



નં.પ.ક.ઈમ્યુ/૨૦૨૫-૨૬/HPV રસીકરણ/૨૦૨૬
કમિશનર, આરોગ્ય (ગ્રામ્ય) અને
મિશન ડાયરેક્ટર, નેશનલ હેલ્થ મિશન, ગુજરાત

ડૉ. રતનકૅવર એચ. ગઢવીચારણ આઈએએસ

પ્રતિ,

- (૧) મ્યુનિસિપલ કમિશનરશ્રી, મ્યુનિસિપલ કોર્પોરેશન ... તમામ
- (૨) જિલ્લા વિકાસ અધિકારીશ્રી, જિલ્લા પંચાયત કચેરી ... તમામ

વિષય: રાષ્ટ્રવ્યાપી HPV રસીકરણના અમલીકરણ અંગેની જરૂરી માર્ગદર્શિકા

સંદર્ભ:

૧. અત્રેની કચેરીનો પત્ર ક્રમાંક: HEC/3946/02/2026, તારીખ: ૨૫/૦૨/૨૦૨૬
૨. ભારત સરકારના આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ મંત્રાલયનો પત્ર ક્રમાંક: D.O. No.Z.33014/15/2026-IMM, તારીખ: ૨૫/૦૨/૨૦૨૬.

સ્નેહ શ્રી,

ઉપરોક્ત વિષય અને સંદર્ભ અન્વયે જણાવવાનું કે, ભારત સરકાર દ્વારા આગામી ૨૮ ફેબ્રુઆરી ૨૦૨૬ના રોજ HPV રસીકરણનો રાષ્ટ્રવ્યાપી શુભારંભ કરવામાં આવનાર છે. આ અભિયાનના સુચારૂ અમલીકરણ માટેની જરૂરી સુચનાઓ સંદર્ભ ૧ થી અગાઉ કરેલ હતી. આમુખ ૨ ના પત્ર મુજબ અને માન. સચિવશ્રી, આરોગ્ય, આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ મંત્રાલય, ભારત સરકારના અધ્યક્ષ સ્થાને તા. ૨૬.૦૨.૨૦૨૬ના રોજ વિડિઓ કોન્ફરન્સ થકી મળેલ સુચનાઓ મુજબ અમુક સુચનાઓ revise કરવાની થાય છે, જે નીચે મુજબ છે:

- લાભાર્થી કિશોરીઓની ઓળખ (Head Count Survey): લાભાર્થી કિશોરીઓની ઓળખ માટે તારીખ ૦૧/૦૧/૨૦૧૧ થી ૨૬/૦૨/૨૦૧૨ ના સમયગાળા મુજબ ભારત સરકાર (GOI) ના નિયત કરેલ ફોર્મેટ મુજબ હેડ કાઉન્ટ સર્વે કરાવવાનો રહેશે. જે કિશોરીઓ રસીકરણના શુભારંભના ૯૦ દિવસની અંદર ૧૫ વર્ષ પૂર્ણ કરતી હોય તેઓ પણ આ ૩ મહિનાના સઘન અભિયાન માટે પાત્ર ગણાશે. તે મુજબ ૨૬.૨.૨૦૨૬ ને વ્ગા off તારીખ ગણી સૌ પ્રથમ અસરકારક સર્વે નિયત ફોર્મેટ મુજબ કરી લાઈન લીસ્ટ તૈયાર કરી વેક્સીનેશન કરવાનું થશે
- રસીકરણ સેશન (Vaccination Session): તમામ રસીકરણ સેશન પ્રાથમિક આરોગ્ય કેન્દ્ર (PHC), સમુદાય આરોગ્ય કેન્દ્ર (CHC), સબ-ડિસ્ટ્રિક્ટ હોસ્પિટલ (SDH), ડિસ્ટ્રિક્ટ હોસ્પિટલ (DH) અને સરકારી મેડિકલ કોલેજો ખાતે જ કરવાના રહેશે આ સત્રો ફરજિયાતપણે કોલ્ડ ચેઇન પોઈન્ટ પર, ઈન્ટરનેટ કનેક્ટિવિટી અને મેડિકલ ઓફિસરની સીધી ઉપસ્થિતિમાં જ આયોજિત કરવાના રહેશે (PHCs and above level only)
- લાભાર્થીઓનું રસીકરણ (Vaccination of Beneficiaries): શરૂઆતમાં હેડ કાઉન્ટ સર્વે થયા પછી તંદુરસ્ત કિશોરીઓનું રસીકરણ સુનિશ્ચિત કરવું અને રસીકરણ ના અમુક કેન્દ્રોમાં જ સુનિશ્ચિત કરવું જેથી કોમ્યુનિટીમાં રસી પ્રત્યે આત્મવિશ્વાસ કેળવાય. વધુમાં, રસીકરણ નો સઘન પ્રચાર-પ્રસાર કરવો.
- રસીકરણ ન કરી શકાય તેવા માપદંડો (Exclusive Criteria): મધ્યમ કે ગંભીર બીમારી ધરાવતી છોકરીઓને જ્યાં સુધી તેઓ સ્વસ્થ ન થાય ત્યાં સુધી HPV રસી આપવી જોઈએ નહીં, જે છોકરીઓને અગાઉના રસીકરણથી એલર્જીક પ્રતિક્રિયા થઈ હોય અથવા જેમને યીસ્ટથી એલર્જી હોવાનું જાણવા મળે છે, તેઓએ રસી લેવાનું ટાળવું જોઈએ, ગર્ભાવસ્થા, લક્ષ્ય વય જૂથની બહારની છોકરીઓ, જે છોકરીઓએ પહેલાથી જ કોઈપણ HPV રસી (Gardasil/Gardasil-9/Cervarix/Cervavac એક અથવા વધુ ડોઝ) મેળવી લીધી છે.
- રસીની માહિતી: ગાર્ડાસિલ ૪ (ક્વાડ્રિવેલેન્ટ: ૬,૧૧,૧૬,૧૮), VVM ૩૦ સાથે સિંગલ ડોઝ વાઇલ, ફીઝ સંવેદનશીલ અને +2 ° થી +8°C વચ્ચે ILR માં સંગ્રહિત, ડાબા ઉપલા હાથમાં ઇન્ટ્રામસ્ક્યુલર (IM) એક જ ડોઝ (૦.૫ મિલી) આપવી.
- સત્ર આયોજન (Session Planning): સામાન્ય રીતે સવારે ૯:૦૦ થી બપોરે ૨:૦૦ સુધી, પરંતુ સ્થાનિક જરૂરિયાત મુજબ આયોજન કરી શકાશે. કિશોરીઓ ખાલી પેટે ન હોય તેની ખાસ ખાતરી કરવી. જો કોઈ ઘરેથી નાસ્તો કરીને ન આવ્યું હોય તો સત્ર સ્થળે નાસ્તાની વ્યવસ્થા કરવી. રસી લીધા બાદ કિશોરીને ૩૦ મિનિટ સુધી ફરજિયાત નિરીક્ષણ હેઠળ રાખવી. તણાવ ઘટાડવા માટે નિરીક્ષણ ખંડમાં

File No: HEC/RGRI/e-file/145/2026/2496/Immunization Cell
Approved By: Commissioner of Health(Rural) & MD-NHM,CoH-
Open the document in Adobe Acrobat DC to verify the E-sign



- મનોરંજક પ્રવૃત્તિઓ કરવી અને લીડ ટાળવી. રસીકરણ પછી ડાબી તર્જની(Index) આંગળી પર indelible marking કરવું.
- AEFI મેનેજમેન્ટ: HPV રસી સુરક્ષિત છે. સામાન્ય આડઅસર (જેમ કે દુખાવો, સોજો, હળવો તાવ કે ચક્કર, etc.) ૨ દિવસમાં કુદરતી રીતે મટી જાય છે. આડઅસર વ્યવસ્થાપન માટે તમામ રસીકરણ સેશનના સ્થળો AEFI કિટ્સ થી સજ્જ રહેશે. કોઈપણ તબીબી સહાય માટે ૨૪x૭ હેલ્પલાઇન નંબર ૧૦૪ ઉપલબ્ધ રહેશે.
 - સંમતિ (Consent): રસીકરણ સંપૂર્ણપણે સ્વૈચ્છિક છે. રસી આપતા પહેલા વાલીની સંમતિ ભારત સરકાર (GOI) ના નિયત કરેલ ફોર્મેટ મુજબ મેળવવી ફરજિયાત છે. (consent of parents/guardian is compulsory)
 - HPV રસીકરણનો સમયગાળો: ૩ મહિના (૭૦ દિવસ). ત્રણ મહિનાના HPV રસીકરણ પૂર્ણ થયા પછી, HPV રસી નિયમિત રસીકરણ સત્રના દિવસોમાં ઉપલબ્ધ રહેશે તેવી ભારત સરકારશ્રીની સુચના છે જે કેમ્પેઇન પૂર્ણ થયે માર્ગદર્શિત કરવામાં આવશે.
 - HPV રસીકરણના અમલીકરણ માટે, તાલીમ સામગ્રીના ભાગ રૂપે રાજ્યો/કેન્દ્રશાસિત પ્રદેશો સાથે પહેલાથી જ શેર કરાયેલા નિયત ફોર્મેટ મુજબ માઇક્રોપ્લાનિંગ અને આરોગ્ય સુવિધાની તૈયારી હાથ ધરવામાં આવશે.
 - સફળ રસીકરણ અમલીકરણ માટે, આરોગ્ય વિભાગ ઉપરાંત વિવિધ હિસ્સેદારો સાથે સંકલન ખૂબ જ મહત્વપૂર્ણ છે. શિક્ષણ, મહિલા અને બાળ વિકાસ, આદિજાતિ બાબતો, પંચાયતી રાજ, યુવા બાબતો અને માહિતી અને પ્રસારણ વિભાગોનું સમયસર સંવેદનશીલકરણ મહત્વપૂર્ણ છે. વધુમાં, તમારા જિલ્લા/કોર્પોરેશનના પ્રદેશમાં FOGSI, IMA, IAP, લાયન્સ ક્લબ/રોટરી અને કેન્સર સોસાયટી જેવા વ્યાવસાયિક સંસ્થાઓ સાથે સક્રિય જોડાણ જરૂરી છે જેથી તેઓ માતાપિતાને તેમની પુત્રીઓને HPV રસી અપાવવા માટે યોગ્ય સલાહ આપી શકે.

વધુમાં, આપના તાબા હેઠળના આરોગ્ય, મહિલા અને બાળ વિકાસના તમામ અધિકારીશ્રીઓએ પરસ્પર સંકલન કરી, ઉચ્ચ ગુણવત્તાયુક્ત રસીકરણ થાય અને તમામ ૧૪ વર્ષની કિશોરીઓ HPV રસીથી સુરક્ષિત થાય તે સુનિશ્ચિત કરવા આપની કક્ષાએથી સ્પષ્ટ સૂચના આપી જરૂરી કાર્યવાહી કરવા વિનંતી છે.

કમિશનર ઓફ હેલ્થ (ગ્રામ્ય) અને
મિશન ડાયરેક્ટર
(નેશનલ હેલ્થ મિશન), ગુજરાત

બિડાણ

- હેડ કાઉન્ટ સર્વે ફોર્મેટ
- સંમતિ પત્ર

નકલ સવિનય રવાના:

- અધિક મુખ્ય સચિવશ્રી (આપકવિ), ગાંધીનગર
- કમિશનર ઓફ હેલ્થ (શહેરી), ગાંધીનગર

નકલ રવાના :

