



# પુરુષ 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  
 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	.....	.....
છીંકણી	.....	.....
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
બલડપ્રેશરની 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



**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 : .....

Oral	Others
<b>Diagnosis :</b>	
<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"/> Earache <input type="checkbox"/> Bleeding from mouth <input type="checkbox"/> Change in voice <input type="checkbox"/> Nonhealing ulcer	<input type="checkbox"/> Lymphnode Site : ..... ..... Size : ..... <input type="checkbox"/> Loss of weight and appetite <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Bone pain
<b>Condition :</b>	
<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

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

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

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

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 :  મોં  અન્ય

તારીખ	સલાહ	સારવાર લીધી	
		હા	ના
વર્ષ ૧			
વર્ષ ૨			



# વાર્ષિક ફેરતપાસ

ડૉક્ટર દ્વારા દર્દીને અપાયેલી સલાહ

તપાસ રિપોર્ટ :  મોં  અન્ય

તારીખ	સલાહ	સારવાર લીધી	
		હા	ના
વર્ષ ૩			
વર્ષ ૪			



# વાર્ષિક ફેરતપાસ

ડૉક્ટર દ્વારા દર્દીને અપાયેલી સલાહ

તપાસ રિપોર્ટ :  મોં  અન્ય

તારીખ	સલાહ	સારવાર લીધી	
		હા	ના
વર્ષ ૫			
વર્ષ ૬			

# વાર્ષિક ફેરતપાસ

ડૉક્ટર દ્વારા દર્દીને અપાયેલી સલાહ

તપાસ રિપોર્ટ :  મોં  અન્ય

તારીખ	સલાહ	સારવાર લીધી	
		હા	ના
વર્ષ ૭			
વર્ષ ૮			

# વાર્ષિક ફેરતપાસ

ડોક્ટર દ્વારા દર્દીને અપાયેલી સલાહ

તપાસ રિપોર્ટ :  મોં  અન્ય

તારીખ	સલાહ	સારવાર લીધી	
		હા	ના
વર્ષ ૯			
વર્ષ ૧૦			

## 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.



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 યકાસવા માટેનું ડાયાબિટીસ રીસ્ક સ્કોર (ફાઇન્ડ રીસ્ક)નું દર્શાવેલ ફોર્મને પૂરેપૂરું ભરવું.

## પ્રકાર-૨ ડાયાબિટીસની યકાસણી અંગેનું ફોર્મ

નીચે જણાવેલ જવાબોના વિકલ્પોમાં તમારા જવાબને પસંદ કરીને તેને ✓ ચિહ્ન કરો તથા આ ઉપરાંતના 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) ૮૦-૧૦૨ સે.મી.
  - (૪) ૧૦૨ 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 પણ ઊંચી માત્રામાં બ્લડ શુગર આવ્યું છે ? (દા.ત. માંદગી દરમિયાન, શારીરિક તપાસમાં)  
 (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 દીકરા, દીકરી (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)
૫'-૨"	૫૯-૬૩
૫'-૩"	૬૦-૬૪
૫'-૪"	૬૧-૬૫
૫'-૫"	૬૨-૬૭
૫'-૬"	૬૩-૬૮
૫'-૭"	૬૪-૬૯
૫'-૮"	૬૫-૭૧
૫'-૯"	૬૭-૭૨
૫'-૧૦"	૬૮-૭૩
૫'-૧૧"	૬૯-૭૫
૬'-૦"	૭૧-૭૭
૬'-૧"	૭૨-૭૮
૬'-૨"	૭૪-૮૦
૬'-૩"	૭૫-૮૨
૬'-૪"	૭૭-૮૪

## કેલરી ચાર્ટ

૧. ઓફિસમાં આરામથી બેસી રહેનાર પુરુષ  
૨૪૦૦
૨. મધ્યમ કક્ષાનું કામ કરનાર પુરુષ  
૨૫૦૦
૩. બહુ વધારે મહેનત કરનાર પુરુષ  
૩૯૦૦

## 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.



વધુ પડતા તડકાથી બચો.



પ્રદૂષણથી બચો.



ડૉક્ટરની સલાહનો  
અમલ કરો.

## કેન્સર થતું અટકાવી શકાય ? કઈ રીતે ?



સ્વચ્છ આહાર



નિયમિત જીવન અને આરોગ્ય તપાસ



દારુ, તમાકુથી મુક્ત જીવન



સાત્વિક આહાર

## 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

## 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



## આપને ઉપયોગી ટેલીફોન નંબરોની યાદી

ડૉક્ટર	નામ	ટેલીફોન નંબર
ફેમિલી ડૉક્ટર		
કાર્ડિયોલોજિસ્ટ		
સર્જન		

એમ્બ્યુલન્સ : ૧૦૮



સગર્ભા માતાને દવાયુક્ત મચ્છરદાની વાપરવા પ્રોત્સાહિત કરો.

“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 ચિન્હો :

૧. લાંબા સમયથી ન રુઝાતું ચાંદુ
૨. લાંબા સમયથી બેસી ગયેલો અવાજ / ખાંસી
૩. શરીરના કોઈપણ ભાગમાં ગાંઠ
૪. ઝાડા-પેશાબની આદતમાં અચાનક ફેરફાર
૫. શરીરના કોઈપણ ભાગમાંથી અસામાન્યપણે પડતું લોહી
૬. મસા કે તલના કદમાં અસામાન્ય ફેરફાર
૭. 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





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.

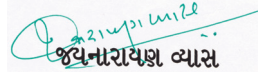
ધી ગુજરાત કેન્સર સોસાયટી

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.”

  
ज्योती बाट

( मंत्री श्री -

आरोग्य अने परिवार कल्याण विभाग,  
गुजरात राज्य, गांधीनगर )

जय जय गरवी गुजरात

કિંમત રૂ. : ૧૦/-