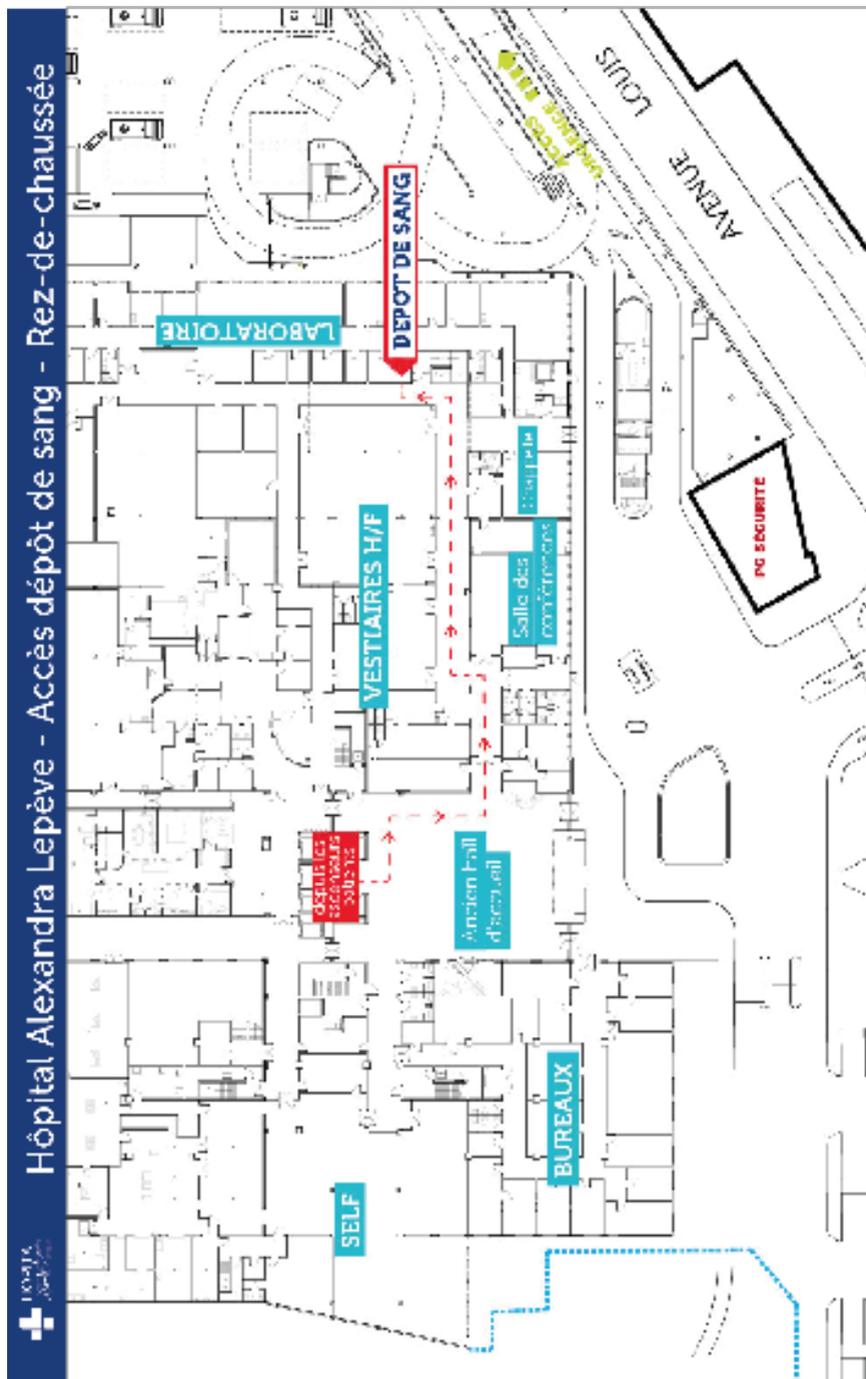


Le stock d'urgence vitale doit disposer de CGR :

- « **O positif** » (O RH:1) qui sont de phénotype : **O RH:1,2,-3,-4,5 KEL:-1**  
**O Rh D+ C+ E- c+ e+ K-**
- « **O négatif** » (O RH:-1) qui sont de phénotype : **O RH:-1,-2,-3,4,5 KEL:-1**  
**O Rh D- C- E- c+ e+ K-**



