

«Айгөлек» мектепалды топ

[illegible]

к «Инстру
и ведению уч
Паспор

ЖАУАПҚЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУДІ СЕРІКТЕСТІ...

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

(код формы по ОКУД - 026/y-3)

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТІ

(ОКУД бойынша қолтың нысаны 026/y)



1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ

Баланың аты-жөні, әкесінің аты\Ф.И.О. ребенка

Ахметова
Айым

Ұлты\Национальность

қазақ

Туған күні/Дата рождения

30.08.2020

Жынысы: ер/эйел (қажетісінің астың сызу керек)\Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Мекен-жайы (немесе интернат\мекемесінің мекен-жайы)\Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

А. Мағдалулова 66/кв 105

телефон (турғылықты орны)\телефон (места жительства)

Қызмет көрсететін емхана\обслуживающая поликлиника

ТБД үйі

телефон (мед.ұйым.)\телефон (мед/орг.)

Канның тобы\Группа крови

НЕТ

Резус-фактор

Мүгедектік\Инвалидность

НЕТ

ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ
ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ

Түскен айы,
жылы
Месяц, год
поступления

Мектепке дейінгі мекеме
Дошкельная организация

Орта жалпы білім беру
Среднего общего
образования

Балалар үйі
Детский дом

жалпы
общее

түзету
коррекционное

жалпы
общее

түзету
коррекционное

жалпы
общее

түзету
коррекционное

ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ
ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ

Түскен айы,
жылы
Месяц, год
поступления

Мектепке дейінгі мекеме
Школа-интернат

Орта жалпы білім беру
Профессионального
образования

Балалар үйі
Детский дом

жалпы
общее

түзету
коррекционное

жалпы
общее

түзету
коррекционное

жалпы
общее

түзету
коррекционное

Қолайсыз кәсібі-өндірістік факторлар\Неблагоприятные профессионально-производственные факторы

(кәсіби білім беру ұйымдары үшін, нешінші жылдан бастап)
(для организаций профессионального образования, с какого года)

Аллергия —

Вакциналық дәрілік, аллергиялық, аурулар Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген Аллерген	Баспақты жасы С какого возраста	Диагнозды кою жылы Год установления диагноза

2. АНАМНЕСТИКАЛЫҚ МӘЛІМЕТТЕР АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Ата-аналары туралы мәліметтер\Сведения о родителях

	А.Ж.Ә. туған жылы Ф.И.О., год рождения	Білімі Образование	Жұмыс орны, жұмыс телефоны Место работы, телефон
Анасы Мать	Абатова А. С	высш	ТПН ВДП
Әкесі Отец	Абаев А. В	высш	Антикор

Отбасының сипаттамасы — толық/толық емес (қажеттінің астын сызу керек)

Характеристика семьи — полная/неполная (нужное подчеркнуть)

Тұрмыстық жағдайы/Житийно-бытовые условия

Отбасының анамнез (аурушандық)/Семейный анамнез (заболевания)

Мектептен тыс сабақ\Внешкольные занятия

Сабақтың түрлері Вид занятий	Жазы/аптадағы сағаттар Возраст/часов в неделю			
	4 жас\4 года	5 жас\5 лет	6 жас\6 лет	7 жас\7 лет
Спорт (қайсысы екенін көрсету, оның ішінде би)				
Спорт (указатъ какой, в том числе танцы)				
Музыка				
Шет тілі				
Иностранный язык				
Өзгеде сабақтар (көрсету керек)				
Другие занятия (указать)				

8. ЖОСПАРЛАРЫ ТЕРЕНДЕТІЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУ
МӘЛІМЕТТЕРІ
ДАННЫЕ ПЛАНОВЫХ УГЛУБЛЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

1 жастан - 3 жасқа дейін/В возрасте 1-3 лет

Параметрлері Параметры	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 года	3 жаста в 3 года
Тексеру күні/Дата обследования		07.09.22	
Баланың жасы (тексерген кезең) Возраст ребенка (на момент осмотра)		2 жет	
Бойы/Рост		89 см	
Салмағы/Вес		12 кг 2	
Шағымы/Жалобы		Асир	
Мамандардың тексеруі/Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог	3/0		
Невропатолог (1 жаста/в 1 год)			
Стоматолог (жыл сайын/ежегодно)			
Өзге де мамандар Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)		ӨАК ЗФК Кал	
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізі, ілеспелі аурулар) Заключительный диагноз (в том числе основные и сопутствующие заболевания)		Асир сау	
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития		То болу	
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития		То болу	
Денсаулық тобы Группа здоровья		1 гр	
Ұсыныстар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі билер беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)		107 ЗФК Асир	
КОЛЫ/ПОДПИСЬ			

13. АНЫҚТАМАЛАРҒА АРНАЛҒАН ОРЫН
МЕСТО ДЛЯ СПРАВКИ

02.09.22 Этапный эпикриз

Ребенок от 112 беременности.

При рождении вес _____ кг. Рост _____ см. Рос и развивался по возрасту. Осмотрен узкими специалистами. Привит по календарю. На «Д» учете не состоит. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легкие везикулярное дыхание. Тоны сердца ясное, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Сон и аппетит не нарушен. Стул и диурез в норме.

Эпид. окружение чистое.

Группа здоровья 1

Диагноз: Здоров (а)

Допускается в ял. сар
Вр: Турмураева Ш. А.р.