- કલેક્ટરશ્રી, તમામ વિગતવાર આયોજન અને અમલવારી સારૂ.
- નાયબ મ્યુનિસિપલ કમિશનરશ્રી, તમામ વિગતવાર આયોજન અને અમલવારી સારૂ.
- અધિક નિયામકશ્રી, તમામ
- વિભાગીય નાયબ નિયામકશ્રી, તમામ
- મુખ્ય જિલ્લા આરોગ્ય અધિકારીશ્રી, તમામ
- મેડીકલ ઓફીસર ઓફ હેલ્થશ્રી, તમામ
- RCHOs, તમામ

File No: HEC/RGRI/e-file/145/2026/2496/Immunization Cell
Approved By: Commissioner of Health(Rural) & MD-NHM, CoH-
Open the document in Adobe Acrobat DC to verify the E-sign



પ્રથમ માળ, એન.એમ.એમ. ભવન, સિવિલ હોસ્પિટલ કેમ્પસ, રોડનંબર-૧૨, ગાંધીનગર - ૩૮૨૦૧૬
Tel: (O) : 079-23223906 / 53299 Email Id: coh-rural@gujarat.gov.in

Signature Not Verified

Signed by: Dr. Ratankumar H.
Gadhavicharan
Commissioner
Date: 2026.02.27
10:18:54 +5:30

File No: HEC/RGRI/e-file/145/2026/2496/Immunization Cell
Approved By: Commissioner of Health(Rural) & MD-NHM, CoH-
Open the document in Adobe Acrobat DC to verify the E-sign



સંમતિ પત્રક (CONSENT FORM)

હું, _____ (સંમતિ આપનારનું નામ), રહેવાસી
_____ (માતા/પિતા/વાલી), સમજું છું કે Techo+
પોર્ટલ મારી અને/અથવા મારા બાળકની વ્યક્તિગત સંવેદનશીલ માહિતી (નામ, બાળકનું નામ, જન્મ
તારીખ, જાતિ, આઈડી નંબર, મોબાઇલ નંબર વગેરે) સખત રીતે રસીકરણ એપોઇન્ટમેન્ટની નોંધણી
અને સંચાલન કરવા, રસી આપવા માટે, ડેટાબેઝ મેનેજમેન્ટ અને પ્રમાણપત્ર જનરેટ કરવા માટે
એકત્રિત કરી શકે છે.

મુખ્ય મુદ્દાઓ:

૧. હું સમજું છું કે મારો અને/અથવા મારા બાળકનો વ્યક્તિગત ડેટા માત્ર મારી માન્ય સંમતિથી જ
એકત્રિત કરી શકાય છે, અને તેનો ઉપયોગ અથવા પ્રક્રિયા માત્ર ડિજિટલ પર્સનલ ડેટા પ્રોટેક્શન
એક્ટ (DPDP Act), 2023 અનુસાર જ થઈ શકે છે.

૨. હું સમજું છું કે ડેટા પ્રિન્સિપલ તરીકે મને અને/અથવા મારા બાળકના વ્યક્તિગત ડેટાના સંગ્રહ,
ઉપયોગ અને પ્રક્રિયાના સંબંધમાં અમુક અધિકારો પ્રાપ્ત છે. આ અધિકારો ડેટાની પુષ્ટિ અને એક્સેસ,
સુધારો અને નિરસ્ત કરવા (erasure), જાહેરાત સામે વાંધો અને ડેટા પોર્ટબિલિટી સાથે સંબંધિત છે.
આ અધિકારો મને DPDP એક્ટ, 2023 અને આરોગ્ય અને પરિવાર કલ્યાણ મંત્રાલય દ્વારા બહાર
પાડવામાં આવેલી ગોપનીયતા નીતિ (Privacy Policy) માં નિર્ધારિત પદ્ધતિ મુજબ ઉપલબ્ધ છે.

૩. હું સમજું છું કે હું કોઈપણ સમયે તમામ અથવા કોઈપણ હેતુ માટે મારી સંમતિ પાછી ખેંચી શકું છું.
સંમતિ પાછી ખેંચવા પર, મારી શેર કરેલી માહિતીની પ્રક્રિયા અટકી જશે, જોકે, સંમતિ પાછી ખેંચતા
પહેલા પ્રક્રિયા કરવામાં આવેલ કોઈપણ ડેટા તેનાથી અપ્રભાવિત રહેશે.

૪. હું એ વાતથી પણ વાકેફ છું કે મારી અને/અથવા મારા બાળકની વ્યક્તિગત માહિતીનો ઉપયોગ
ભારત સરકાર દ્વારા સૂચિત કરવામાં આવે તેવી સેવાઓ/લાભો આપવાના હેતુઓ માટે થઈ શકે છે
અને/અથવા શેર કરવામાં આવી શકે છે.

૫. હું આપવામાં આવનાર રસીના જોખમો અને ફાયદાઓથી વાકેફ છું. હું મારા બાળકને રસી આપવા
માટે સંમતિ આપું છું.

વિગતો:

- બાળકનું નામ: _____
- ઉંમર: _____ વર્ષ
- બાળક સાથેનો સંબંધ (માતા/પિતા/વાલી): _____
- સહી: _____
- સંમતિ પત્રક પર સહી કરનારનું નામ: _____
- મોબાઇલ: _____
- તારીખ: _____
- સ્થળ: _____

Head Count Survey to be filled by ASHA/AWW/MAS/JAS/Link worker

Head Count Survey (HCS) cum due list of the beneficiaries (Girls aged 14 Years)

HPV Vaccination Campaign Year/Month _____

State: _____

District/Corporation: _____

Block/Urban Area: _____

Sub-centre/Urban ANM area _____

Village/Mohalla: _____

Name & Mobile no of ANM: _____

Planning unit (PHC/U-PHC/CHC): _____

Name of ANM /ASHA/AWW/LW and Contact No.: _____

Date:First House visited today: House no.....Name.....& Address.....

Date:Last House visited today: House no.....Name.....& Address.....

PART-A: To be filled by the ASHA/AWW/MAS/JAS/LW before Campaign										PART-B: To be filled by ANM			
S. No.	HH No. (as per Chullish)	Name of girl aged 14 years*	Father's/Mother's/Guardian's Name	Date of Birth of Girl aged 14 years	Photo ID Type**	Photo ID Number	Mobile No. (for U-WIN registration)	Past history of vaccination			U-WIN Registration & Information Card		Girls aged 14 years due for Vaccination (Y/N)
								Any history of HPV vaccination (Y/N).	If yes, date of last vaccination	If yes, vaccine brand name	If Yes, No of doses	Facilitated pre-registration for vaccination or past vaccination updation on U-WIN? (Y/N)	
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
Total Girls aged 14 years due for Vaccination													

Nearest 24x7 Health Facilities (PHC & above) for this area

1. _____

2. _____

* Girls aged 14 years [those who have celebrated their 14th birthday but have not yet celebrated their 15th birthday]

** Birth Certificate, Aadhar Card, Ration Card, School Id, Transfer/School leaving/Matriculation Certificate, Passport, Bank passbook, immunization card/A declaration given by the Head of the Orphanage/Child Care Home, Age Undertaking Form signed by parents/guardian

ASHA/AWW/MAS/JAS/LW Signature with date _____

Signature of ANM with date _____

જા.નં.ક-૩/૫૨૫/૨૦૨૫-૨૬/૨૦૨૩
જિલ્લા શિક્ષણાધિકારી કચેરી,
અનાવીલ ભવન સામે,
કારેલીબાગ,
વડોદરા
તા.૦૫/૦૩/૨૦૨૬

૨/- જાણ તથા અમલવારી કરવા સારું.


જિલ્લા શિક્ષણાધિકારી
વડોદરા

પ્રતિ,
આચાર્યશ્રી,
સરકારી, ગ્રાન્ટેડ તથા નોન ગ્રાન્ટેડ પ્રા.મા. અને ઉ.મા. શાળાઓ, (તમામ)
જિ.વડોદરા.

નકલ રવાના : (જાણ તથા અમલવારી સારું.)
- શિ.નિ.શ્રી/મ.શિ.નિ.શ્રી, (તમામ) જિ.વડોદરા.