1. DATOS DEL DISPOSITIVO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominación del dispositivo** | |  | | |
| **Tipo de dispositivo** | Centro de Día  Unidad de Rehabilitación  Unidad de Rehabilitación Comunitaria Hospitalaria | | | |
| **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/as Sociales** |  |
| **Otros** | |
|  | |

6. ÁREA FÍSICA Y RECURSOS MATERIALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hospital en el que se ubica, si procede** |  | |
| **Número de camas, si procede** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cuenta con psiquiatría de enlace** | SI  NO |
| **Atención continuada/guardias presenciales de 24 horas** | SI  NO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sala de grupos** | SI  NO |
| **Sala de reuniones** | SI  NO |
| **Aulas** | 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. PROGRAMAS / ACTIVIDADES REGLADAS ASISTENCIALES

En el caso de Unidades de Rehabilitación Hospitalaria:

|  |  |
| --- | --- |
| **Programas individualizados de rehabilitación** | SI  NO |
| **Actividades básicas de rehabilitación** | SI  NO |
| **Otros programas:** | |
|  | |

En el caso de Centros de día o Unidades de Rehabilitación Comunitario:

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordinación con servicios sanitarios y de salud mental comunitarios** | SI  NO |
| **Coordinación con servicios sociales y organizaciones comunitarias** | SI  NO |

**Coordinación con dispositivos residenciales normalizados o protegidos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pisos** | **Mini-residencias** | **Estructuras residenciales asistidas** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordinación con programas y/o centros de rehabilitación o reinserción laboral** | SI  NO |
| **Programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamientos psicológicos** | SI  NO |
| **Programas de atención y técnicas de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales graves** | SI  NO |
| **Otros programas:** | |
|  | |

8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

En el caso de Unidades de Rehabilitación Hospitalaria:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º de ingresos/año** |  | **N.º de ingresos/año** |  |
| **Estancia media (días)** |  | **Estancia media (días)** |  |
| **Índice de ocupación** |  | **Índice de ocupación** |  |

Actividad asistencial por grupos diagnósticos, según CIE-10, indicar número/año:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **F00-09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos** |  | **F00-09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos** |  |
| **F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas** |  | **F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas** |  |
| **F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes** |  | **F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes** |  |
| **F30-39 Trastornos del humor (afectivos)** |  | **F30-39 Trastornos del humor (afectivos)** |  |
| **F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos** |  | **F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos** |  |
| **F50-59Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos** |  | **F50-59Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos** |  |
| **F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto** |  | **F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto** |  |
| **F70-79 Retraso mental** |  | **F70-79 Retraso mental** |  |
| **F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico** |  | **F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico** |  |
| **F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia** |  | **F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia** |  |
| **F99 Retraso mental sin especificación** |  | **F99 Retraso mental sin especificación** |  |

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

En el caso de Centros de día o Unidades de Rehabilitación Comunitario:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** |  | **Año** |  |
| **N.º de plazas adscritas** |  | **N.º de plazas adscritas** |  |
| **N.º de casos atendidos** |  | **N.º de casos atendidos** |  |

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

9. 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 |

10. 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 |