ПАСПОРТ
ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ НАСЖОҒЫ



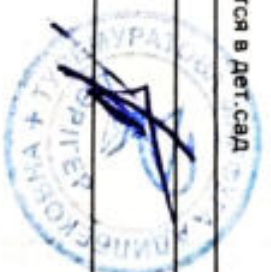
ЖАУАЛКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТ и К»
ТОВАРИШЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОПТАЛДЫҒЫ
ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген №
027/е нысандағы медициналық құжаттама
Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом
исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики
Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у
СПРАВКА о состоянии здоровья

Дата выдачи 02.09.2022
Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью "ТТ и К"

1. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АБАТОВА АЙЫМ АЙБЕКОВНА
2. Туған күні (Дата рождения): 30.08.2020
3. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА, КАЗАХСТАН, ОБЛАСТЬ: АКТӨБИНСКАЯ, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: АҚТӨБЕ, ПРОСПЕКТ: АЛИИ МОЛДАЛУВОВОЙ, ДОМ: 50А
4. Медицинское заключение:
Ребенок был на приеме и осмотрен врачом. Здоровья. Кал на віг не обнаружен. Знд. окружение чистое. Допускается в дет.сад
5. Рекомендации (при необходимости): _____
6. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: 204866
7. ТУРЕМҰРАТОВА МАРҒУЛА АДИЛБЕКОВНА



Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы
«23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген
№ 063 / е нысанды
медициналық құжаттама
Медицинская документация
Форма № 063 / у
Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екепелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 жылғы (года) « » есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тері, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Абатова Аялым
2. Туған күні (Дата рождения) 30.08.20
3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт)
көшесі (улица) А. Маматауұлы 66
корпус 1 пәтер(квартира) 105
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Т: 87757549536

Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	30.08.20	01.09.20	0,05	05796085	1м - нәтижесі
	қайта егу ревакцинация					3м - нәтижесі 6м - нәтижесі 12 - нәтижесі

Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
30.08.20	10.12.20	05111111	10	14.03.21	01800063	11		
30.08.20	13.01.21	10546111	11	14.05.21	10590111	12		
30.08.20	15.02.21	12811111	12					

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	14.08.20	0,5	05111111	актовекин	нәтижесі	нәтижесі	
	13.08.20	0,5	10546111	актовекин	нәтижесі	нәтижесі	
	15.09.20	0,5	05111111	актовекин	нәтижесі	нәтижесі	
Қайта егу Ревакцинация	14.08.20	0,5	10590111	актовекин	нәтижесі	нәтижесі	

Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	30.08.20	31.09.20	0,5	19003	БГ "В"	н/б	н/б
Қайта егу Ревакцинация	30.08.20	31.09.20	0,5	19003	БГ "В"	н/б	н/б
Қайта егу Ревакцинация	30.08.20	31.09.20	0,5	19003	БГ "В"	н/б	н/б

Прививка против паротита

Туған жылы Дата	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	03.12.21	0,5	0130W089	н/б	н/б	

Прививка против кори

Туған жылы Дата	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	03.12.21	0,5	0130W089	н/б	н/б	

Прививка против других инфекций

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
10.10.08	10.10.20	0,5	019656	превекс	н/б	н/б	
24.08.20	15.02.21	0,5	019656	превекс	н/б	н/б	
14.08.10	08.12.21	0,5	ЕК6000	превекс	н/б	н/б	

[illegible]

2. Assumptions and Notation

Table 2. A summary of the results

Assessment (Criteria)	Assessment	Frequency / Duration	Frequency / Duration
Handwritten notes, diagrams, worksheets, activity pages and self-reflection	Handwritten notes, diagrams, worksheets, activity pages and self-reflection	Handwritten notes, diagrams, worksheets, activity pages and self-reflection	Handwritten notes, diagrams, worksheets, activity pages and self-reflection

Таблица 3. Перечисленные источники инфекционных заболеваний

Заболевания	То	Заболевания	То
Корь	—	Дифтерия	—
Коклюш	—	Туберкулез	—
Скарлатина	—	Дизентерия	—
Брюшной тиф	—	Наркотик	—
Беркулез ости	—		
Краснуха	—		
Варичная оспа	—		
Ротавирусная инфекция (A, B, C, D)	—		

Table 1 – continued: the number of children (the number of cases, *n*)

Таблица 8. Состояние и изменение в процентном (в сопоставлении с 1999 г.) уровне

[illegible]

Таблица 6. Сведения о проведенной работе (составно по п. 50.035)
в 2009 году на территории г.п.г.т.о.

[illegible][illegible]

Таблица 7. Профилактические осмотры

Параметры	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет
Дата обследования	03.08						
Возраст ребенка (на момент осмотра)	32						
Рост	100						
Вес	18						
Жалобы	нет						
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров						
Группа здоровья	1/1						
Медицинская группа для занятий физкультурой	1/1						
Рекомендации							

Осмотры специалистов

Педиатр (в т.ч. ЧСС в мин. АД 3 раза)	Джаров	
Хирург (ортопед)	Джаров	
Невропатолог (в 1 год)	Джаров	
Отоларинголог	Джаров	
Офтальмолог	Джаров	
Логопед (с 3-х лет)		
Стоматолог (ежегодно)		
Другие специалисты		
Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на я/гл.)	Джаров	
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующие ? заболевания)	Джаров	
Оценка физического развития	Джаров	
Оценка нервно-психического развития	Джаров	
Группа здоровья	Джаров	
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)	Джаров	
Подпись врача педиатра	Джаров	



2025

Тюльпан

Редко встречается в природе.
растет и развивается совместно
с другими по возрасту.

