1. DATOS DEL DISPOSITIVO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del dispositivo** | |  | | |
| **Localidad** |  | | **Provincia** |  |
| **Adscrito a:** | |  | | |
| **Entidad Titular** | |  | | |

2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO

**Duración estancia formativa (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

**Colaboradores docentes del dispositivo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dº/Dª Especialidad** | |
|  |  |

4. COBERTURA POBLACIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura poblacional** |  |

5. RECURSOS HUMANOS

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Psiquiatras** |  |
| **Número de Psiquiatras Infantil y de la Adolescencia** |  |
| **Número de Psicólogos Clínicos** |  |
| **Número de Enfermeras especialistas en Salud Mental** |  |
| **Número de Enfermeros/as de Cuidados Generales** |  |
| **Número de Trabajadores Sociales** |  |
| **Número de Terapeutas Ocupacionales** |  |
| **Otros** | |
|  | |

6. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número de camas** |  | |
| **Número de consultas** |  | |
| **Aulas** | SI | NO |
| **Sala de grupos** | SI | NO |
| **Sala de venopunción segura** | SI | NO |
| **Área de dispensación de metadona y otras medicaciones** | SI | NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

**Descripción de la actividad de los 2 últimos años**

|  |  |
| --- | --- |
| **Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería** | SI  NO |
| **Indicar los Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería empleados** | |
|  | |

8. SESIONES CLÍNICAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |

9. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |