

1. DATOS DEL DISPOSITIVO

Denominación del dispositivo			
Tipo de dispositivo		<input type="checkbox"/> Unidad de Rehabilitación Comunitaria	<input type="checkbox"/> Unidad de Rehabilitación Hospitalaria
<input type="checkbox"/> Centro de Día			
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

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

Sala de grupos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sala de reuniones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Aulas	<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 en el caso de Unidades de Rehabilitación Hospitalaria:

Programas individualizados de rehabilitación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Actividades básicas de rehabilitación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Otros programas:		

Indicar disponibilidad de los siguientes programas en el caso de Centros de día o Unidades de Rehabilitación Comunitario:

Coordinación con servicios sanitarios y de salud mental comunitarios	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Coordinación con servicios sociales y organizaciones comunitarias	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Programas de atención y técnicas de rehabilitación de pacientes con trastornos mentales graves	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamientos psicológicos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Otros programas:			

8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Durante los dos últimos años en el caso de Unidades de Rehabilitación Hospitalaria:

Año	0	Año	0
Nº de ingresos/año	0	Nº de ingresos/año	0
Estancia media (días)	0	Estancia media (días)	0
Índice de ocupación	0	Índice de ocupación	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
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Indicar los Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería empleados			

Durante los dos últimos años en el caso de Centros de día o Unidades de Rehabilitación Comunitario:

Año	0	Año	0
Nº de plazas adscritas	0	Nº de plazas adscritas	0
Nº de casos atendidos	0	Nº de casos atendidos	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