Привет по почте.

Успехи в учебе не сходят.

настроения.

В-м. Конечные показатели
чистоты. В-м. показатели.
Сон и аппетит сохранены.
Хрипы в легких. Температура
не повышается. Цвет
кожи бледный.
Слизь и гной в носу.

Д-р. Соколовский

Здоров

У д-ра.

В. Соколов.

14.04.25

мой друг

Спасибо

Дядя

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ҚҰДЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Ұйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы «23» қарашаның №907 бұйрығымен бекітілген № 063/н нысанына медициналық құжаттам Медицинская документация «Форма №063/у утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907

8276274 4848

Профилактикалық екпелердің

КАРТАСЫ

3/56

БСЖ приквас

КАРТ

профилактических прививок

2021 жылғы (года) « 1 » 07 есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения) ЖФ ӨН

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Ахметов Батырхан

2. Туган күні (Дата рождения) 5. 08. 2020

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Жамбыл облысы, Жамбыл ауданы, 14-көшесі (улица) үй(дом) корпус пәтер(квартира)

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 103 ж күйіне ұр 13

Диаскентест

R - Манту

Дата получ	серия	Рез.т	Дата получ	серия	Рез.т
17.01.21	013018023	ММ			

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
2020	08	013018023						
2020	08	013018023						
2020	08	013018023						

Күл, коксәтел, сіреспеге қарсы екпе / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайылымдар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	2020	08	013018023	013018023	Жамбыл облысы, Жамбыл ауданы, 14-көшесі			
Қайта егу Ревакцинация	2020	08	013018023	013018023	Жамбыл облысы, Жамбыл ауданы, 14-көшесі			

* Препараты мыла, дифтерийно-бациллы, АКДС – адсорбентен, вакцинел – дифтерия-сирте вакцинасы, АДС – адсорбентен
дифтерия – сирте анатоксин, АДС – М-анатоксин-адсорбентен дифтерия-сирте анатоксин, курамында антиген мидер азайтылган АД.
адсорбентен дифтерия анатоксин АС – адсорбентен сирте анатоксин, К – вакцинел вакцинасы
* Препарат обозначит буквами: АКД – адсорбирующая, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбируемый
дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДК-М-анатоксин – адсорбируемый дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным
содержанием антигена, АД – адсорбируемый дифтерийный анатоксин, АС – адсорбируемый столбнячный анатоксин, К – коклюшная
вакцина

Вірусні гепатити кареєв експ / Прививки проти вірусного гепатита	

Вирусі гепатитке караса екине / Прививкалар против вирусного гепатита							
Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Доктыр Докт.	Сервис Серия	Препараттың аталуы Наименование препарата	Гепатитке реакциясы Реакция на прививку		Медициналық кайыпшықтар Медицинский и отвод
					Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егіген жерге Местная	
Егу Вакцинациясы	5.10.20	95	19004	Егу	66	66	
	3.09.21	95	830466				
	2.10.21	95	835614				
Қайта егу Ревакцинация	3.08.22	95	202103023		66		
	2.9.22	95	20032400		66		

Паротитке карсы екине / Прививка против паротита	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

Паротитке жары ексе / Прививка против паротита						
Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Елгеге дене сериалы Реакция на прививку		Медициналык кайшылыктар Медицинский отгол
				Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егилген жерде Местная	
22.11.22	22.11.22	0,5	0130N1080	МК	и	
22.11.22	22.11.22	0,5	0133N258A		и	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Кызылалына карсы екпе / Прививка против кори						
Туулган жана Дата рождения	№	Жаш	Тура	Айыгуу деме сериясы		Медициналык кыйылыштар (жүзі, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Результат на прививку	Егілген жерге	
				Ж. м (Г°)	Община (Г°)	Местность
1. 22	№0122	95	ПТЗОНТОРА	КНН	№	№
Имун	22.07.2001	01	ПТЗЗ-МОС			№

Басқа жұтпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

[illegible]

Бештен тазарылган күні (Дата снятия с учета)
Себеб: (Причина)

Колы (Полтвсь.)

Кирта баланы есепке алганда балалар эмгек • профилактикалык уйымда (ЕПҮ) толтырылды

Қаладан (ауданнан) көпкеден кезде қолдана етілгені туралы анықтама беріледі.

Карта уйғурча келди.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при вступлении ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.



Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 18.04.2025

Учреждение организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №1 Актобинской области"
Хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актобинской области

2. Пациент(т)ин төгі, аты, екесінін аты (Фамилия, имя, отчество пациента):

АЗМАТҰЛЫ БАТЫРХАН

3. Туған күні (Дата рождения): 05.12.2020

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА: Гришина, ДОМ: 64, КВАРТИРА: 1

5. Медицинское заключение:

здоров эпид окр

6. Рекомендации (при необходимости):

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

СИДОРЕНКО СВЕТЛАНА ВЛАДИМИРОВНА

99027

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-176/2020 бұйрығымен бекітілген медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30.12.2020 года № ҚР ДСМ-176/2020



БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ
(Мектеп, мектеп-интернат, балалар үйі, бала бақша, бүлдіршіндер бақшасы үшін)
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА
(для школы, школы-интерната, детского дома, детского сада)

Класс	АЛЛЕРГИЯ (егуге, дәрілік, аллергиялық аурулар) (вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания)
Жыл сайын толтырылады	
Группа	

