

## Note per la presentazione della richiesta di presa in carico in **Cure palliative Domiciliari o Residenziali (Hospice)**

### PER GLI UTENTI A DOMICILIO

Il modulo di Richiesta di Presa in Carico dovrà essere compilato in ogni sezione a cura del Medico di Medicina Generale (o PLS) o dello Specialista del SSN e correlato da copia del documento di identità dell'utente e del familiare referente potrà essere

inviato alla mail [coacurepalliative@aslroma2.it](mailto:coacurepalliative@aslroma2.it)

oppure

consegnato all'ACCOGLIENZA Hospice

Casa della Salute S. Caterina della Rosa- Via N. Forteguerri , 4 - 00176 Roma  
nei giorni Martedì e Giovedì dalle ore 9 alle ore 13 - stanza T 7  
previo appuntamento - Tel. Tel. 0651008654 - 0651006609

### PER GLI UTENTI DEGENTI IN STRUTTURE OSPEDALIERE

Il modulo di Richiesta di Presa in Carico dovrà essere compilato in ogni sezione dal Medico Ospedaliero e correlato da copia del documento di identità dell'utente e del familiare referente potrà essere

inviato alla mail [coacurepalliative@aslroma2.it](mailto:coacurepalliative@aslroma2.it)

e contemporaneamente

alle mail degli Hospice prescelti dall'utente e famiglia

secondo le modalità previste in ciascuna Struttura Ospedaliera