



FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES / CENTROS / EQUIPOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS

1. DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD / CENTRO / EQUIPO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO :		
Localidad:	Provincia:	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
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: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i>		
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
Don/Doña:	Especialidad:	
4. COBERTURA POBLACIONAL: <i>Indicar población adulta (mayores de 16 ó 18 años, según CC. AA)</i>		
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 <i>(indicar)</i> :		



FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES / CENTROS / EQUIPOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS

6. ÁREA FÍSICA: <i>Disponibilidad de Despachos, Salas de Grupo, Consultas, Aulas, Biblioteca, Otros.</i>		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	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	
Número de Salas de Grupo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	
Aulas: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	Sala Reuniones SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	
Otros recursos del área física (<i>indicar</i>):		
Biblioteca: <small>(elegir del desplegable)</small>	Fuentes documentales en soporte papel	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Acceso a base de datos	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. RECURSOS MATERIALES:		
Archivo de Historias Clínicas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Registro informatizado de casos y actividad asistencial	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Herramientas para la exploración psicológica (test)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Herramientas para la ponderación clínica (escalas)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros recursos materiales (<i>indicar</i>):		
8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES: <i>Indicar disponibilidad de los siguientes programas:</i>		
Programa de evaluación, diagnóstico y orientación terapéutica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Programas terapéuticos de seguimiento (estándar)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Programas psicoterapéuticos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Programa de "seguimiento de pacientes crónicos"	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Programas de alcoholismo, otras adicciones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Programa de psicogeriatría	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Programa de apoyo y coordinación con Atención Primaria	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Programa de apoyo y coordinación con la Unidad de Hospitalización Breve	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Programa de apoyo y coordinación con dispositivos específicos de Rehabilitación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Programa de apoyo y coordinación con Hospital de Día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Programa de apoyo y coordinación con Servicios Sociales (generales y específicos) y servicios comunitarios	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros programas (<i>indicar</i>):		
9. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia <i>(Indicar población adulta, mayores de 16 ó 18 años, según CC. AA)</i>		
		Año
		Año

FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES / CENTROS / EQUIPOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS

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.		
• F50-59 Trastornos 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	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10. SESIONES CLÍNICAS: <i>(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario como documentación adjunta, en el apartado de Formularios específicos del Formulario General de acreditación)</i>		
Sesiones clínicas conjuntas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sesiones clínicas específicas	Especialistas en Enfermería de Salud Mental	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Especialistas en Psicología Clínica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Especialistas en Psiquiatría	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES / CENTROS / EQUIPOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS

11. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de los profesionales implicados en la formación de la UDM (durante los dos últimos años):

Formación continuada (*)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ponencias y comunicaciones presentadas (*)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Proyectos de investigación (*)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Publicaciones (*)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros (*); (<i>seminarios, conferencias, elaboración de Protocolos, etc.</i>)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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.