

# મહિલા આરોગ્ય પાસપોર્ટ



ગુજરાત રાજ્ય આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ વિભાગ

ગુજરાત કેન્સર એન્ડ રિસર્ચ ઈન્સ્ટીટ્યૂટ

(ગુજરાત રાજ્ય તથા ગુજરાત કેન્સર સોસાયટીનું સંયુક્ત સાહસ)



“એકવીસમી સદીના પ્રથમ દસકમાં ગુજરાતની સુવર્ણ જ્યંતી ઉજવાઈ રહી છે ત્યારે આપણો એક સુવર્ણ સંકલ્પ એવો છે કે ગુજરાતનો પ્રત્યેક નાગરિક નિરોગી રહે અને ગુજરાતને સ્વસ્થ, સમૃદ્ધ, સલામત બનાવવામાં સહયોગી બને. આરોગ્યની જાળવણી પ્રત્યેની સત્માનતા કેળવાય તે દિશામાં પણ ગુજરાતે પહેલ કરી છે અને પ્રત્યેક હોસ્પિટલ મૃત્યુંજય હોસ્પિટલ બની રહે એવો અભિગમ અપનાવ્યો છે.”

નરેન્દ્ર મોદી

(મુખ્યમંત્રી, ગુજરાત રાજ્ય)

જય જય ગરવી ગુજરાત

## સૂચના

૧. આ પાસપોર્ટ આપના આરોગ્યની જાળવણી માટે છે. તેમાં આપેલી માહિતીનો દર મહિને એક વાર જરૂર અભ્યાસ કરજો અને આપેલી સૂચનાઓનો અમલ કરજો.
૨. આપ આ પાસપોર્ટ આપના ફેમીલી ડોક્ટર, સરકારી હોસ્પિટલના તબીબો, કન્સલ્ટન્ટ ડોક્ટરો અને મહિલાઓના કેસમાં ગાયનેકોલોજિસ્ટ (સ્ત્રી રોગ નિષ્ણાત) પાસે પણ ભરાવી શકો છો અને તેમાં જણાવેલ સામાન્ય તપાસ નિયમિત રીતે દર વર્ષે કે બે વર્ષે કરાવશો.
૩. આપના તબીબ દ્વારા જો સલાહ આપવામાં આવે તો વધુ તપાસ માટે નજીકની સરકારી હોસ્પિટલ, મેડીકલ કોલેજ સંલગ્ન હોસ્પિટલ કે કેન્સર હોસ્પિટલની જરૂરિયાત મુજબ સેવાઓનો લાભ લઈ શકો છો.
૪. આ પાસપોર્ટની પડતર કિંમત ૧૦/- રૂ. છે. બી.પી.એલ.ના દર્દીઓને આ પોસપોર્ટ વિનામૂલ્યે કેન્સર હોસ્પિટલ, અમદાવાદ ખાતેના કોમ્યુનીટી ઓન્કોલોજી સેન્ટરમાંથી અને કેન્સર હોસ્પિટલ દ્વારા આયોજિત વિવિધ નિદાન કેમ્પ દરમ્યાન ઉપલબ્ધ કરવામાં આવશે.
૫. આપની તબીબી તપાસનો રિપોર્ટ ઈ-મેઈલ (gcriad1@bsnl.in) ઉપર મોકલી શકો છો.

સ્વર્ણિમ ગુજરાતના ઉત્સવ દરમ્યાન સૌના સુંદર સ્વાસ્થ્યની અપેક્ષા સાથે  
જાહેર હિતમાં ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી દ્વારા પ્રકાશિત



પાસપોર્ટ વિગતો ભરનાર તબીબનું નામ : .....

.....

સરનામું : .....

.....

સિક્કો :

તારીખ : .....

મેડીકલ ઈન્સ્યોરન્સની વિગતો : .....

.....

કેન્સર ઈન્સ્યોરન્સની વિગતો : .....

.....

નામ : .....  
 ઉંમર : .....  
 વૈવાહિક દરજ્જો :  પરિણીત  અપરિણીત  વિધવા  ત્યક્તા  
 ધંધો :  નોકરી  છૂટક મજૂરી  રોજમદાર  
 ખેતમજૂર  બેકાર  
 ધર્મ : .....  
 સરનામું : .....  
 ફોન નં. : .....  
 આહાર :  શાકાહારી  માંસાહારી  
 વ્યસન :  હા  ના  કાયમ  ક્યારેક

પ્રકાર	પ્રમાણ પ્રતિદિન	કેટલા સમયથી
ગુટખા/પાન મસાલા	.....	.....
સોપારી	.....	.....
તમાકુ ચાવવી	.....	.....
ધૂમ્રપાન	.....	.....
છોકણી	.....	.....
દારુ	.....	.....

### અગાઉ થયેલ બિમારી

બિમારી

સારવાર

ડાયાબિટીસ	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
ટી.બી. (ક્ષયરોગ)	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
કમળો	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
કેન્સર	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
એઈડ્સ	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
બલ ડ્રેશરની બિમારી	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
કોલેસ્ટેરોલની બિમારી	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના
અન્ય	<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના

## માસિક અંગેની માહિતી

નિયમિત / અનિયમિત / મેનોપોઝ

હા (વર્ષ .....) / ના

બાળકો છે ?

હા  ના

પહેલું બાળક કઈ ઉંમરે ? .....

છેલ્લું બાળક કઈ ઉંમરે ? .....

ગર્ભનિરોધક ગોળી પહેલાં લેતાં હતાં ?

હા  ના

અગાઉ ગર્ભાશયના મુખની તપાસ કરાવી છે ?

હા  ના

**Physical Examination**

Weight : ..... kg      Height : ..... cm

Pulse : .....      BP : .....      Hb : .....

Report : .....

.....

Advice : .....

.....

**History of cancer in past :**

Self       Yes       No      Site : .....

Treatment : .....

Family       Yes       No      Site : .....

Treatment : .....

**Optional :**

Blood Group : .....      HIV : .....

Blood Sugar : .....      HBsAg : .....

Breast	Cervix	Oral	Others
Diagnosis :			
<input type="checkbox"/> Lump <input type="checkbox"/> Discharge from Nipple <input type="checkbox"/> Change in size shape /skin <input type="checkbox"/> Swelling in axilla	<input type="checkbox"/> Discharge <input type="checkbox"/> T.B.M. <input type="checkbox"/> Backache <input type="checkbox"/> PMB <input type="checkbox"/> PCB <input type="checkbox"/> Others ..... ..... Vili test : Y / N	<input type="checkbox"/> Tooth fall <input type="checkbox"/> Foul smell <input type="checkbox"/> Inability to open mouth <input type="checkbox"/> Difficulty in swallowing <input type="checkbox"/> Ear ache <input type="checkbox"/> Bleeding from mouth <input type="checkbox"/> Change in voice <input type="checkbox"/> Non healing ulcer	<input type="checkbox"/> Lymph node Site : ..... ..... Size : ..... <input type="checkbox"/> Loss of weight and appetite <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Bone pain
Condition :			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Suspicious <input type="checkbox"/> Early <input type="checkbox"/> Advanced	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Suspicious <input type="checkbox"/> Early <input type="checkbox"/> Advanced	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Suspicious <input type="checkbox"/> Early <input type="checkbox"/> Advanced	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Suspicious <input type="checkbox"/> Early <input type="checkbox"/> Advanced

**Advice to attend :****CHC / Dist Hospital / Medical College / GCRI**

- Investigation  
 Biopsy  
 Refer to Cancer Center  
 Regular  
 Follow-up  
 Refer to GCRI for .....

A00001

આરોગ્ય તપાસ  
ગુજરાત રાજ્ય

Date :

જિલ્લો : .....

નામ : .....

સરનામું : .....

.....

રજી. નં. .... તારીખ .....

અસામાન્ય રિપોર્ટ

મોં  સ્તન

ગભાશયનું મુખ  અન્ય

Condition

Normal  Suspicious

Early  Advanced

સલાહ અને સૂચનો

Advice -

Investigation

Biopsy

Refer to Cancer Centre

Refer to Dental Centre

Regular follow up

Refer to GCRI

Hospital

.....

.....

(To be entered electronically)

A00001

આરોગ્ય તપાસ  
ગુજરાત રાજ્ય

Date :

જિલ્લો : .....

નામ : .....

સરનામું : .....

.....

રજી. નં. .... તારીખ .....

અસામાન્ય રિપોર્ટ

મોં  સ્તન

ગભાશયનું મુખ  અન્ય

Condition

Normal  Suspicious

Early  Advanced

સલાહ અને સૂચનો

Advice -

Investigation

Biopsy

Refer to Cancer Centre

Refer to Dental Centre

Regular follow up

Refer to GCRI

Hospital

.....

.....

**Physical Examination**

Weight : ..... kg  
Height : ..... cm  
Pulse : .....  
BP : .....  
Hb : .....  
Report : .....

Advice : .....

**History of cancer in past :**

Self  Yes  No  
Site : .....  
Treatment : .....  
Family  Yes  No  
Site : .....  
Treatment : .....

**Optional :**

Blood Group : .....  
Blood Sugar : .....  
HIV : .....  
HBsAg : .....

**Physical Examination**

Weight : ..... kg  
Height : ..... cm  
Pulse : .....  
BP : .....  
Hb : .....  
Report : .....

Advice : .....

**History of cancer in past :**

Self  Yes  No  
Site : .....  
Treatment : .....  
Family  Yes  No  
Site : .....  
Treatment : .....

**Optional :**

Blood Group : .....  
Blood Sugar : .....  
HIV : .....  
HBsAg : .....

A00001

આરોગ્ય તપાસ  
ગુજરાત રાજ્ય

Date :

જિલ્લો : .....

નામ : .....

સરનામું : .....

રજી. નં. .... તારીખ .....

અસામાન્ય રિપોર્ટ

મોં  સ્તન

ગભાશયનું મુખ  અન્ય

Condition

Normal  Suspicious

Early  Advanced

સલાહ અને સૂચનો

Advice -

Investigation

Biopsy

Refer to Cancer Centre

Refer to Dental Centre

Regular follow up

Refer to GCRI

Hospital

(To be entered electronically)

A00001

આરોગ્ય તપાસ  
ગુજરાત રાજ્ય

Date :

જિલ્લો : .....

નામ : .....

સરનામું : .....

રજી. નં. .... તારીખ .....

અસામાન્ય રિપોર્ટ

મોં  સ્તન

ગભાશયનું મુખ  અન્ય

Condition

Normal  Suspicious

Early  Advanced

સલાહ અને સૂચનો

Advice -

Investigation

Biopsy

Refer to Cancer Centre

Refer to Dental Centre

Regular follow up

Refer to GCRI

Hospital

**Physical Examination**

Weight : ..... kg  
Height : ..... cm  
Pulse : .....  
BP : .....  
Hb : .....  
Report : .....

.....

Advice : .....

.....

**History of cancer in past :**

Self  Yes  No

Site : .....

Treatment : .....

Family  Yes  No

Site : .....

Treatment : .....

**Optional :**

Blood Group : .....

Blood Sugar : .....

HIV : .....

HBsAg : .....

**Physical Examination**

Weight : ..... kg  
Height : ..... cm  
Pulse : .....  
BP : .....  
Hb : .....  
Report : .....

.....

Advice : .....

.....

**History of cancer in past :**

Self  Yes  No

Site : .....

Treatment : .....

Family  Yes  No

Site : .....

Treatment : .....

**Optional :**

Blood Group : .....

Blood Sugar : .....

HIV : .....

HBsAg : .....

# વાર્ષિક ફેરતપાસ

ડૉક્ટર દ્વારા દર્દીને અપાયેલી સલાહ

તપાસ રિપોર્ટ :  સ્તન  મોં  ગભાશિયનું મુખ  અન્ય

તારીખ	સલાહ	સારવાર લીધી	
		હા	ના
વર્ષ ૧			
વર્ષ ૨			

# વાર્ષિક ફેરતપાસ

ડૉક્ટર દ્વારા દર્દીને અપાયેલી સલાહ

તપાસ રિપોર્ટ :  સ્તન  મોં  ગભાશિયનું મુખ  અન્ય

તારીખ	સલાહ	સારવાર લીધી	
		હા	ના
વર્ષ ૩			
વર્ષ ૪			

# વાર્ષિક ફેરતપાસ

ડૉક્ટર દ્વારા દર્દીને અપાયેલી સલાહ

તપાસ રિપોર્ટ :  સ્તન  મોં  ગભાશિયનું મુખ  અન્ય

તારીખ	સલાહ	સારવાર લીધી	
		હા	ના
વર્ષ ૫			
વર્ષ ૬			

બ્લડપ્રેશરને નિયંત્રણમાં રાખવા માટે આટલું કરો.

- ◆ પૌષ્ટિક આહાર લેવો.
- ◆ નમકનો અતિરેક ટાળો.
- ◆ વજન નિયંત્રણમાં રાખો.
- ◆ નિયમિત કસરત કરો.
- ◆ ધૂમ્રપાન, દારુથી દૂર રહો.
- ◆ વધુ પડતા માનસિક તણાવને ટાળો.
- ◆ પ્રમાણસર ઉંઘ લેવી.

બ્લડ શુગરને નિયંત્રણમાં રાખવા માટે આટલું કરો.

- ◆ વજન નિયંત્રણમાં રાખો.
- ◆ નિયમિત કસરત કરો.
- ◆ રેસાવાળો ખોરાક લેવો.
- ◆ તમારા ખોરાકમાં લીલાં શાકભાજી, ફળ તેમજ અનાજનો ઉપયોગ વધારો.
- ◆ ડૉક્ટરની સલાહનો અમલ કરો.
- ◆ ખોરાકમાં ખાંડનું પ્રમાણ નિયંત્રિત રાખો.

