

## Formulario de solicitud de información médico-científica para representantes de pacientes (PA SIRF)

### Información y firma del solicitante

Nombre y Apellidos:

Entidad:

Cargo:

Dirección:

Población:

Código Postal:

Número de teléfono:

Email:

### Solicitud al Departamento Médico ViiV Healthcare (marca aquellas que sean de interés para tu entidad)

- Ensayos clínicos para el tratamiento y/o prevención del VIH en desarrollo (España y/o Mundo)
- Actualización de los resultados comunicados en congresos
- Nuevas estrategias y nuevos mecanismos de acción de tratamiento del VIH
- Datos de calidad de vida
- Actualización productos aprobados (nuevos eventos, estudios fase 4)
- Otros temas (especificar):

Forma de contacto:      Visita entidad      Email      Teleconferencia      Teléfono      Otra (especificar):

Frecuencia de contacto:      Trimestral      Bianual      Otra (especificar):

Firma:

Fecha:

Mediante mi firma, certifico que por iniciativa propia, lo anterior refleja las necesidades específicas de información médico-científica solicitada a ViiV Healthcare. Entiendo que esta solicitud vence en 12 meses.

**Para completar por ViiV Healthcare**

Persona de contacto del Departamento Médico  
de ViiV Healthcare

Nombre:

\_\_\_\_\_

Teléfono:

\_\_\_\_\_

Email:

\_\_\_\_\_

Firma:

\_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_

**Si la solicitud de información médica es pre-  
autorización (se requiere la autorización del  
Director Médico ViiV Healthcare):**

Nombre:

Firma:

Fecha: