



Medical Therapeutic Area(s)

Therapeutic Area	Disease Category	Have you ever conducted a study for this indication?	Are you interested in this type of study?
Allergy/Immunology	Allergy	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Anesthesia	Pain (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Cardiovascular	Hypertension	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Angina	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Heart Failure	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Cardiovascular Disease	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Myocardio Infraction	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Lipid Disorder	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dentistry	Gingivitis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Periodontal Disease	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Dermatology	Psoriasis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Cellulitis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Impetigo	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Acne	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Burns	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Endocrinology / Metabolism	Diabetes Type I	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Diabetes Type II	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	IFG/IGT	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Obesity	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Lipid Disorder	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Hypoglycemia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Cystic Fibrosis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Gastroenterology	Gastroenteritis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Indigestion	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Ulcer (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Appendicitis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Dyspepsia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Irritable Bowel Syndrome	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

Therapeutic Area	Disease Category	Have you ever conducted a study for this indication?	Are you interested in this type of study?
Genitourinary	Incontinence	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Nephritis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Renal Disease	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Chronic Renal Failure	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Gerontology	Dementia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Parkinsons	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Hematology	Anemia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Hemophilia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Thallemia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Infectious Disease	AIDS	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	HIV	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Herpes (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Hepatitis (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Chlamydia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Candidiasis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Gonorrhea	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	HPV	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Medical Devices	Cardiology	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Urology	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Orthopedics	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Neurology	Alzheimer's Disease	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Migraine	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Parkinson's	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Epilepsy	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Meningitis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Multiple Sclerosis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Neuropathy	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Stroke	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Sleep Disorder	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
OB/GYN	Ectopic Pregnancy	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Premature Labor	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Gestational Diabetes	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Endometriosis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Vaginitis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Cervical Dysplasia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Dysmenorrhea	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Menopause	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Fertility	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	HRT	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
		Have you ever	Are you interested

Therapeutic Area	Disease Category	conducted a study for this indication?		in this type of study?	
Oncology	Breast	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Skin	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Lung	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Ovarian	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Colon	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Pancreas	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Prostate	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Ophthalmology	Retinopathy	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Cataracts	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Myopia	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Conjunctivitis	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Orthopedics	Tendonitis	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Bursitis	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Hip Dysplasia	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Otolaryngology	Hearing Loss	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Pediatrics	Spina Bifidia	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Podiatry		<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Psychiatry	Depression	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Dementia	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Bipolar Disorder	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Anorexia/ Bulimia	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Anxiety	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Schizophrenia	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Pulmonology	Asthma	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Pharyngitis	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Bronchitis	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Pneumonia	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Influenza	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Radiology		<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Theumatology	Lupus	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Arthritis (specify)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Sjorgen's Syndrome	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N

Transplant	Heart	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Lung	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Liver	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Urology	BPH	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Erectile Dysfunction	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	UTI	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
	Other (specify)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N