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество ребенка) Алиевуралиев К. Ұ
Туған күні (Дата рождения) 28.11.20 Жынысы (ер, әйел) (Пол (boy, girl)) er
Мекенжайы (Адрес места жительства)

Телефон
Қызмет көрсететін емхананың (Обслуживающая поликлиника) № КПБ Телефон 986450
Ата-анасы туралы мәлімет (Сведения о родителях)

	Туған жылы год рождения	Білімі образование	Жұмыс орны место работы	телефон
анасы (мать)	<u>Алиева А.Б.</u>	<u>БСШ</u>	<u>КПБ</u>	<u>870138910</u>
әкесі (отец)	<u>Алиев А.Б.</u>			<u>870138577</u>

а) баспа-тұрмыстық жағдайлары (жилищно-бытовые условия)
б) отбасылық сыртартпасы (семейный анамнез)

МЕКТЕПТЕН ТЫС САБАҚТАРЫ (ВНЕШКОЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ):

спорт (иә, жоқ, спорт түрі) (да, нет, вид спорта)
шет тіл (иә, жоқ) (иностраный язык (да, нет))
музыка (иә, жоқ) (да, нет)
басқа сабақтары (другие занятия)

Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания)		Күні	Дата
Қызылша (корь)	Қызамық (краснуха)		
көк жөтел (коклюш)	жұқпалы гепатит (инфекционный гепатит)		
жәншау (скарлатина)	дизентерия		
күл ауруы (дифтерия)	іш сүзегі (брюшной тиф)		
жел шешек (ветряная оспа)	туберкулез		
жұқпалы паротит (инфекционный паротит)	ревматизм		

Алиев

Указание диспетчера базы данных "Директор" (Для составления и исполнения на диспетчерском оборудовании)

К/м	Дата	Технический персонал	Указание	Рекомендации
1		Директор	2	3

Краткая информация о персонале		Директор		Указание		К/м		Дата		Имя		Результат	
К/м	Дата	Имя	Результат	Указание	Имя	К/м	Дата	Имя	Результат				
М/м: М. 1184-1.8-42, М/м: 1.8-1.2, М/м: 5.11.11 М/м: 8.11.11 - 0.11.11 М/м: 11.11.11 - 11.11.11 М/м: 11.11.11 - 11.11.11				К/м									
				К/м									
				К/м									
				К/м									

К/м	Дата	Имя	Результат	К/м	Дата	Имя	Результат
К/м	Дата	Имя	Результат	К/м	Дата	Имя	Результат
К/м	Дата	Имя	Результат	К/м	Дата	Имя	Результат
К/м	Дата	Имя	Результат	К/м	Дата	Имя	Результат

Вес	Мед осмотр за 2023
рост	
Невропатолог	
Хирург	
Лор	
Окулист	
Психолог	
Стоматолог	
Педиатр	

Эпикриз

Ребенок от II беременности II родов. Родила в с
весом 3380 рост 57.0
Закричал сразу. Беременность протекла по. Растет и развивается
соответственно возрасту. Наследственность из отца
Аллергоанамнез от
Из группы риска нет Состоит на «Д» учете из отца
Перенесенные
заболевания: нет

При осмотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы
и- видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев спокоен.
Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание.
Тоны сердце ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и
селезенка не увеличены. Физиологическое опорожнение в норме.

НПР- состояние
ФР- состояние
ДС: примечание
Гр.здоровья

Handwritten signatures and notes in the bottom right section.





«Ақтөбе қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналық кәсіпорыны
Оңтүстік - Батыс дәрігерлік
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 14.06.2023

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

2. Пациенттің төп, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АМАНТУРЛИН ДӘУЛЕТ ҰЛАНҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 12.06.2019

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Каргалинский, ЖИЛОЙ МАССИВ: Ақтобе Сити, МИКРОРАЙОН: Ақтобе Сити, ДОМ: 16Г

5. Медицинское заключение:
Здоров

6. Рекомендации (при необходимости): Можно посещать ДДУ

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА

119056

Мөр
(Печать)



Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Ұйымның атауы
Наименование организации

міндетін атқару
ДСМ -175/2020 бұйрығымен бекітілген медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 065/у утверждена
приказом исполняющего обязанности Министра
здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября
2020 года №КР ДСМ -175/2020

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

87013891672

020 жылғы (года) «28» 11 есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)

Аманжолдин Қошым Қашағұлов

2. Туған күні (Дата рождения)

28.11.2020

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт
кошесі (улица)

Барыс 2-19а-55
к.м. қаласы 1 мкр 3а.к
үй(дом) корпус пәтер(квартира)
87013891672 Аманжолдин

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
13.12.2020	нативная	28.11.20	29.11.20	0,05	0249	1 м - кан 4 м 3 м - пуб 4 м 6 м - пуб - 5 м 12 м - пуб - 5 м

Полиомиелитке қарсы екпе/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
28.11.20	01.06.21	0,5	1 ж 6 ай	28.11.20	0,5	3 ж 6 ай		

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Ery	1	0,5	271V	Белваксен			

* Препараттар мына эріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – көкжөтел вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигена, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе/Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	18.11.10	29.11.10	0,5	19004	ВГВ	н/б	н/б	
	V ₂	21.06.11	0,5	ВМ 241V	ВР.В			
Қайта егу Ревакцинация	V ₁	08.02.23	0,5	202108019	ВР.В			

КНК

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V ₁	11.01.22	0,5	0130110971			

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V ₁	11.01.22	0,5	0130110971			

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Вакцинация	V ₁	21.06.11	0,5	ВМ 0542	Превенар			
Қайта егу Ревакцинация	V ₂	11.01.22	0,5	0542	Превенар			

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады.
Емдеу (вакцинация) қолтаңбасы мен қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Форма № 052-2/у

А. И. Мухоморов

Пол женский

Вести адрес Соффа 4 ул 52

Сведения о законных представителях: *профпатолог.*
мать - Куракова Г. К. ищ. Евраим-брат
М. 8725 7212672

Поликлиника прикрепления ДОО "Мед. центр"

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Диагноз (код МКБ-10)* _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Характеристика организаций

[illegible]

Анамнестические сведения Аллергоанамнез

[illegible]

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевание	Год	Заболевание	Год
Корь		Дифтерия	—
Коклюш		Туберкулез	—
Скарлатина	—	Эпидемический паротит	—
Брюшной тиф	—		
Ветряная оспа	весна 2003		
Краснуха	—		
Вирусный гепатит (А, В, С, Д)	—		

Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

[illegible]

Жоспарланған терендетілген медициналық тексеру мәліметтері
5-7 жаста (мектепке барар алдында)

Данные плановых углубленных медицинских осмотров
в возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметрі	5 жаста	Мектепке дейінгі 1 жыл алдында	Мектепке барар алдында
Тексеру күні/Дата обследования	13.06.2025	(6 жаста)	
Баланың жасы/Возраст ребенка	5ч 3ж		
Бойы/Рост	100.		
Салмағы/Вес	13кг.		
Шатырмы/Жалобы	кес.		
Мамандардың тексеруі/Осмотры специалистов			
Педиатр	С.А. Ахметов		
Хирург ортопед	З.А. Байсейіт		
Офтальмолог	С.С. Байсейіт		
Оториноларинголог	С.С. Байсейіт		
Невропатолог	С.С. Байсейіт		
Стоматолог	С.С. Байсейіт		
Өлге де мамандар/Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер/Каннның жалпы анализі, ішек құрт қорықтарына анализ	6 N.		
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кала на яйца глист)			
Корытынды диагноз	Пророче		
Заключительный диагноз			
Табиғи дамуын бағалау/Оценка физического развития			

Жүйке психикалық дамуын бағалау	соответствует возрасту.	
Оценка нервно-психического развития		
Денсаулық тобы/Группа здоровья	III.	
Дене шынықтырумен айналысатын топ		
Медицинская группа для занятий физкультурой		
Спорттық бадалық немесе спорттық биімен айналысуда ұсынылдар	Спорттың түрі	Айналтқан/шектеген
Рекомендация к занятиям спортом, баллыны или спортивными танцами	(көрсетіліс н) Вид спорта (указат)	карсы айналысқан (астың сызу керек) Показано/ограничено/противопоказано (подчеркнуть)
Ұсынылдар (саулығы, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндігі білім беру мекемесіне түсу білімінің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар)	Заманалық	
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)		
Қолы/Подпись		

Зертханалық зерттеулер/Лабораторные исследования
Зертханалық зерттеулердің мәліметтері/Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері кан, несеп, нәжіс және басқалар	Күні Дата	Нәтижесі Результат
Вид исследования крови, мочи, кала		
Ван	10.06.25	НБ - 128 шт
		2 - 2,0
		СД - 5,0.
Ван	10.06.25	6 копирка

Кемелі 20/25

12.06.25

С.А. Ахметов

12.06.25

**Сведение о профилактических осмотрах за последний календарный
год**

Параметры	Сведение о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	13.06.2018.
Рост	100
Вес	13 кг.
Заключительный диагноз(в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	II.
Медицинская группа для занятий физической культурой	
Рекомендации	Закрепить.

При отсутствии сведений об актуальных об проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка

**Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую
консультацию**

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

Этапный эпикриз

Ребенок от IV беременности. Вес при рождении 4080 рост 55.

Рос и развивался по возрасту. Осмотрен узкими специалистами. Привит по календарю. На «Д» учете не состоит. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Сон и аппетит не нарушен. Стул и диурез в норме.

Эпид окружение чистое.

Группа здоровья «Д» I гр

Диагноз: Здоров(а)

Вр. Жамекеева М.М.



*ДДЧ посетити
допускается*

Т. Б.





Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего
обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября
2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 13.06.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "Мир Женщины"

2. Пациенттің тегі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АРҒЫНҚЫЗЫ АЛУА
3. Туған күні (Дата рождения): 04.03.2020
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЧАСТОК: Сазда 4, ДОМ: 52
5. Медицинское заключение:
Здорова
- Группа здоровья 1
6. Рекомендации (при необходимости):
Эпид окружение чистое
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
ЖАМЕКЕЕВА МАЛИКА МУСТАФАЕВНА



210781



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашаның № 907 бұйрығымен бекітілген № 063 / с нысаны медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 063 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екпелердің

-КАРТАСЫ

КАРТА

профилактических прививок

20 жылды (жылы) «26» сәуір есепке алынды (пәзі на учет)
 Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ТОО. ДАМ - АРТЫМ
 (для организованных детей наименование детского учреждения)
 1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Брзинский Игорь
 2. Туған күні (Дата рождения) 04.03.2002
 3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Сары 4 үй 52
 көшесі (улица) _____ үйі(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____
 Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 887 5 72 1 25 77 +
Баруев

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
5.1.2004	сильная реакция	04.03.2002	05.03.2002	0,05	165704	1.мсс - 2.1.1
19.08.2004	сильная реакция					3.мсс - 4.1.1
19.08.2004	сильная реакция					6.мсс - 7.1.1
19.08.2004	сильная реакция					12.мсс - 13.1.1

Полиомиелитке қарсы екпе
Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
04.03.2002	18.05.2002	0,5	18.05.2002	18.05.2002	0,5	18.05.2002	18.05.2002	0,5
04.03.2002	12.08.2002	0,5	12.08.2002	12.08.2002	0,5	12.08.2002	12.08.2002	0,5

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V1	04.03.2002	18.05.2002	0,5	РЗМ476	М/Б	М/Б	
	V2	04.03.2002	12.08.2002	0,5	РЗМ476	М/Б	М/Б	
	V3	18.05.2002	12.08.2002	0,5	РЗМ476	М/Б	М/Б	
Қайта егу Ревакцинация	Р1	26.04.2005	12.08.2002	0,5	РЗМ476	М/Б	М/Б	

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – көкжөтел вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

**Вирусі гепатитке карсы екпе
Прививка против вирусного гепатита**

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	190320	190520	0,5	19002	Б.Г. В.	И/С	И/С	
	190320	190520	0,5	РБМ 478	Солтүстік-батыс	И/С	И/С	
	190320	190520	0,5	31172	Алматы облысы	И/С	И/С	
Қайта егу Ревакцинация	190320							
	190320	190520	0,5	РБМ 478	Солтүстік-батыс	И/С	И/С	
	190320	190520	0,5	31172	Алматы облысы	И/С	И/С	

**Паротитке карсы екпе
Прививка против паротита** *КМК*

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
2	080622	0,5	0150K108A	И/С	И/С	
040520	141223	0,5	0133N037B	И/С	И/С	

**Қызылшаға карсы екпе
Прививка против кори** *КМК*

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
2	080622	0,5	0150K108A	И/С	И/С	
040520	141223	0,5	0133N037B	И/С	И/С	

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	040520	190520	2,5	049604	превексар В	И/С	И/С	
Қайта егу Ревакцинация	190520	190520	0,5	0572	превексар	И/С	И/С	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____

Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.



Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173
Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О.ребенка

Арман Жан Мейірханұлы

Национальность _____ Дата рождения 15.05.2022

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) _____

101 стр. № 13 282

Ф.И.О.год рождения матери/законного представителя

Балмұхан Диана

Место работы матери/ законного представителя

Телефон матери/ законного представителя

87969463258

Ф.И.О. год рождения отца

Бауыржан Мейірхан

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

2014

Группа крови

Резус - фактор

Инвалидность (да/нет)

группа

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное

Таблица 7. Профилактические осмотры.

Параметры	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет 42	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет
Дата обследования		18.02 20242					
Возраст ребенка (на момент осмотра)		42					
Рост		100 см					
Вес		15					
Жалобы		нет					
Заключительн ый диагноз (в том числе основной и сопутствующи е заболевания)		здоров					
Группа здоровья		IIa					
Медицинская группа для занятий физкультурой		Особо опас					
Рекомендации		ДК показав показат					

Дата • Дата
Вес Рост

Специалист	Заключение
Хирург	18.07.24. здоров
Лор	ОТОЛАРИНГОЛОГ 18.07.24. здоров
Невропатолог	18.07.24. здоров
Окулист	18.07.2024. здоров
Стоматолог	18.07.2024. здоров

Эпикриз

Ребенок от I беременности, от I родов.

Родился(лась) с весом 3400 кг, ростом 52 см.

Растет и развивается соответственно возрасту.

Прививки

по прививочному календарю.

На «Д» учете

не состоит.

Наследственность не отягощена.

Объективно: общее состояние удовлетворительное.

Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

D/S:

Здоров

Группа здоровья

IIa

НПР

IЗ IСт

ФР

среднее

Врач:

Здоров
по прививочному календарю.
на «Д» учете не состоит.



МО «Энеос»
Медицинский Отдел
№ 16 «16.09.2020»

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің
бұйрығымен 2020 жылғы 30-қаңтардағы № КР ДСМ-175/2020 бұйрығымен
бекітілген № 027/е нақсанды медициналық оқаттама
Медициналық документация формасы № 027/у ұйымдастырылған
қолданылатын медициналық Министрдің тапсырмасымен
Қазақстан Республикасының 30-қаңтардағы 2020 жылғы № КР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи
Наименование организации ТОО МЦ «Энеос»

1. Пациенту дан эти сведения (сведения, для сведения)
2. ТИП ОУ (для сведения) 15.09.2020
3. Медицинский Отдел: РЕПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ Акмолинская, ГОРОД ОБЛАСТНОЙ АКОМОЛИНСКИЙ, УЛИЦА
4. Медицинское отделение
5. Пациенту дан эти сведения (сведения, для сведения)
6. Пациенту дан эти сведения (сведения, для сведения)
7. Пациенту дан эти сведения (сведения, для сведения) и идентификация врача, выдавшего справку

Иванов Иван Иванович

101-11/1

101-11/1



Иванов Иван Иванович

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Ұйымның атауы
Наименование организации

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігінің м.а.2010 жылғы
«23» қарашадғы № 907 бұйрығымен бекітілген
№ 063/е нысаны медициналық куәаттама
Медицинская документация Форма № 063/у
утверждена приказом м.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

