Nom Pharmacie

Adresse Dr Prénom NOM

Tél Adresse

Date

**Objet : Inclusion de [nom patient] dans le parcours OCTAVE**

Madame, Monsieur,

Les URPS Pharmaciens de Bretagne et des Pays de la Loire, en collaboration avec l’ensemble des professionnels de santé, ont initié l’expérimentation nationale **OCTAVE** (**O**rganisation **C**oordination **T**raitements **A**gé **V**ille **É**tablissements de santé). Il s'agit d'offrir à nos patients âgés une organisation coordonnée reposant sur **l'anticipation et l'organisation de la prise en charge médicamenteuse à la fois en amont et en aval de leurs hospitalisations programmées**.

Les patients éligibles sont **volontaires,** **âgés de 65 ans et plus, polymédiqués** (soit plus de 5 principes actifs prescrits pour une durée supérieure ou égale à 6 mois) **et ont une chirurgie programmée**. En pratique, le patient bénéficie d’un suivi médicamenteux par ses professionnels de santé avant, pendant et après son hospitalisation.

Le **[*Nom établissement de santé*]** est l’établissement de santé expérimentateur de notre territoire. Une fois que votre patient est pré-inclus par l’établissement de santé lors de la consultation chirurgicale, un accompagnement spécifique lui est proposé en complément de la prise en charge habituelle (*cf schéma du parcours*).

Pour permettre le bon déroulé de ce parcours innovant, il me semblait opportun de venir vers vous afin que nous puissions travailler, dans les prochains jours, de concert avec l’établissement de santé expérimentateur. Je me permettrai d’échanger avec vous par téléphone sur la prise en charge médicamenteuse de ***[nom patient]****.*

Pour de plus amples informations sur ce projet, je vous invite à consulter le site [octave-parcours.fr](http://octave-parcours.fr) et à prendre contact avec l’association OCTAVE, en charge de la mise en œuvre de l’expérimentation : **contact@octave51.fr** / **06 35 32 40 85.**

Cordialement,

