**1. DATOS DEL DISPOSITIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominación del dispositivo** |  |
| **Tipo de dispositiv** Hospitalización | **o**  Hospitalización Domiciliaria  Hospital de DíaBreve |
| **Localidad** |  | **Provincia** |  |
| **Adscrito a:** |  |
| **Entidad Titular** |  |

**2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO**

# Duración estancia formativa (nº meses)

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

**Capacidad docente (turnos/año)**

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

**3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE**

Indicar los datos de todos los responsables/colaboradores docentes

# Colaboradores docentes del dispositivo

|  |
| --- |
| **Nombre y apellidos Especialidad** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**4. COBERTURA POBLACIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura poblacional** | 0 |

**5. RECURSOS HUMANOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Psiquiatras** | 0 |
| **Número de Psiquiatras Infantil y de la Adolescencia** | 0 |
| **Número de Psicólogos Clínicos** | 0 |
| **Número de Enfermeras especialistas en Salud Mental** | 0 |
| **Número de Enfermeros/as de Cuidados Generales** | 0 |
| **Número de Trabajadores/as Sociales** | 0 |
| **Otros** |  |

**6. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hospital en el que se ubica** |  |
| **Número de camas** | 0 |
| **Cuenta con psiquiatría de enlace** |  SI |  NO |
| **Atención continuada/guardias presenciales de 24 horas** |  SI |  NO |
| **Aulas** |  SI |  NO |
| **Sala Reuniones** |  SI |  NO |
| **Fuentes documentales en soporte papel** |  SI |  NO |
| **Acceso a base de datos** |  SI |  NO |
| **Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés** |  SI |  NO |
| **Archivo de Historias Clínicas** |  SI |  NO |
| **Registro informatizado de casos y actividad asistencial** |  SI |  NO |
| **Otros recursos:** |  |

**7. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES**

Indicar disponibilidad de los siguientes programas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Protocolos diagnósticos y terapéuticos** |  SI |  NO |
| **Programas de coordinación con los dispositivos comunitarios de salud mental, de la red sanitaria general y de servicios sociales** |  SI |  NO |
| **Programas de interconsulta/psiquiatría de enlace con otros servicios hospitalarios** |  SI |  NO |
| **Programa de atención psicológica del paciente oncológico con el Servicio de Oncología** |  SI |  NO |
| **Programa de valoración y atención neuropsicológica con el Servicio de Neurología y/o Neurocirugía** |  SI |  NO |
| **Programa de consejo, asesoramiento, información y apoyo psicológico a pacientes, familiares y cuidadores de personas en la etapa final de la vida en Unidades de Cuidados Paliativos** |  SI |  NO |
| **Otros programas:** |  |

**8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

Durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **Nº de ingresos/año** | 0 | **Nº de ingresos/año** | 0 |
| **Tasa de hospitalización** | 0 | **Tasa de hospitalización** | 0 |
| **Estancia media (días)** | 0 | **Estancia media (días)** | 0 |
| **Índice de ocupación** | 0 | **Índice de ocupación** | 0 |

Actividad asistencial por grupos diagnósticos, según CIE-10, indicar número/año:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **F00-09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos** | 0 | **F00-09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos** | 0 |
| **F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas** | 0 | **F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas** | 0 |
| **F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes** | 0 | **F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes** | 0 |
| **F30-39 Trastornos del humor (afectivos)** | 0 | **F30-39 Trastornos del humor (afectivos)** | 0 |
| **F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos** | 0 | **F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos** | 0 |
| **F50-59Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos** | 0 | **F50-59Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos** | 0 |
| **F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto** | 0 | **F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto** | 0 |
| **F70-79 Retraso mental** | 0 | **F70-79 Retraso mental** | 0 |
| **F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico** | 0 | **F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico** | 0 |
| **F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia** | 0 | **F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia** | 0 |
| **F99 Retraso mental sin especificación** | 0 | **F99 Retraso mental sin especificación** | 0 |
| **Número interconsultas psiquiatría de enlace** | 0 | **Número interconsultas psiquiatría de enlace** | 0 |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** |  SI  NO |
| **Indicar los Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería empleados** |  |

**9. SESIONES CLÍNICAS**

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario como documentación adjunta

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesiones clínicas conjuntas** |  SI  NO |
| **Sesiones clínicas específicas Psiquiatría** |  SI  NO |
| **Sesiones clínicas específicas Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia** |  SI  NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sesiones clínicas específicas Psicología Clínica** |  SI  NO |
| **Sesiones clínicas específicas Enfermería de Salud Mental** |  SI  NO |

**10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA**

En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse incluido como documentación adjunta y referido a los 2 últimos años

|  |  |
| --- | --- |
| **Formación continuada** |  SI  NO |
| **Ponencias y comunicaciones presentadas** |  SI  NO |
| **Proyectos de investigación** |  SI  NO |
| **Publicaciones** |  SI  NO |
| **Otros (seminarios, conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)** |  SI  NO |