|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD / CENTRO / EQUIPO / PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: | | | | |
| Localidad | | Provincia | | |
| Adscrito a: *(Indicar denominación de la Unidad Docente)* | | | | |
| Entidad titular del dispositivo:     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:** | | | | Especialidad | Duración estancia formativa | Capacidad docente (turnos/año) | | Enfermería de Salud Mental |  |  | | Psicología Clínica |  |  | | Psiquiatría |  |  | | Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia |  |  |   3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: *(Nombre, Apellidos y Especialidad)* | | | Don/Doña: | Especialidad: | | Don/Doña: | Especialidad: | | Don/Doña: | Especialidad: | | Don/Doña: | Especialidad: | | | | | |
| 4. COBERTURA POBLACIONAL: *Indicar población infanto-juvenil (menor de 16 ó 18 años, según CC.AA).* | | | |  |
| 5. RECURSOS HUMANOS: | | | | Indicar número de profesionales |
| Especialistas en Enfermería de Salud Mental | | | |  |
| Especialistas en Psicología Clínica | | | |  |
| Especialistas en Psiquiatría | | | |  |
| Especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia | | | |  |
| Otros profesionales: | | | |  |
| Enfermeros/as de Cuidados Generales | | | |  |
| Trabajadores/as Sociales | | | |  |
| Otros *(indicar)*: | | | |  |
| 6. ÁREA FÍSICA: *Disponibilidad de Consultas, Aulas, Salas de Reuniones,*  *Biblioteca, Otros.* | | | | Indicar número de salas para cada especialidad |
| Número de consultas: | Psiquiatras | | |  |
|  | Psicólogos/as Clínicos | | |  |
|  | Enfermeros/as Especialistas en Salud Mental | | |  |
|  | Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia | | |  |
| Número de Despachos específicos Residentes | | | SÍ  NO  Núm.*:* | |
| Número de Salas de Grupo | | | SÍ  NO  Núm.*:* | |
| Aulas:  SÍ  NO  Núm*.:* | | | Sala Reuniones:  SÍ  NO  Núm.*:* | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Otros recursos del área física *(indicar):* | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Biblioteca | | | Fuentes documentales en soporte papel | SÍ  NO | | Acceso a base de datos | SÍ  NO | | Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés | SÍ  NO |   7. RECURSOS MATERIALES: | | | | | |
| Archivo de Historias Clínicas | SÍ  NO | | | | |
| Registro informatizado de casos y actividad asistencial | SÍ  NO | | | | |
| Otros recursos materiales *(indicar):* | | | | | |
| 8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES: *Indicar disponibilidad de los siguientes programas:* | | | | | |
| Programa de evaluación, diagnóstico y orientación terapéutica | | | SÍ  NO | | |
| Programas terapéuticos de seguimiento | | | SÍ  NO | | |
| Programas psicoterapéuticos (individuales, familiares y grupales) | | | SÍ  NO | | |
| Programa de asesoramiento | | | SÍ  NO | | |
| Programa de apoyo y coordinación con Atención Primaria | | SÍ  NO | | | |
| Programa de apoyo y coordinación con Servicios Sociales (generales y específicos) y otros servicios comunitarios | | SÍ  NO | | | |
| Programa de apoyo y coordinación con hospitalización pediátrica y con la unidad específica de hospitalización psiquiátrica juvenil. | | SÍ  NO | | | |
| Programa de coordinación con los servicios de apoyo educativo. | | SÍ  NO | | | |
| Programa de apoyo y coordinación con Hospital de Día de referencia. | | SÍ  NO | | | |
| Programa de coordinación con la Administración de Justicia. | | SÍ  NO | | | |
| Otros Programas *(indicar)*: | | | | | |
| 9. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia  (*Indicar población infanto-juvenil, es decir, menor de 16 ó 18 años, según CC.AA).* | | | | | |
|  | | Año | | | Año |
| Incidencia | |  | | |  |
| Prevalencia | |  | | |  |
| Frecuentación | |  | | |  |
| Actividad asistencial por grupos diagnósticos, según CIE-10: | | | | | |
| * F00-09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos | | | |  |  |
| * F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas | | | |  |  |
| * F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes | | | |  |  |
| * F30-39 Trastornos del humor (afectivos) | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. | | |  |  |
| * F50-59Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos | | |  |  |
| * F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto | | |  |  |
| * F70-79 Retraso mental | | |  |  |
| * F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico | | |  |  |
| * F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia | | |  |  |
| * F99 Retraso mental sin especificación | | |  |  |
| Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería | | | SÍ  NO | |
| **10. SESIONES CLÍNICAS:** *(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario como documentación adjunta, en el apartado de Formularios específicos del Formulario General de acreditación)* | | | | |
| Sesiones clínicas conjuntas | | SÍ  NO | | |
| Sesiones clínicas específicas | Especialistas en Enfermería de Salud Mental | SÍ  NO | | |
| Especialistas en Psicología Clínica | SÍ  NO | | |
| Especialistas en Psiquiatría | SÍ  NO | | |
| Especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia | SÍ  NO | | |
| 11. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de los profesionales implicados en la formación de la UDM (durante los dos últimos años): | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Formación continuada (\*) | SÍ  NO | | Ponencias y comunicaciones presentadas (\*) | SÍ  NO | | Proyectos de investigación (\*) | SÍ  NO | | Publicaciones (\*) | SÍ  NO | | Otros (\*); (*seminarios, conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)* | SÍ  NO | | | | | |

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha       de            de 20      .

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo:

(\*) En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse documentación adjunta.