|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE : | | |
| 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: | Especialidad: | | Don/Doña: | Especialidad: | | Don/Doña: | Especialidad: | | Don/Doña: | 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: *Ubicación, disponibilidad de Camas, Aulas, Salas de Reuniones, Biblioteca, Otros.* | | |
| Hospital General en el que se ubica : | | |
| Cuenta con psiquiatría de enlace | | SÍ  NO |
| Atención continuada/guardias presenciales de 24 horas | | SÍ  NO |
| Número de camas *(mín. 10 camas)* | |  |
| Relación de camas/población atendida mayor de 16-18 años | |  |
| Aulas: Sala Reuniones  SÍ  NO  Núm*.:*       SÍ  NO  Núm.*:* | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 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 | | |
| Otros recursos materiales *(indicar):* | | | | |
| 8. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES: *Indicar disponibilidad de los siguientes programas:* | | | | |
| Protocolos diagnósticos y terapéuticos (básicos) | | SÍ  NO | | |
| Programas de coordinación con los dispositivos comunitarios de salud mental, de la red sanitaria general y de servicios sociales. | | SÍ  NO | | |
| Programas de interconsulta/psiquiatría de enlace con otros servicios hospitalarios *(indicar cómo está planificada y qué profesionales de la plantilla participan)*(\*) : | | | | |
| * Psicooncología: Programa de atención psicológica del paciente oncológico con el Servicio de Oncología. | | SÍ  NO | | |
| * Neuropsicología y neuropsiquiatría:Programa de valoración y atención neuropsicológica con el Servicio de Neurología y/o neurocirugía. | | SÍ  NO | | |
| * Cuidados paliativos: 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. | | SÍ  NO | | |
| Otros programas: | | | | |
| 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 | |
| Número de ingresos/año | |  |  | |
| Tasa de hospitalización | |  |  | |
| Estancia media | |  |  | |
| Índice de ocupación | |  |  | |
| 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 | |  | |  |
| Número interconsultas psiquiatría de enlace (mínimo 25/mes) | |  | |  |
| 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.