

**La Faculté de Médecine** propose les formations suivantes aux praticiens, aux professionnels de santé et/ou du social ou du secteur éducatif :

- DIU **Troubles du Comportement Alimentaire**
- DIU **Périnatalité et Addictions**
- DIU **Addictions et Société**
- DIU **Alcool et Société**
- DIU **Adolescents difficiles** (partenariat DRPJJ)

- DU **Gérontologie**
  - Opt° Intervention en Gérontologie Sociale
  - Opt° Soins Infirmiers Gériatriques

- DU **Oncogériatrie**
- DIU **Coordonnateur de Soins en Gérontologie / Gestionnaire de Cas**
- Séminaire de Gérontologie**

Proj DU **Fonction encadrement Etabl Pers. Agées**

- DIU **Prise en charge de la Douleur**
- DIU **Soins Palliatifs**

Proj DU **Hypnose clinique**

- DU **Musicothérapie**

- DIU **Santé au Travail**
  - (Qualification Infirmière)
  - Journées Enseignement Post-Universitaire**
    - (Médecins Santé au Travail)
    - Journées Toxicologie**
      - (Médecins Santé au Travail) (tous les 2ans)

- DU **Hygiène & Epidémiologie Infectieuse**
- DU **Education Thérapeutique du Patient** (partenariat IREPS)
- DIU **Sexologie**
- DIU **Etude de la Sexualité Humaine**
- DU **Pratiques des Psychothérapies** (en cours d'habilitation)

- DU **Rééducation de l'équilibre** (Masseurs-Kinésithérapeutes)
- Analyse de données de puces à ADN** (Institut de Recherches Thérapeutiques)

Le  
**PÔLE FORMATION  
CONTINUE - Santé  
Nantes**

Tél **02 53 48 47 47**  
fc.sante@univ-nantes.fr

[www.univ-nantes.fr/formationcontinue](http://www.univ-nantes.fr/formationcontinue)



UNIVERSITÉ DE NANTES

**COUPON-REPONSE** (pour envoi d'une documentation)

NOM Prénom : ..... Adresse Postale complète : .....

e-mail : .....

Je souhaite recevoir une documentation sur la (les) formations suivante(s) :

Date :

Signature :

Retour à : **POLE FORMATION CONTINUE SANTE** – 1, rue Gaston Veil. BP 53508 – 44035 NANTES CEDEX 01