2020 жылғы (года) « » есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)

2. Туған күні (Дата рождения)

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт
көшесі (улицы) корпус пәтер(квартира)

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіпел/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация		10.06.20	0,5	0379B025	1 мм - 1 мм 3 мм
	қайта егу ревакцинация					3 мм - 1 мм 5 мм 6 мм - 1 мм 4 мм 1 мм - 1 мм 4 мм

Полиомиелитке қарсы екіпел/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
1. 10.06.20	10.06.20	0,5	10.06.20					
2. 10.06.20	10.06.20	0,5	10.06.20					

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіпел/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпелге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	1. 10.06.20	10.06.20	0,5	10.06.20	АКДС	+	у/с	
	2. 10.06.20	10.06.20	0,5	10.06.20	АКДС	+	у/с	
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына эритермен белгіленеді: АКДС - адсорбтелген, коклюштел - дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС - адсорбтелген дифтерия - сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД - адсорбтелген дифтерия анатоксині АС - адсорбтелген сіреспе анатоксині, К - коклюштел вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС - адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС М-анатоксин - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигена, АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе/Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		15.12.05	0,5	79003	Р.Г.С.	1/5	0/0	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Баека жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	15.12.05	15.12.05	0,5	79003	Р.Г.С.	1/5	0/0	
Қайта егу Ревакцинация	15.12.05	15.12.05	0,5	79003	Р.Г.С.	1/5	0/0	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қаладал (ауданынан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтамa беріледі.

Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.

Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка ЕЛЕУСИЗОВА МАНЗУРА БЕКБОЛАТОВНА

Дата рождения 23.09.2020

Пол ☐ мужской ☒ женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА:
О.ТАТЕУЛЫ, ДОМ: 2А 11661 87029588033 (мобильн)

Сведения о законных представителях:

Мать БЕГІМБАЙ ПЕРНЕГУЛ ДАНЫШПАНҚЫЗЫ

Поликлиника прикрепления ТОО "ТТ и К"

Группа крови III группа Резус-фактор +

Инвалидность Нет

Состоит ли ребенок на диспансерном учете ☐ да ☒ нет

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
10.2023	детский сад					

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия нет	Аллерген				Примечания
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза		

Лист 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК)*

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК
-------------------------	----------------------	----------------------------

«ТТ и К»

ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

Эпикриз

ОТБАСЫЛЫК МЕДИЦИНАЛЫК ОРТАЛЫҒЫ

Ребенок от II беременности, II родов.

Вес при рождении 3,500 кг, рост 54 см.

Рос и развивался соответственно по возрасту.

Осмотрен узкими специалистами.

Прививки по календарю.

На «Д» учете не состоит. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев - спокоен.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Тоны сердца ясное, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Сон и аппетит не нарушен.

Стул и диурез в норме.

Диагноз: Здоров (а)

Группа здоровья: II а

В школу/детский сад допускается

Эпид.состояние чистое

Врач

С. С. Муратова



Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Ұйымның атауы
Наименование организации

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
міндетін атқарушының 2020 жылғы «30» қазіргі №ҚР
ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065 е нысанды
медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 065/у утверждена
приказом исполняющего обязанности Министра
здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября
2020 года №ҚР -175/2020

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 20 жылы (года) « » _____ есепке алынған (введен на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения)

ДПО ЦМБ ТТК

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)

Сисусова Манжур

2. Туған күні (Дата рождения)

23.09.2020

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт
көшесі (улицы)

Д. Татевин 2А-61 үй (дом)

Шыр саты 386 кб75

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

84029588033

Туберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
		егу вакцинация	<u>24.09.2020</u>	<u>0,05 мл</u>	<u>0379</u>	<u>1мм - 5мм пат</u> <u>3мм - 5мм пусб</u>
		қайта егу ревакцинация				<u>6ммс - 5мм руб</u> <u>1мм - 5мм руб</u>

Полиомиелитке қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
<u>23.09.20</u>	<u>20.09.23</u>	<u>05C246V</u>		<u>13.05.24</u>	<u>W3C283V</u>			
<u>01В V4</u>	<u>26.09.23</u>	<u>20051M</u>	<u>1802P132</u>	<u>13.07.25</u>	<u>05C20543/11</u>			
<u>13.09.20</u>	<u>24.01.24</u>	<u>W00521M</u>						

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	<u>13.09.20</u>	<u>20.09.23</u>	<u>0,5</u>	<u>246V</u>	<u>Гексаксим</u>		<u>н/б</u>	
	<u>13.09.20</u>	<u>24.01.24</u>	<u>0,5</u>	<u>W00521M</u>	<u>Пентаксим</u>		<u>н/б</u>	
	<u>13.09.20</u>	<u>23.05.24</u>	<u>0,5</u>	<u>W3C283V</u>	<u>Гексаксим</u>			
Қайта егу Ревакцинация	<u>13.09.20</u>	<u>28.07.25</u>	<u>0,5</u>	<u>05C20543/11</u>	<u>Пентаксим</u>			

* Препараттар мына эриттермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, кокжотел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДс – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – кокжотел вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированный, коклюшно-дифтерийно – столбнячная вакцина, АДс – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный, анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы еске / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		23.09.2020	0,5	19004	ВМВ	нб	нб	
		30.05.23	0,5	2466	ВР.В ²	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация		23.09.2021	0,5	19004	ВМВ	нб	нб	
		23.09.2021	0,5	19004	ВМВ	нб	нб	