લોહીનું દબાણ (બ્લડ પ્રેશર)

તારીખ	સિસ્ટોલીક	ડાયસ્ટોલીક	પોઝિશન			સલાહ
			ઊભા	સૂતેલા	બેઠેલા	

સામાન્ય રીતે લોહીનું દબાણ :

સિસ્ટોલીક : ૧૨૦ | ડાયસ્ટોલીક : ૮૦

બ્લડ શુગરનું પ્રમાણ

તારીખ	બ્લડ શુગરનું પ્રમાણ			સલાહ
	ભૂખ્યા પેટે	જમ્યા બાદ	HbA <sub>1</sub> C	

સામાન્ય રીતે બ્લડ શુગરનું પ્રમાણ :

ભૂખ્યા પેટે : ૮૦-૧૨૦ mg/dl

HbA<sub>1</sub>C : < ૬.૫

૧૦ વર્ષ દરમ્યાન પુખ્ત વયની વ્યક્તિઓમાં પ્રકાર-૨ ડાયાબિટીસ (મધુપ્રમેહ) થવાના જોખમને ચકાસવા માટેનું ડાયાબિટીસ રીસ્ક સ્કોર (ફાઇન્ડ રીસ્ક)નું દર્શાવેલ ફોર્મને પૂરેપૂરું ભરવું.

## પ્રકાર-૨ ડાયાબિટીસની ચકાસણી અંગેનું ફોર્મ

નીચે જણાવેલ જવાબોના વિકલ્પોમાં તમારા જવાબને પસંદ કરીને તેને ✓ ચિહ્ન કરો તથા આ સિવાયના તમારા જવાબોને પણ લખી શકો છો.

૧. પોઈન્ટ ઉંમર
  - (૦) ૪૫ વર્ષથી ઓછી
  - (૨) ૪૫-૫૪ વર્ષ
  - (૩) ૫૫-૬૪ વર્ષ
  - (૪) ૬૪ વર્ષથી વધુ
૨. પોઈન્ટ બોડી માસ ઈન્ડેક્સ
  - (૦) < ૨૫ કિ.ગ્રા./મી.સ્કવેર
  - (૧) ૨૫-૩૦ કિ.ગ્રા./મી.સ્કવેર
  - (૨) > ૩૦ કિ.ગ્રા./મી.સ્કવેર
૩. કમરનું માપ
  - (૦) ૮૦ સે.મી.થી ઓછું
  - (૩) ૮૦-૮૮ સે.મી.
  - (૪) ૮૮ સે.મી.થી વધુ
૪. શું તમો કામની જગ્યાએ અથવા ફાજલ સમયે દરરોજ ૩૦ મિનિટ કસરત કરો છો ? (દરરોજ કરતા સામાન્ય પ્રકૃતિઓ સાથે)
  - (૦) હા
  - (૨) ના

૫. તમો કેટલીવાર શાકભાજી અને ફળો ખાવ છો ?  
 (૦) દરરોજ  
 (૧) દરરોજ નહિ
૬. તમો નિયમિત રીતે બ્લડ પ્રેશરની દવા લો છો ?  
 (૦) ના  
 (૨) હા
૭. તમને ક્યારેય પછા ઉંચી માત્રામાં બ્લડ શુગર આવ્યું છે ? (દા.ત. માંદગી દરમિયાન, શારીરિક તપાસમાં અથવા ગર્ભ હોય ત્યારે)  
 (૦) ના  
 (૫) હા
૮. તમારા પરિવારના સભ્યો અથવા બીજા કોઈ સગાને ડાયાબિટીસ છે ? (પ્રકાર-૧ અથવા પ્રકાર-૨)  
 (૦) ના  
 (૩) હા. દાદા, દાદી, કાકા, કાકી અથવા કાકાના દિકરા, દિકરી (પરંતુ પોતાનાં માતા-પિતા, ભાઈ-બહેન અથવા બાળકને ન હોય)  
 (૫) હા. માતા-પિતા, ભાઈ-બહેન અથવા પોતાનાં બાળકો

## રીસ્કનો સ્કોર

દસ વર્ષ દરમિયાન પ્રકાર-૨ ડાયાબિટીસ થવાની શક્યતાઓ	
૭થી ઓછો ઓછી :	૧૦૦માંથી એકને થવાની શક્યતા
૭-૧૧	થોડીક વધારે : ૨૫માંથી એકને થવાની શક્યતા
૧૨-૧૪	સામાન્ય : ૬માંથી એકને થવાની શક્યતા
૧૫-૨૦	વધારે : ૩માંથી એકને થવાની શક્યતા
૨૦થી વધુ ખૂબ વધારે :	૨માંથી એકને થવાની શક્યતા

યુનિવર્સિટી ઓફ હેલ્થસાઇન્સ, ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ પબ્લિક હેલ્થના પ્રોફેસર જાકો તુમિલ્લો અને એમ એફ એસ, નેશનલ પબ્લિક હેલ્થ ઈન્સ્ટિટ્યૂટના ડૉ. જાના લીન્ડસ્ટ્રોમ દ્વારા આ ચકાસણી ફોર્મ બનાવવામાં આવેલ છે.

