|  |
| --- |
| 1. DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD / CENTRO / EQUIPO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO :       |
| 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:      Don/Doña:      Don/Doña:      Don/Doña:       | Especialidad:      Especialidad:      Especialidad:      Especialidad:       |
| 4. COBERTURA POBLACIONAL: *Indicar población adulta (mayores 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 Despachos, Salas de Grupo, Consultas, Aulas,* *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 [ ]  |
| Herramientas para la exploración psicológica (test) | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Herramientas para la ponderación clínica (escalas) | 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 (estándar) | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Programas psicoterapéuticos | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Programa de “seguimiento de pacientes crónicos” | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Programas de alcoholismo, otras adicciones | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Programa de psicogeriatría | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Programa de apoyo y coordinación con Atención Primaria | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Programa de apoyo y coordinación con la Unidad de Hospitalización Breve | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Programa de apoyo y coordinación con dispositivos específicos de Rehabilitación | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Programa de apoyo y coordinación con Hospital de Día | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Programa de apoyo y coordinación con Servicios Sociales (generales y específicos) y servicios comunitarios | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| Otros programas *(indicar)*:       |
| 9. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia (*Indicar población adulta, mayores 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
 |       |       |
| Tasa de hospitalización |       |       |
| Tipos de tratamientos: respuestas terapéuticas diversificadas y adaptadas a las diferentes patologías | SÍ [ ]  NO [ ]  |
| 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.