**1. DATOS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominación de la UDM** |  |
| **Localidad** |  | **Provincia** |  |
| **Entidad Titular** |  |

**2. RECURSOS HUMANOS**

**Número de Psiquiatras de la UDM**

Datos de los Psiquiatras

|  |
| --- |
| **Nombre Apellidos** |
|  |  |

**Número de Psiquiatras Infantil y de la Adolescencia de la UDM**

Datos de los Psiquiatras Infantil y de la Adolescencia

|  |
| --- |
| **Nombre Apellidos** |
|  |  |

**Número de Psicólogos Clínicos de la UDM**

Datos de los Psicólogos Clínicos

|  |
| --- |
| **Nombre Apellidos** |
|  |  |

**Número de Enfermeras especialistas en Salud Mental de la UDM**

Datos de las Enfermeras especialistas en Salud Mental

|  |
| --- |
| **Nombre Apellidos** |
|  |  |

**3. ÁREA FÍSICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura poblacional** |  |
| **Descripción de su área de cobertura poblacional** |
|  |

**Áreas Asistenciales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositivos de hospitalización psiquiátrica de adultos, incluyendo domiciliaria y Hospital de Día** |  SI |  NO |
| **Dispositivos de hospitalización psiquiátrica infantil y de la adolescencia, incluyendo domiciliaria y Hospital de Día** |  SI |  NO |
| **Centros de salud mental** |  SI |  NO |
| **Centros o Unidades de salud mental infantil y de la adolescencia** |  SI |  NO |
| **Dispositivos de urgencias psiquiátricas** |  SI |  NO |
| **Unidades de psiquiatría psicosomática, de interconsulta y de enlace de adultos** |  SI |  NO |
| **Unidades de psiquiatría psicosomática infantil y de la adolescencia, de interconsulta y de enlace** |  SI |  NO |
| **Dispositivos de Neurología, Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria o Pediatría y sus Áreas Específicas** |  SI |  NO |
| **Centros de rehabilitación psiquiátrica y psicosocial, incluyendo centros de día y hospitales de día rehabilitadores** |  SI |  NO |
| **Dispositivos o programas de psicogeriatría** |  SI |  NO |
| **Dispositivos o programas de atención al alcoholismo u otras adicciones con/sin sustancia y patología dual** |  SI |  NO |
| **Unidades clínicas/investigación en atención trastornos del espectro autista y otros trastornos del neurodesarrollo** |  SI |  NO |
| **Unidades clínicas/investigación en atención trastornos de la conducta alimentaria** |  SI |  NO |
| **Unidades clínicas/investigación especializadas en otras patologías específicas (al menos dos de las siguientes):** |  SI |  NO |
|  Unidades de primeros episodios psicóticos, de trastorno bipolar, de trastornos de la personalidad, de trastornos de la conducta alimentaria, de trauma complejo y otras |
|  Unidades clínicas/investigación especializadas en psicoterapia |
|  Unidades de evaluación de servicios y gestión |
|  Psiquiatría Perinatal |

**Equipamiento**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sistemas informáticos de recogida de información clínica** |  SI |  NO |
| **Sistemas de comunicación (coordinación)** |  SI |  NO |
| **Medios audiovisuales** |  SI |  NO |
| **Sala de consultas** |  SI |  NO |
| **Salas de terapia de grupo** |  SI |  NO |
| **Material de exploración del desarrollo** |  SI |  NO |
| **Material de exploración de psicopatología: Psicometría** |  SI |  NO |
| **Biblioteca virtual** |  SI |  NO |

**4. ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

Actividad anual de la UDM para población adulta en los 2 años anteriores a la presentación de la solicitud:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º de ingresos, incluyendo hospitalización parcial y domiciliaria/año** |  | **N.º de ingresos, incluyendo hospitalización parcial y domiciliaria/año** |  |
| **N.º de primeras visitas/consultas/año** |  | **N.º de primeras visitas/consultas/año** |  |
| **N.º de visitas/consultas de seguimiento/sucesivas/año** |  | **N.º de visitas/consultas de seguimiento/sucesivas/año** |  |
| **N.º de urgencias de salud mental (hospitalarias o comunitarias) /año** |  | **N.º de urgencias de salud mental (hospitalarias o comunitarias) /año** |  |
| **N.º de pacientes atendidos en programas ambulatorios intensivos/año** |  | **N.º de pacientes atendidos en programas ambulatorios intensivos/año** |  |
| **N.º de pacientes nuevos atendidos en programas específicos/año** |  | **N.º de pacientes nuevos atendidos en programas específicos/año** |  |

Actividad anual de la UDM para población de Infancia y Adolescencia en los 2 años anteriores a la presentación de la solicitud:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º de ingresos, incluyendo hospitalización parcial y domiciliaria/año** |  | **N.º de ingresos, incluyendo hospitalización parcial y domiciliaria/año** |  |
| **N.º de primeras visitas/consultas/año** |  | **N.º de primeras visitas/consultas/año** |  |
| **N.º de visitas/consultas de seguimiento/sucesivas/año** |  | **N.º de visitas/consultas de seguimiento/sucesivas/año** |  |
| **N.º de urgencias de salud mental (hospitalarias o comunitarias) /año** |  | **N.º de urgencias de salud mental (hospitalarias o comunitarias) /año** |  |
| **N.º de pacientes atendidos en programas ambulatorios intensivos/año** |  | **N.º de pacientes atendidos en programas ambulatorios intensivos/año** |  |
| **N.º de pacientes nuevos atendidos en programas específicos/año** |  | **N.º de pacientes nuevos atendidos en programas específicos/año** |  |

**5. INDICADORES DE EFICIENCIA Y CALIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| **N.º días de demora para primera consulta preferente** |  |
| **N.º días de demora para consulta habitual** |  |
| **Porcentaje de reingresos hospitalarios en menos de 30 días** |  |
| **Porcentaje de pacientes atendidos por ideación suicida con alto riesgo en menos de 10 días** |  |
| **Porcentaje de consultas ambulatorias asignadas tras ingreso en una unidad de hospitalización en menos de 15 días** |  |
| **Existencia de un programa de transición de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia a Psiquiatría** |  SI  NO |
| **Porcentaje de quejas y sugerencias recibidas sobre el funcionamiento de la unidad contestadas en menos de 15 días** |  |

**6. INVESTIGACIÓN**

N.º publicaciones en revistas nacionales o internacionales en los 2 últimos años

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Psiquiatría** | **Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia** | **Psicología Clínica** | **Enfermería de Salud Mental** | **Multidisciplinar** |
|  |  |  |  |  |

N.º de ponencias o comunicaciones anuales en Jornadas y Congresos de carácter nacional en los 2 últimos años

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Psiquiatría** | **Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia** | **Psicología Clínica** | **Enfermería de Salud Mental** | **Multidisciplinar** |
|  |  |  |  |  |
| **N.º de proyectos de investigación con evaluación en los últimos 5 años** |  |

Se aporta documento adicional donde se especifican todos los datos referidos en este apartado