## વજનનો ચાર્ટ

ઊંચાઈ	વજન (કી.ગ્રા.માં)
૪' ૧૦"	૪૯-૫૪
૫' ૦"	૫૧-૫૭
૫' ૧"	૫૨-૫૮
૫' ૨"	૫૩-૫૯
૫' ૩"	૫૪-૬૧
૫' ૪"	૫૬-૬૨
૫' ૫"	૫૭-૬૩
૫' ૬"	૫૮-૬૫
૫' ૭"	૬૦-૬૬
૫' ૮"	૬૧-૬૮
૫' ૯"	૬૩-૬૯
૫' ૧૦"	૬૪-૭૦
૫' ૧૧"	૬૫-૭૨
૬' ૦"	૬૭-૭૩

## કેલરી ચાર્ટ

૧. હળવું કામ કરતી ગૃહિણી  
૨૦૦૦
૨. મધ્યમ શ્રેણીનું કામ કરતી મહિલા  
૨૩૦૦
૩. ભારે કામ કરતી મહિલા  
૩૦૦૦
૪. ગર્ભવતી મહિલા (છેલ્લા ત્રણ માસ)  
૨૩૦૦
૫. પ્રસૂતિ પછી સ્તનપાન કરાવતી મહિલા  
૨૭૦૦

## વજનને નિયંત્રણમાં રાખવા માટે આટલું કરો.

- ◆ તમારા ખોરાકમાં લીલાં શાકભાજી તેમજ ફળોનો ઉપયોગ વધારો.
- ◆ ચરબીવાળો ખોરાક ઓછી માત્રામાં લો.
- ◆ નિયમિત કસરત કરો.
- ◆ તમારા ખોરાકમાં કઠોળ તેમજ દાળનું પ્રમાણ વધારો.

વજન

તારીખ	વજન	સલાહ

## કેન્સરથી બચવા આટલું કરો.



વ્યસનથી દૂર રહો.



રેસાવાળો ખોરાક લેવો.



પ્રદૂષણથી બચો.



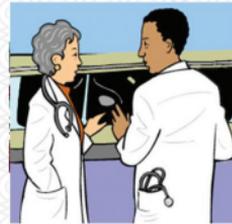
વધુ પડતા તડકાથી બચો.



સ્તન કેન્સર માટે જાગૃત બનો.



ગર્ભાશયના મુખ માટે વીલી  
ટેસ્ટ કરાવો.



ડોક્ટરની સલાહનો  
અમલ કરો.

## કેન્સર થતું અટકાવી શકાય ? કઈ રીતે ?



સ્વચ્છ આહાર



નિયમિત જીવન અને આરોગ્ય તપાસ



દારુ, તમાકુથી મુક્ત જીવન



સાત્વિક આહાર

## સ્તનનાં કેન્સરનાં ભયજનક ચિહ્નો

- ◆ સ્તનના દેખાવ કે કદમાં અણધાર્યો ફેરફાર
- ◆ બન્નેમાંથી કોઈપણ એક ડીટીડીમાં ફેરફાર
- ◆ ડીટીડીનું અંદર પેસી જવું
- ◆ સ્તન પરની ચામડી તણાઈ જવી કે ખાડો પડવો
- ◆ સ્તન કે ડીટીડી ઉપર અણધાર્યો ચામડીનો ફેરફાર કે ગરમી નીકળવી
- ◆ કોઈપણ સ્તન ઉપરની નસો ખૂબ મોટી થવી કે ફૂલી જવી
- ◆ સ્તનમાં નાની કે મોટી ગાંઠ થવી

દર મહિને એક વખત જાતે સ્તનની તપાસ કરવાની ટેવ રાખવી જરૂરી છે. માસિક આવી ગયા પછી તપાસ કરવી યોગ્ય છે. જે બહેનોને માસિક આવતું બંધ થઈ ગયું હોય તેવી બહેનોએ મહિનાની પહેલી તારીખે તપાસ કરાવવાની ટેવ રાખવી.

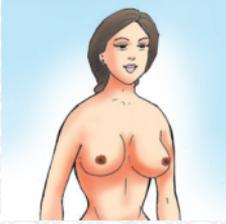
## મોઢાનાં કેન્સરનાં ભયજનક ચિહ્નો

આપણા પ્રદેશમાં મોઢું, જીભ, તાળવું અને ગલોફાના કેન્સરનું પ્રમાણ ખૂબ જ વધારે છે. છેલ્લાં થોડાં વર્ષોથી તમાકુ અને જુદા જુદા પ્રકારના પાન-મસાલાની કુટેવ ખૂબ જ વ્યાપક બની છે, જેનાથી આ કેન્સરનું પ્રમાણ હજુ પણ ખૂબ જ વધવા સંભવ છે.

