**1. DATOS DEL DISPOSITIVO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del dispositivo** | |  | | |
| **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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº Consultas de Psiquiatría** | | | | 0 | |
| **Nº Consultas de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia** | | | | 0 | |
| **Nº Consultas de Psicología Clínica** | | | | 0 | |
| **Nº Consultas de Enfermería de Salud Mental** | | | | 0 | |
| **Número de Despachos específicos para Residentes** | **Psiquiatría Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia** | | **Psicología Clínica** | | **Enfermera de Salud Mental** |
|  |  |  |  | |  |
| **Salas de grupo** | | | | SI | NO |
| **Nº Salas de grupo** | | | | 0 | |
| **Aulas** | | | | SI | NO |
| **Nº Aulas** | | | | 0 | |
| **Sala Reuniones** | | | | SI | NO |
| **Nº Salas de reuniones** | | | | 0 | |
| **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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Programa de evaluación, diagnóstico y orientación terapéutica** | | SI | NO |
| **Programas terapéuticos de seguimiento** | | SI | NO |
| **Programas psicoterapéuticos (individuales, familiares y grupales)** | | SI | NO |
| **Programa de “seguimiento de pacientes crónicos”** | | SI | NO |
| **Programas de alcoholismo, otras adicciones** | | SI | NO |
| **Programa de psicogeriatría** | | SI | NO |
| **Programa de apoyo y coordinación con Atención Primaria** | | SI | NO |
| **Programa de apoyo y coordinación con la Unidad de Hospitalización Breve** | | SI | NO |
| **Programa de apoyo y coordinación con dispositivos específicos de Rehabilitación** | | SI | NO |
| **Programa de apoyo y coordinación con Servicios Sociales (generales y específicos) y otros servicios comunitarios** | | SI | NO |
| **Programa de apoyo y coordinación con Hospital de Día de referencia** | | 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 pacientes en lista de espera** | 0 | **Nº pacientes en lista de espera** | 0 |
| **Nº primeras consultas/año** | 0 | **Nº primeras consultas/año** | 0 |
| **Nº consultas sucesivas/año** | 0 | **Nº consultas sucesivas/año** | 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 |
| **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 |