



दिनांक: ___ / ___ / 2026

प्रति:

[मुख्य वैद्यकीय अधिकारी / जिल्हा लसीकरण अधिकारी / प्राचार्य / जिल्हाधिकारी]

विषय: HPV लसीकरण शिबिरे / मोहिमांसाठी माहितीपूर्ण संमती व सार्वजनिक माहिती प्रकटीकरणाबाबत सक्तीची अंमलबजावणी – माहितीपूर्ण संमती नमुना सादर.

महोदय / महोदया,

आम्ही **Awaken India Movement** च्या वतीने आपणास हे पत्र पाठवत आहोत. आमच्या निदर्शनास आले आहे की आपल्या कार्यक्षेत्रात / संस्थेत **HPV लसीकरण शिबिरे / मोहिमा आयोजित केल्या जात आहेत किंवा प्रस्तावित आहेत.**

“**Master Hridaan Kumar (Minor) v. Union of India & Others**”, W.P.(C) 343/2019 (CM Nos. 1604/2019 व 1605/2019) या प्रकरणामध्ये **दिल्ली उच्च न्यायालयाने** नमूद केले आहे की लस देणाऱ्या अधिकाऱ्यांवर व डॉक्टरांवर **पालक / संरक्षक यांच्याकडून माहितीपूर्ण संमती (Informed Consent) घेणे बंधनकारक आहे**, तसेच लसीतील घटक आणि संभाव्य दुष्परिणाम (Adverse Events / AEFIs) यांची माहिती **सार्वजनिकरीत्या प्रसिद्ध करणे व व्यापकपणे जाहीर करणे आवश्यक आहे.**

वरील सूचनांचे पालन न झाल्यास **न्यायालयाच्या आदेशाचा अवमान (Contempt of Court)** तसेच इतर कायदेशीर कारवाई होऊ शकते.

वरील निर्देशांचे काटेकोर पालन व्हावे यासाठी आम्ही **HPV लसीकरणासाठी माहितीपूर्ण संमती फॉर्म (AIIMS भुवनेश्वर यांच्या शिफारशीनुसार तयार केलेला नमुना)** सोबत जोडत आहोत. हा माहितीपूर्ण संमती फॉर्म **अल्पवयीन मुलांना HPV लस देण्यापूर्वी लेखी स्वरूपात घेणे आवश्यक आहे.**

म्हणून आपणास विनंती करण्यात येते की कोणत्याही मुलास HPV लस देण्यापूर्वी खालील किमान प्रक्रिया प्रत्येक लसीकरण केंद्रावर काटेकोरपणे पाळली जावी:

• संलग्न माहितीपूर्ण संमती फॉर्म पालक / संरक्षक यांना आधीच उपलब्ध करून द्यावा; त्यांच्या स्थानिक भाषेत त्याचे तोंडी स्पष्टीकरण द्यावे आणि त्यांना असलेले प्रश्न समाधानकारकरीत्या सोडवावेत.



• लसीचे घटक व संभाव्य दुष्परिणाम (AEFI) याबाबतची माहिती **छापील स्वरूपात किंवा सार्वजनिक सूचना फलकाद्वारे** लसीकरण स्थळी स्पष्टपणे प्रदर्शित करावी. तसेच लस नाकारल्यास कोणत्याही प्रकारचा दबाव, सक्ती किंवा सेवांचा नकार दिला जाऊ नये.

• लस देण्यापूर्वी पालक / संरक्षक यांची **स्वाक्षरी किंवा अंगठा ठसा** माहितीपूर्ण संमती फॉर्मवर घ्यावा. तसेच लसीचे नाव, उत्पादक कंपनी, बॅच / व्हायल क्रमांक, दिनांक व वेळ, तसेच लस देणाऱ्या अधिकाऱ्याचे नाव व पद नोंदवावे आणि त्या फॉर्मची एक प्रत पालक / संरक्षक यांना द्यावी.

• लसीकरणानंतर ठराविक कालावधीपर्यंत निरीक्षण (Observation) करावे व कोणतेही दुष्परिणाम आढळल्यास त्याची माहिती **CoWIN ॲप / पोर्टल** व संबंधित **AEFI अहवाल अधिकाऱ्यांकडे** कशी नोंदवायची याची माहिती द्यावी.

• लसीकरण मोहिमेसंबंधित सर्व नोंदी व दस्तऐवज **तपासणी / लेखापरीक्षणासाठी व्यवस्थित जतन** करावेत, ज्यायोगे जबाबदारी निश्चित करता येईल.

कृपया या पत्रास **औपचारिक सूचना (Formal Notice)** म्हणून स्वीकारावे.

वरील प्रकटीकरण व लेखी माहितीपूर्ण संमतीशिवाय जर कोणत्याही मुलास HPV लस देण्यात आली, तर **Awaken India Movement** संबंधित अधिकारी / संस्था / जबाबदार व्यक्तीविरुद्ध न्यायालयीन आदेशांचे उल्लंघन तसेच इतर कायदेशीर तरतुदीनुसार योग्य कायदेशीर कारवाई करण्यास बाध्य राहिल. यामुळे उद्भवणाऱ्या सर्व खर्च व परिणामांची जबाबदारी संबंधितांवर राहिल.

कृपया या पत्राची प्राप्ती मान्य करून **7 (सात) दिवसांच्या आत लेखी स्वरूपात कळवावे** की आपल्या अधिपत्याखालील सर्व संबंधित विभागांना व संस्थांना आवश्यक सूचना देण्यात आल्या आहेत.

आपला विश्वासू,

Awaken India Movement तर्फे

सदस्य नाव / मोबाईल क्रमांक –

संलग्न: HPV लसीकरणासाठी माहितीपूर्ण संमती फॉर्म (१ प्रत)



HPV लसीकरणासाठी माहितीपूर्ण संमती फॉर्म

लसीचे नाव:

कुपी क्रमांक: _____ (लसीकरणास नकार दिला असेल तर इथे कृपया NA लिहा)

HPV लस घेणाऱ्या व्यक्ती व पालक / संरक्षक यांची माहिती

नाव:

वय:

पालक / संरक्षक यांचे नाव:

संपर्क क्रमांक:

पत्ता:

पालक / संरक्षकांना दिली जाणारी माहिती

क्र.	माहिती	माहिती दिल्यास ✓
1	लसीकरण हे बंधनकारक नाही. आंतरराज्य प्रवास, लोकल ट्रेन, बस, कार्यालये, मॉल, दुकाने, रेस्टॉरंट, शाळा, परीक्षा केंद्रे, धार्मिक किंवा इतर सार्वजनिक कार्यक्रमांसाठी लस घेणे अनिवार्य नाही.	
2	कायदानुसार कोणतीही वैद्यकीय पद्धती कोणत्याही नागरिकावर सक्तीने लादता येत नाही.	
3	लस देणारे अधिकारी व डॉक्टर यांना पालकांकडून माहितीपूर्ण संमती घेणे व लसीचे घटक व दुष्परिणाम याची माहिती सार्वजनिकपणे देणे बंधनकारक आहे. अन्यथा "Master Hridaan Kumar (Minor) v. Union of India & Others" (W.P.(C) 343/2019) प्रकरणानुसार न्यायालयाचा अवमान ठरू शकतो.	
4	पालकांनी लसीकरणास नकार दिल्यास त्यामागील कारण विचारण्याचा अधिकार कोणालाही नाही. कोणत्याही प्रकारचा दबाव टाकला जाऊ नये.	
5	Gardasil HPV लसीतील काही घटक व त्यांचे संभाव्य दुष्परिणाम खालीलप्रमाणे नमूद केले आहेत.	



Gardasil HPV लसीतील काही घटक व संभाव्य दुष्परिणाम

- **Amorphous Aluminum Hydroxyphosphate Sulfate** – मेंदूच्या कार्यावर परिणाम, DNA व पेशी संरचनेवर परिणाम, ऑटोइम्यून प्रतिक्रिया.
- **Polysorbate-80** – वंध्यत्व, रक्त-मेंदू अडथळ्यावर परिणाम, अॅनाफिलॅक्टिक प्रतिक्रिया.
- **Sodium Borate (Borax)** – प्रजनन प्रणाली व भ्रूण विकासावर परिणाम.
- **L-Histidine** – रक्त गोठण्याची प्रवृत्ती वाढणे, रक्तवाहिन्यांची पारगम्यता वाढणे.
- **Genetically Modified Yeast Saccharomyces Cerevisiae** – ऑटोइम्यून आजारांची शक्यता.
- **Undisclosed HPV DNA fragments** – अज्ञात ऑटोइम्यून प्रतिक्रिया.

अतिरिक्त माहिती

1. Gardasil HPV लसीसंबंधित दुष्परिणामांबाबत जगभरात प्रकरणे नोंदली गेली आहेत व काही ठिकाणी नुकसानभरपाई देखील दिली गेली आहे.
2. भारतात 2009 मध्ये झालेल्या क्लिनिकल ट्रायल्स दरम्यान काही मुलींचा मृत्यू झाल्याच्या घटना नोंदल्या गेल्या.
3. भारतात गर्भाशयाच्या मुखाच्या कर्करोगामुळे होणाऱ्या मृत्यूचे प्रमाण लसीकरण कार्यक्रमाशिवायही कमी झाले आहे.
4. बहुतेक HPV संसर्ग लक्षणांशिवाय स्वतःहून बरे होतात.
5. काही संशोधनानुसार या लसीचा प्रभाव सुमारे 5 वर्षांपर्यंत मर्यादित असू शकतो.
6. लसीकरण पूर्णपणे स्वेच्छेने आहे; लसीमुळे मृत्यू किंवा दुष्परिणाम झाल्यास सरकारी नुकसानभरपाई मिळेल याची हमी नाही.
7. उत्पादक कंपनीकडून काही प्रकरणांत नुकसानभरपाई दिली जाऊ शकते, परंतु लस आणि दुष्परिणाम यांचा थेट संबंध सिद्ध करणे कठीण असू शकते.
8. HPV व गर्भाशयाच्या कर्करोगासाठी **AYUSH पद्धतीमध्ये** (आयुर्वेद, योग, युनानी, सिद्ध, होमिओपॅथी) पर्यायी उपचार उपलब्ध आहेत.
9. दुष्परिणाम नोंदविण्याची प्रक्रिया **CoWIN ॲप / पोर्टलवर** समजावून सांगितली आहे.



10. WHO VigiAccess डेटाबेसनुसार Gardasil लसीसंबंधित अनेक दुष्परिणाम नोंदवले गेले आहेत.

Gardasil contains the active ingredient **HPV vaccine**
There are **146064** reports with this active ingredient

Reported potential side effects

- › Blood and lymphatic system disorders (1%, 3 020 ADRs)
- › Cardiac disorders (1%, 3 452 ADRs)
- › Congenital, familial and genetic disorders (0%, 422 ADRs)
- › Ear and labyrinth disorders (1%, 2 621 ADRs)
- › Endocrine disorders (0%, 632 ADRs)
- › Eye disorders (2%, 6 865 ADRs)
- › Gastrointestinal disorders (8%, 23 660 ADRs)
- › General disorders and administration site conditions (26%, 81 337 ADRs)
- › Hepatobiliary disorders (0%, 401 ADRs)
- › Immune system disorders (1%, 2 986 ADRs)
- › Infections and infestations (2%, 6 929 ADRs)
- › Injury, poisoning and procedural complications (7%, 22 871 ADRs)
- › Investigations (5%, 16 776 ADRs)
- › Metabolism and nutrition disorders (1%, 2 603 ADRs)
- › Musculoskeletal and connective tissue disorders (7%, 21 656 ADRs)
- › Neoplasms benign, malignant and unspecified (incl cysts and polyps) (1%, 1 837 ADRs)
- › Nervous system disorders (18%, 57 417 ADRs)
- › Pregnancy, puerperium and perinatal conditions (0%, 1 319 ADRs)
- › Product issues (0%, 943 ADRs)
- › Psychiatric disorders (2%, 7 796 ADRs)
- › Renal and urinary disorders (0%, 1 561 ADRs)
- › Reproductive system and breast disorders (2%, 4 869 ADRs)
- › Respiratory, thoracic and mediastinal disorders (3%, 8 014 ADRs)
- › Skin and subcutaneous tissue disorders (7%, 21 172 ADRs)
- › Social circumstances (1%, 2 747 ADRs)
- › Surgical and medical procedures (1%, 3 194 ADRs)
- › Vascular disorders (3%, 8 179 ADRs)



मी, _____ (नाव व पद) HPV लसीकरणासाठी जबाबदार लसीकरण अधिकारी असून, वरील सर्व माहिती संबंधित व्यक्ती व त्यांच्या पालक / संरक्षक यांना त्यांच्या स्थानिक भाषेत समजावून सांगितल्याची पुष्टी करतो / करते.

ठिकाण:

दिनांक:

स्वाक्षरी व शिक्का

(लसीकरण अधिकारी)

मी पुष्टी करतो / करते की HPV लसीकरणाबाबत वरील माहिती मला माझ्या मातृभाषेत समजावून सांगण्यात आली आहे. मला माझ्या मुलाला / मुलीला लस देण्यास नकार देण्याचा अधिकार असल्याची जाणीव आहे.

मी माझ्या मुलाला / मुलीला HPV लस देण्यासाठी **संमती देतो / देत नाही.**

ठिकाण:

दिनांक:

पालक / संरक्षक यांची स्वाक्षरी

टीप:

हा माहितीपूर्ण संमती फॉर्म **AIIMS भुवनेश्वर** यांच्या शिफारशीनुसार तयार केलेला नमुना आहे.