|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.