

## 1. DATOS DEL DISPOSITIVO

<b>Denominación del dispositivo</b>			
<b>Tipo de dispositivo</b>		<input type="checkbox"/> Hospitalización Domiciliaria <input type="checkbox"/> Hospital de Día <input type="checkbox"/> Hospitalización Breve	
<b>Localidad</b>		<b>Provincia</b>	
<b>Adscrito a:</b>			
<b>Entidad Titular</b>			

## 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

Hospital en el que se ubica	
Número de camas	0
Cuenta con psiquiatría de enlace	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Atención continuada/guardias presenciales de 24 horas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Aulas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sala Reuniones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fuentes documentales en soporte papel	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Acceso a base de datos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Archivo de Historias Clínicas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Registro informatizado de casos y actividad asistencial	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Otros recursos:	

## 7. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES

Indicar disponibilidad de los siguientes programas:

<b>Protocolos diagnósticos y terapéuticos</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Programas de coordinación con los dispositivos comunitarios de salud mental, de la red sanitaria general y de servicios sociales</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Programas de interconsulta/psiquiatría de enlace con otros servicios hospitalarios</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Programa de atención psicológica del paciente oncológico con el Servicio de Oncología</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Programa de valoración y atención neuropsicológica con el Servicio de Neurología y/o Neurocirugía</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>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</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Otros programas:</b>		

## 8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia

<b>Año</b>	0	<b>Año</b>	0
<b>Nº de ingresos/año</b>	0	<b>Nº de ingresos/año</b>	0
<b>Tasa de hospitalización</b>	0	<b>Tasa de hospitalización</b>	0
<b>Estancia media (días)</b>	0	<b>Estancia media (días)</b>	0
<b>Índice de ocupación</b>	0	<b>Índice de ocupación</b>	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
F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	0	F50-59 Trastornos 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
Número interconsultas psiquiatría de enlace	0	Número interconsultas psiquiatría de enlace	0
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sesiones clínicas específicas Psiquiatría	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sesiones clínicas específicas Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Sesiones clínicas específicas Psicología Clínica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sesiones clínicas específicas Enfermería de Salud Mental	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ponencias y comunicaciones presentadas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Proyectos de investigación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Publicaciones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Otros (seminarios, conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO