



FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO-JUVENIL

1. DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO-JUVENIL :		
Localidad	Provincia	
Adscrito a: <i>(Indicar denominación de la Unidad Docente)</i>		
Entidad titular del dispositivo:		
2. CAPACIDAD DOCENTE DEL DISPOSITIVO:		
Especialidad	Duración estancia formativa	Capacidad docente (turnos/año)
Enfermería de Salud Mental		
Psicología Clínica		
Psiquiatría		
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia		
3. RESPONSABLE / COLABORADOR DOCENTE en este dispositivo: <i>(Nombre, Apellidos y Especialidad)</i>		
Don/Doña:	Especialidad:	
4. COBERTURA POBLACIONAL: <i>(Indicar población infanto -juvenil, es decir, menor de 16 ó 18 años, según CC.AA).</i>		
5. RECURSOS HUMANOS:		Indicar número de profesionales
Especialistas en Enfermería de Salud Mental		
Especialistas en Psicología Clínica		
Especialistas en Psiquiatría		
Especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia		
Otros Profesionales:		
Enfermeros/as de Cuidados Generales		
Trabajadores/as Sociales		
Otros <i>(indicar)</i> :		
6. ÁREA FÍSICA: <i>Ubicación, disponibilidad de Camas, Aulas, Salas de Reuniones, Biblioteca, Otros.</i>		
Hospital General en el que se ubica:		
Tipo de hospitalización: <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total		
Cuenta con psiquiatría de enlace:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Número de camas:		
Aulas: sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	Sala Reuniones Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Núm.:	
Otros recursos del área física <i>(indicar)</i> :		



FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO-JUVENIL

Biblioteca		
Fuentes documentales en soporte papel	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Acceso a base de datos	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Acceso a texto completo de revistas nacionales e internacionales de interés	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. RECURSOS MATERIALES:		
Archivo de Historias Clínicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Registro informatizado de casos y actividad asistencial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros recursos materiales (<i>indicar</i>):		
8. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL durante los dos últimos años, relativos a la población de referencia (Indicar población infanto-juvenil, es decir, menor de 16 ó 18 años, según CC.AA).		
	Año	Año
Número de ingresos/año		
Tasa de hospitalización		
Estancia media		
Índice de ocupación		
Actividad asistencial por grupos diagnósticos, según CIE-10:		
• F00-09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos		
• F10-19 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas		
• F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes		
• F30-39 Trastornos del humor (afectivos)		
• F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.		
• F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos		
• F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto		
• F70-79 Retraso mental		
• F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico		
• F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia		
• F99 Retraso mental sin especificación		
Planes de Cuidados estandarizados de Enfermería	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



FORMULARIO ESPECÍFICO DE ACREDITACIÓN Y RE-ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO-JUVENIL

9. SESIONES CLÍNICAS: <i>(En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse Calendario como documentación adjunta)</i>		
Sesiones clínicas conjuntas		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sesiones clínicas específicas	Especialistas en Enfermería de Salud Mental	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Especialistas en Psicología Clínica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Especialistas en Psiquiatría	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

10. ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA de los profesionales implicados en la formación de la UDM <i>(durante los dos últimos años):</i>	
Formación continuada (*)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ponencias y comunicaciones presentadas (*)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Proyectos de investigación (*)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Publicaciones (*)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Otros (*); <i>(seminarios, conferencias, elaboración de Protocolos, etc.)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Los datos de este formulario han sido recogidos en fecha de de 20 .

(Entidad titular del dispositivo)

Fdo:

(*) En caso de señalarse afirmativamente, debe aportarse documentación adjunta.