મોઢાના કેન્સરના વહેલાં નિદાન માટે નીચેનાં ચિહ્નો મોઢામાં છે કે નહીં તેની જાતતપાસ કરવી જરૂરી છે. જો તમે તમાકુનો ઉપયોગ કરતા હો તો તમે તમારા સ્વાસ્થ્ય પર વધારે ધ્યાન આપો.

- ◆ સફેદ ડાઘ
- ◆ લાલ ડાઘ
- ◆ ખરબચડો ભાગ
- ◆ ચાંદું
- ◆ સૂઝેલો ભાગ
- ◆ દાણા જેવો ભાગ

## સ્તનના કેન્સરની જાતતપાસ



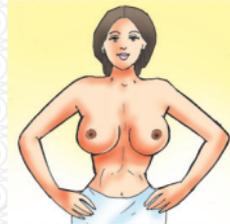
અરીસા સામે પૂરતા પ્રકાશમાં, સ્તન યોગ્ય રીતે જોઈ શકાય તેમ ઊભા રહો અને આગળનાં કોઈ ચિહ્ન દેખાય છે કે નહીં તેનું નિરીક્ષણ કરો.



બંને હાથ માથા પાછળ રાખી સ્તનનું નિરીક્ષણ કરો.



બંને હાથ માથા ઉપર સીધા કરી નિરીક્ષણ કરો.



બંને હાથ કમર ઉપર મૂકી કમર દબાવો અને સાથે સાથે સ્તનનું નિરીક્ષણ કરો.



સપાટી કે પાટ પર તક્રિયો  
લઈ સીધા સૂઈ જાઓ.  
ત્યારબાદ બંને હાથની  
આંગળી વડે સામેની  
બાજુનું સ્તન તપાસો.



બંને હાથની નીચેની  
બગલમાં પણ આંગળી  
વડે પરીક્ષણ કરી  
તપાસો.



બંને બાજુના સ્તન પર હાથની આંગળીથી દબાવી તપાસો કે ગાંઠ જેવું  
દેખાય છે કે નહીં.



## સ્તન કેન્સરથી કઈ રીતે બચશો ?



સ્તન્યપાન કરાવવું



વજન નિયંત્રણમાં  
રાખવું



કસરત કરવી



ફળ અને લીલાં  
શાકભાજી વધારે  
ખાવાં



દારુનું વ્યસન ન  
કરવું

## મોંના કેન્સરની જાતતપાસ

મોઢામાં નીચે જણાવેલ ચિહ્નો મોટાભાગના મોઢાના કેન્સરનું વહેલું નિદાન શક્ય બનાવે છે.



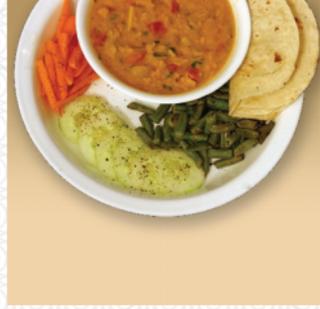
જાતતપાસ : પૂરતા પ્રકાશમાં અરીસા સામે ઉભા રહી નિરીક્ષણ અને આંગળીના સ્પર્શથી સફેદ ડાઘ, લાલ ડાઘ, ખરબચડો ભાગ, ચાંદું, સૂઝેલો ભાગ, દાણા જેવો ભાગ જેવા કોઈ ચિહ્ન દેખાય છે કે કેમ તેની જાતતપાસ કરવી.

આ તપાસ મહિનામાં એક વખત અવશ્ય કરવી. શંકા જેવું જણાય તો તરત જ ડોક્ટરની સલાહ લેવી.

## મોંના કેન્સરથી બચવા શું કરશો ?



તમાકુ-દારુનું  
વ્યસન ન કરવું



પૌષ્ટિક આહાર  
લેવો



મોંની સ્વચ્છતા  
રાખવી



નિયમિત મોંની  
જાતતપાસ કરવી  
અને કરાવવી

## ગર્ભાશયનાં મુખના કેન્સરનાં ભયજનક ચિહ્નો

નીચે આપેલા ચિહ્નોમાંથી કોઈ પણ ચિહ્ન જણાય તો તરત જ ડોક્ટરી તપાસ કરાવી સારવાર લેવી આવશ્યક છે. આ ચિહ્ન જણાય એટલે ગર્ભાશયના મુખનું કેન્સર છે જ એમ માની ગભરાઈ જવાની જરૂર નથી. પણ આ ચિહ્ન આપણને ભવિષ્યમાં થનાર ગર્ભાશયના મુખના કેન્સર અંગે ચેતવણી આપે છે કે ડોક્ટરી તપાસ કરાવવામાં આગસ ન કરશો.

