

**Note informative per la richiesta di presa in carico  
per le Cure Palliative Domiciliari e 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

**inviato a mezzo pec-mail** al seguente indirizzo di posta certificata

**[rsa.hospice@pec.aslroma2.it](mailto:rsa.hospice@pec.aslroma2.it)**

**OPPURE**

**consegnato** all' ACCOGLIENZA RSA/HOSPICE

– Casa della Salute S. Caterina della Rosa- Via N. Forteguerri , 4 - 00176 Roma

nei giorni Lunedì –Mercoledì – dalle ore 9 alle ore 13 - **stanza T 7**

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

**inviato direttamente agli HOSPICE  
secondo le modalità previste in ciascuna Struttura Ospedaliera**