#  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** | **Psiquiatría Psiquiatría Infantil y de la** | **Psicología** | **Enfermera de Salud** |
| **para Residentes** | **Adolescencia** | **Clínica** | **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 asesoramiento** |  SI |  NO |
| **Programa de apoyo y coordinación con Atención Primaria** |  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 hospitalización pediátrica y con la unidad específica de hospitalización psiquiátrica juvenil** |  SI |  NO |
| **Programa de coordinación con los servicios de apoyo educativo** |  SI |  NO |
| **Programa de apoyo y coordinación con Hospital de Día de referencia** |  SI |  NO |
| **Programa de coordinación con la Administración de Justicia** |  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 |