- ◆ સંભોગ પછી લોહીના ડાઘ
- ◆ અનિયમિત, વધુ પડતું માસિક
- ◆ ૬ મહિનાથી સતત શરીર ધોવાવું (યોનિમાર્ગે દુર્ગંધિત સ્રાવ થવો)
- ◆ ગર્ભાશયના મુખ પર ન રુઝાતી ચાંદી
- ◆ માસિક ધર્મ કાયમ માટે બંધ થઈ ગયા પછી યોનિમાર્ગે લોહી પડવું

## ગર્ભાશયનાં મુખનાં કેન્સરથી બચવા શું કરશો ?

ગર્ભાશયના મુખનું કેન્સર થાય પછી ઈલાજ કરાવી નાબૂદ કરાવવા કરતાં ગર્ભાશયના મુખનું કેન્સર થાય જ નહિ તેવા ઉપાય કરવા જરૂરી છે.

- ◆ ન્હાતી વખતે જાતીય અંગોની યોગ્ય સફાઈ
- ◆ પેશાબ કર્યા પછી જાતીય અંગોની સફાઈ
- ◆ સંભોગ પહેલાં/પછી જાતીય અંગોની સફાઈ
- ◆ પુખ્ત ઉંમરે લગ્ન, ગર્ભધારણ તથા માતૃત્વ
- ◆ લગ્ન બહારના જાતીય સંબંધો ન હોવા
- ◆ ધૂમ્રપાન તથા તમાકુનું સેવન ન કરવું
- ◆ ટુંકા અંતરે વધારે બાળકો ન હોવા
- ◆ નિયમિત વીલી-ટેસ્ટ દ્વારા ગર્ભાશયના મુખના કેન્સરનું વહેલું નિદાન શક્ય છે અને તેને થતું પણ અટકાવી શકાય છે.

## આપને ઉપયોગી ટેલીફોન નંબરોની યાદી

ડૉક્ટર	નામ	ટેલીફોન નંબર
ફેમિલી ડૉક્ટર		
કાર્ડિયોલોજિસ્ટ		
સર્જન		

એમ્બ્યુલન્સ : ૧૦૮



“ભારું ઘર તમાકુ મુક્ત”



ક્રોધશર

ડરે તે મરે  
જાણે તે જાણે

## અગત્યની સૂચનાઓ

- ◆ સળંગ પાંચ વર્ષ આરોગ્ય તપાસ કરાવનારને ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી જરૂર પડે તો રાહતદરે સારવાર આપશે.
- ◆ પાંચ વર્ષ સુધી સતત સ્વાસ્થ્ય તપાસ કરાવનાર મહિલાને કેન્સર હોસ્પિટલમાં જરૂર પડે ત્યારે પાસપોર્ટ રજૂ કરવાથી સારવારમાં ખાસ રાહત આપવામાં આવશે.
- ◆ પાસપોર્ટ ધરાવનાર અને રક્તદાન કરનાર વ્યક્તિને જ્યારે પણ જરૂર પડે ત્યારે કેન્સર હોસ્પિટલમાં રાહત આપવામાં આવશે.
- ◆ બીપીએલ કાર્ડધારકોને મફત સારવાર આપવામાં આવશે.
- ◆ અનુસૂચિત જાતિ અને અનુસૂચિત જનજાતિને રાહત દરે સરકારશ્રીના આદેશ પ્રમાણે સારવાર આપવામાં આવશે.

સૂચના : બીજીવાર આવો ત્યારે આરોગ્ય પાસપોર્ટ તથા સલાહ મુજબની તપાસ કરાવી રીપોર્ટ સાથે લઈ આવવું.

રૂ. ૨૦૦૫/- ભરી (આજીવન પ્રીમિયમ) કેન્સર વિમાનો લાભ લો.

## કેન્સર ચેતવણી સૂચક ચિહ્નો :

૧. લાંબા સમયથી ન રુઝાતું ચાંદું
૨. સ્તનમાં ગાંઠ અથવા ડીંટડીમાંથી પડતું લોહી
૩. યોનિમાંથી પડતું દુર્ગંધવાળું પ્રવાહી
૪. લાંબા સમયથી બેસી ગયેલો અવાજ / ખાંસી
૫. શરીરના કોઈપણ ભાગમાં ગાંઠ
૬. ઝાડા-પેશાબની આદતમાં અચાનક ફેરફાર
૭. શરીરના કોઈપણ ભાગમાંથી અસામાન્યપણે પડતું લોહી
૮. મસા કે તલના કદમાં અસામાન્ય ફેરફાર
૯. ખોરાક-પાણી ગળવામાં પડતી તકલીફ

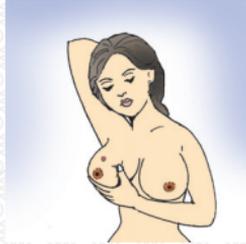
ઉપર દર્શાવેલ વિગતોને સંબંધિત ચિત્રો  
બાજુનાં પાનાં પર દર્શાવેલ છે.