# Plan d'accès au dépôt de sang



# Courrier médical : modèle

## Identification et adressage du courrier

### Identification du patient

- Nom de naissance, prénom, sexe et date de naissance

### Médecin Traitant et autres destinataires

- Possibilité de refus du patient

## Entrée et Sortie

### Dates d'entrée et de sortie

- Préciser l'Unité d'hospitalisation

### Modes d'entrée et de sortie

- Domicile, Urgences, Transfert, Destination

## Anamnèse

### Motif d'hospitalisation

### Histoire de la maladie

### Mode de vie

### Antécédents & Allergies connues

### Traitements habituels<sup>1</sup>

- En DCI avec posologie et voie d'administration

## Synthèse médicale

### Pathologies prises en charges

#### Examen Clinique

- Par organe, constantes, état fonctionnel

#### Etat médo-psycho-social

- Autonomie, état nutritionnel, présence d'ecchymoses

#### Evènement Indésirable Grave

- Infection (isolement ?), erreur médicamenteuse, chute, autres complications

#### Patient transfusé OUI / NON

- Préciser le type de PSL
- Prescrire les RAI post-transfusionnelles à 1 mois

Patient porteur de BMR ou BHRé OUI / NON

Pose d'un dispositif médical implantable

- Préciser la référence

## Actes techniques, examens complémentaires et biologie

### Résultats normaux ou anormaux

pertinents pour :

- Actes techniques
- Examens complémentaires (Imagerie)
- Examens biologiques

Préciser également l'absence de résultat ou l'absence de réalisation

## Conclusion et suite à donner

### Conclusion médicale synthétique

- Diagnostic retenu

### Continuité des soins

- RDV médicaux ou examens complémentaires prévus, préciser si RDV pris ou à prendre par le patient

### Résultats en attente

- Prescriptions de soins infirmiers ou rééducation

### Médo-social

- Action réalisées et à mettre en place

### Recommandations

- Effets indésirables possibles et CAT
- Surveillance particulière d'un traitement médicamenteux ou suite à une intervention chirurgicale
- Préciser si remise d'un document expliquant les recommandations et surveillance pour la pathologie ou l'acte

## Traitement médicamenteux

### Devenir des traitements habituels

- Poursuite, motif de suppression/modification

### Traitements de sortie<sup>2</sup>

- En DCI avec posologie et voie d'administration
- Mentionner l'absence de traitement de sortie

## Remarques et généralités

1) Incrémentation automatique si utilisation de l'onglet **traitement habituel** dans HM

2) Informations renseignées

automatiquement dans la LDL en utilisant l'onglet **ordonnance de sortie** dans HM, elle **doit donc être finalisée avant le courrier de sortie**.

Si non finalisée avant, prescrire tout de même dans le module HM et mentionner dans le courrier : « **ordonnance en annexe** »

La temporalité du traitement peut être une **durée** ou une **mention** comme « poursuite du traitement jusqu'à la prochaine consultation avec le médecin traitant » ou pour des antalgiques « en cas de douleur ».

Le but est que le courrier soit remis à la sortie du patient, validé sur HM.

Pour un gain d'efficacité et de qualité, la lettre de liaison de sortie doit être synthétique **MAIS** la synthèse doit contenir pour chaque item une trace écrite sous forme « d'absence de... ou présence de... ».

# En cas d'accident d'exposition au sang et liquides biologiques



## Conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à des produits biologiques

### UNE BONNE PRÉVENTION PASSE PAR LE RESPECT DES PRÉCAUTIONS STANDARDS !

#### RAPPEL

les précautions standards s'appliquent à tout patient en cas de contact avec les muqueuses ou la peau lésée du patient et en cas de risque de projection de liquides biologiques (sang, urines, etc.) elles comprennent l'hygiène des mains, le port de gants, lunettes, masque ou surblouse (qui peut être remplacée par un tablier plastique)

1

### Premiers soins à faire d'urgence



#### PIQURES ET BLESSURES

- Ne pas faire saigner
- Nettoyage immédiat de la zone cutanée lésée à l'eau et au savon puis rinçage
- Antiseptie avec polyvidone iodée en solution dermique, ou dérivé chloré (Dakin ou eau de javel 9° chlorométrique diluée au 1/5), ou à défaut alcool à 70° (au moins 5 minutes).



#### CONTACT DIRECT DU LIQUIDE BIOLOGIQUE SUR PEAU LÉSÉE

- Même protocole
- Antiseptie avec polyvidone iodée en solution dermique, ou dérivé chloré - Dakin- (au moins 10min)



#### PROJECTION SUR MUQUEUSES ET YEUX

- Rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique (au moins 10 minutes)

2

### Remplir la déclaration d'accident du travail avec le cadre de santé

3

### Se rendre au service d'accueil des urgences dans les 4 heures maximum



#### QUI ÉVALUE LE RISQUE INFECTIEUX

- Infection VIH, Hépatites B et C, autres infections

#### QUI VOUS INFORME DES MESURES A PRENDRE

- Une prophylaxie (chimio prophylaxie, antirétrovirale, immunoglobulines spécifiques anti-VHB +/- vaccination) peut vous être proposée. Elle se fera avec une information préalable sur ses effets et son déroulement. Elle nécessite votre consentement. Le traitement doit être débuté dans les heures qui suivent l'accident.

4

### Remettre le dossier administratif en DRH dans les 24 heures (jours ouvrables)

5

### Prendre RDV en médecine du travail dans les 48 heures qui suivent

Médecin du travail **56 35** ; secrétariat **59 34**  
Médecin hospitalier référent **56 33** ou **55 46**

# Liens et applications utiles

**SITE WEB**

**L'office de tourisme**

spirit of **Dunkerque**  
TOURISME & CONGRÈS



**Le guide pratique de la vie à Dunkerque**

**SITE WEB**

**La ville de Dunkerque**



DUNKERQUE



**APPLI**



**CORSAIRE**  
Communauté Urbaine de Dunkerque



 Google Play  App Store

**APPLI**



**DK'BUS**  
Le réseau de bus gratuits



 Google Play  App Store

**APPLI**



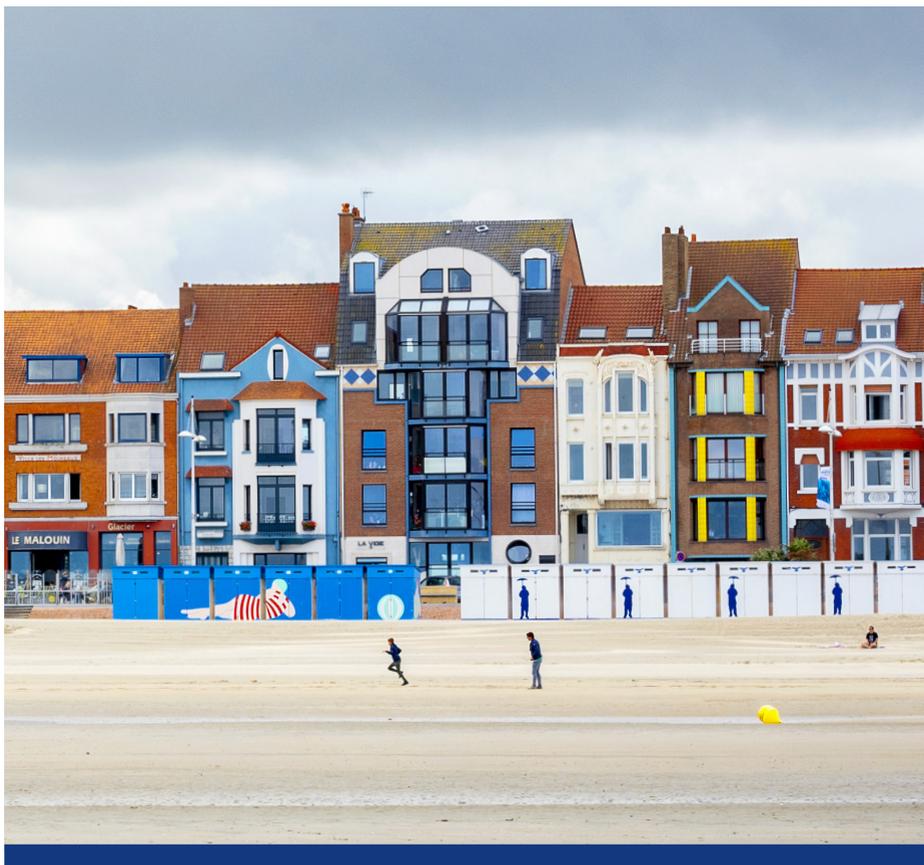
**DK'SORTIES**  
Les événements culture et loisirs à Dunkerque



 Google Play  App Store

# Notes personnelles

# Notes personnelles



**L'équipe de l'Hôpital Alexandra Lepève**  
vous souhaite un excellent semestre à Dunkerque !