#  1. DATOS GENERALES

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

 **2. RECURSOS HUMANOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Psiquiatras de la UDM** | 0 |
| **Datos de los Psiquiatras** | **Nombre Apellidos Jornada completa** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Psiquiatras Infantil y de la Adolescencia de la UDM** | 0 |
| **Datos de los Psiquiatras Infantil y de la Adolescencia** | **Nombre Apellidos Jornada completa** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Psicólogos Clínicos de la UDM** | 0 |
| **Datos de los Psicólogos Clínicos** | **Nombre Apellidos Jornada completa** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Enfermeras especialistas en Salud Mental de la UDM** | 0 |
| **Datos de las Enfermeras especialistas en Salud Mental** | **Nombre Apellidos Jornada completa** |
|  |  |  |

#  3. ÁREA FÍSICA

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura poblacional** | 0 |
| **Descripción de su área de cobertura poblacional** |  |

 **Áreas Asistenciales**

Indique si la UDM dispone de los siguientes dispositivos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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

Indique si la unidad cuenta con acceso al equipamiento siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | 0 | **Año** | 0 |
| **N.º de ingresos, incluyendo hospitalización parcial y domiciliaria/año** | 0 | **N.º de ingresos, incluyendo hospitalización parcial y domiciliaria/año** | 0 |
| **N.º de primeras visitas/consultas/año** | 0 | **N.º de primeras visitas/consultas/año** | 0 |
| **N.º de visitas/consultas de seguimiento/sucesivas/año** | 0 | **N.º de visitas/consultas de seguimiento/sucesivas/año** | 0 |
| **N.º de urgencias de salud mental (hospitalarias o comunitarias) /año** | 0 | **N.º de urgencias de salud mental (hospitalarias o comunitarias) /año** | 0 |
| **N.º de pacientes atendidos en programas ambulatorios intensivos/año** | 0 | **N.º de pacientes atendidos en programas ambulatorios intensivos/año** | 0 |
| **N.º de pacientes nuevos atendidos en programas específicos/año** | 0 | **N.º de pacientes nuevos atendidos en programas específicos/año** | 0 |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | 0 | **Año** | 0 |
| **N.º de ingresos, incluyendo hospitalización parcial y domiciliaria/año** | 0 | **N.º de ingresos, incluyendo hospitalización parcial y domiciliaria/año** | 0 |
| **N.º de primeras visitas/consultas/año** | 0 | **N.º de primeras visitas/consultas/año** | 0 |
| **N.º de visitas/consultas de seguimiento/sucesivas/año** | 0 | **N.º de visitas/consultas de seguimiento/sucesivas/año** | 0 |
| **N.º de urgencias de salud mental (hospitalarias o comunitarias) /año** | 0 | **N.º de urgencias de salud mental (hospitalarias o comunitarias) /año** | 0 |
| **N.º de pacientes atendidos en programas ambulatorios intensivos/año** | 0 | **N.º de pacientes atendidos en programas ambulatorios intensivos/año** | 0 |
| **N.º de pacientes nuevos atendidos en programas específicos/año** | 0 | **N.º de pacientes nuevos atendidos en programas específicos/año** | 0 |

#  5. INDICADORES DE EFICIENCIA Y CALIDAD

|  |  |
| --- | --- |
| **N.º días de demora para primera consulta preferente** | 0 |
| **Porcentaje de reingresos hospitalarios en menos de 30 días** | 0 |
| **Porcentaje de pacientes atendidos por ideación suicida con alto riesgo en menos de 10 días** | 0 |
| **Porcentaje de consultas ambulatorias asignadas tras ingreso en una unidad de hospitalización en menos de 15 días** | 0 |
| **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** | 0 |

 **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** | 0 |

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