આવી તકલીફ એટલે કેન્સર છે તેવું માનવાની જરૂર નથી. પણ તપાસ કરાવી ખાત્રી કરવી જરૂરી છે.

# કેન્સર ચેતવણી સૂચક ચિહ્નો :



૧



૨



૩



૪



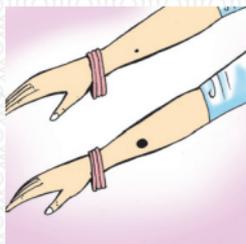
૫



૬



૭



૮



૯





કેન્સર રોગ અંગે વધુ જાણકારી માટે વાસણામાં આવેલ કાયમી  
કેન્સર પ્રદર્શનની મુલાકાત લો. શૈક્ષણિક સંસ્થા સાથે મુલાકાત  
ગોઠવી શકો.

પાસપોર્ટ અંગે વધુ માહિતી તથા પાસપોર્ટ ખરીદવા માટે સંપર્ક :

વાસણા

: કોમ્યુનિટી ઓન્કોલોજી સેન્ટર,  
પ્રવિણનગર બસ સ્ટેન્ડ પાસે,  
વાસણા-સરખેજ રોડ, વાસણા,  
અમદાવાદ-૩૮૦૦૦૭  
ફોન : ૨૬૬૦૮૪૪૮, ૨૬૬૦૪૦૨૩

ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી

: ૨૨૬૮૮૦૧૭, ૨૨૬૮૧૪૩૩

એમ. પી. શાહ કેન્સર હોસ્પિટલ

: સીવીલ હોસ્પિટલ કેમ્પસ, અમદાવાદ  
૨૨૬૮૮૦૦૦, ૨૨૬૮૮૦૮૧

ધી ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી અને  
ધી ન્યુ ઈન્ડિયા એશ્યોરન્સ કંપની લિમિટેડ  
સંયુક્તપણે રજૂ કરે છે...

તંદુરસ્ત વ્યક્તિ માટે અનોખી સ્વાસ્થ્ય વિમા યોજના

કેન્સર મેડિકલ એક્સપેન્સીઝ પોલીસી યોજનાની લાક્ષણિકતાઓ

- ૭૦ વર્ષની વય સુધીની કોઈ પણ તંદુરસ્ત વ્યક્તિ આ યોજનામાં જોડાઈ શકે છે.
- પોલીસીની રકમ રૂ. ૫૦,૦૦૦/-થી રૂ. ૭૫,૦૦૦/-
- આજીવન લવાજમ માત્ર રૂ. ૨,૦૦૫/- (દૈનિક માટે) - ફક્ત એક જ વાર ચૂકવણી
- નાની મોટી સંસ્થાઓ તથા ઔદ્યોગિક ગૃહોના કર્મચારીઓ માટે ખૂબ જ લાભદાયી યોજના
- એક 'ધી ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી'ના નામે મોકલવો.

કેન્સર મેડિકલ એક્સપેન્સીઝ પોલિસી વિષે વધુ જાણકારી મેળવવા નીચે દર્શાવેલા સ્થળે સંપર્ક સાધો.

ધી ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી

કોમ્યુનિટી ઓન્કોલોજી સેન્ટર  
પ્રવિજ્ઞાનગર બસ સ્ટેન્ડ પાસે, વાસણા, અમદાવાદ-૭  
ફોન : ૨૬૬૦૮૪૪૮, ૨૬૬૦૪૦૨ ૩

રૂમ નં. ૬૮, એમ. પી. શાહ કેન્સર હોસ્પિટલ  
અસારવા, અમદાવાદ-૧૬  
ફોન : ૨૨૬૮૮૦૦૦, ૨૨૬૮૮૦૮૦



“आरोग्य विभाग अने तेनी संलग्न संस्थाओ स्वास्थ्य क्षेत्रे पोतानुं आगवुं प्रदान करीने गुजरातने संपूर्ण रीते स्वास्थ्यमां तंदुरस्त बनाववानी सकृणता खांसल करशे त्यारे गुजरातमां साया अर्थमां सोनाना सूरजनी साथोसाथ स्वास्थ्यनो सूरज उिगशे.”

  
ज्योतीरायण व्यास

( मंत्री श्री -

आरोग्य अने परिवार कल्याण विभाग,  
गुजरात राज्य, गांधीनगर )

जय जय गरवी गुजरात

કિંમત રૂ. : ૧૦/-