Паротитке қарсы еске / Прививка против паротита

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
		26.07.23	0,5	0181074А	нб	нб	

Қызылшаға қарсы еске / Прививка против кори

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
		26.07.23	0,5	0181074А	нб	нб	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы еске (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		30.05.23	0,5	2168	превексор	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация		26.07.23	0,5	2168	превексор	нб	нб	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу – профилактикалық ұйымда (ЕПУ) толтырылады

Қаладан (аудандан) көпке кезде қолына егілген туралы анықтамалар беріледі

Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта останется в организации

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан Ұйымының атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы «Ақтөбе облысы» Денсаулық сақтау басқармасының мемлекеттік мекенесінің шаруашылық жүргізу құқығында «№2 қалалық емханасы» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорнының Ақтөбе қаласы, Ахтанов көшесі, 50	КУЖОК бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 026/е нысандағы медициналық құжаттама Медицинская документация форма № 026/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907
--	--	--

БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ

(Мектеп, мектеп-интернат, балалар үйі, бала бақша, бүлдіршіндер бақшасы үшін)
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА

(для школы, школы-интерната, детского дома, детского сада, яслей-сада)

Сынып	Класс	АЛЛЕРГИЯ (егуге, дәрілік, аллергиялық)
Топ	Жыл сайын толтырылады	
группа	заполняется ежегодно	

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество ребенка) Алейкерген Рәтмис
Туган күні (Дата рождения) 20.03.20 Жынысы (ер, әйел) (Пол (муж, жен)) ер
Мекенжайы (Адрес места жительства) г.с. Акмола - Южная - 38-243
Телефон 81025460094
Қызмет көрсететін емхананың (Обслуживающая поликлиника) № _____
Телефон _____
Ата-анасы туралы мәлімет (Сведения о родителях) _____

	Туған жылы год рождения	Білімі образование	Жұмыс орны место работы	телефон
анасы (мать)	1994	с.с. с.с.	-	
і (отец)	1989	с.с. с.с.	-	

а) баспана-тұрмыстық жағдайлары (жилищно-бытовые условия) удовлет
б) отбасылық сыртартпасы (семейный анамнез) не отмечено

МЕКТЕПТЕН ТЫС САБАҚТАРЫ (ВНЕШКОЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ):

спорт (иә, жоқ, спорт түрі) (да, нет, вид спорта) _____
шет тіл (иә, жоқ) (иностраный язык (да, нет)) _____
музыка (иә, жоқ) (да, нет) _____
басқа сабақтары (другие занятия) _____

Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания)

Күні	Дата	Күні	Дата
Қызылша (корь)		Қызамық (краснуха)	
көк жәтел (коклюш)		жүкпалы гепатит (инфекционный гепатит)	
жәншау (скарлатина)		дизентерия	
күл ауруы (дифтерия)		іш сузегі (брюшной тиф)	
жел шешек (ветряная)		туберкулез	
жүкпалы паротит (инфекционный паротит)		ревматизм	

Күні	Дата	Диагноз	Күні	Дата	Диагноз

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОПЕРАЦИОНАЛЬНЫХ (ТРАВМЫ, ОПЕРАЦИИ)

Күні	Дата	Диагноз

Ауруы бойы
Флюорографический (рентгеновский) зерттеулер деректері

Күні	Дата	Диагноз	с флюорографических (рентгеновских) исследований
Бастап	Дейін	Бастап	Дейін
(от)	(до)	(от)	(до)

ДИСТАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУЛАР ТУРАЛЫ МЕЛІМЕТТЕР (СВЕДЕНИЯ О ДИСТАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ)

Диагноз	Есепке алынған күні	Есептегі шарттар	Маманға келуін бақылау	Контроль посещения специализированного учреждения

ДЕТЕЛЬНИТІЗАЦИЯ

15.08.21 - <i>Исследован</i>	<i>30/08/21</i>								
15.08.21 - <i>Исследован</i>	<i>30/08/21</i>								
15.08.21 - <i>Исследован</i>	<i>30/08/21</i>								
15.08.21 - <i>Исследован</i>	<i>30/08/21</i>								
Күні	Дата	Тексерілген деректері	Усынастар	Рекомендация					
1	2	3							

Есепке алынған дистансерлік бақылаулар туралы (Для состоящих в поликлинике на дистансном наблюдении).

Күні	Дата	Тексерілген деректері	Усынастар	Рекомендация
1	2	3		

Зертханалық зерттеулер деректері

Эпикриз

Ребенок от 2 беременности от 3 срочных родов. Родился с весом 4300 г. Период новорожденности протекал без особенностей. Растет и развивается соответственно возрасту. Нервно-психическом, физическом развитии отстаёт. На дистансерном учёте не состоит. Привит по календарному плану. Из перенесённых заболеваний:

Осмотрен ушим специалистом. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, без болезненности. Стул и дефекация в норме.

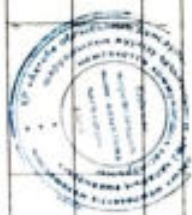
Диагноз

30/08/21

по ИБВДВ нет низкого веса, нет низкого роста, нет ИТР-по возрасту. Г. здоровья - *хорошо*



Күні	Дата				
Формула					



КАРТАСЫ

20 жылғы « »
 атауы

Түзді күні 20.03.2013 ЖСН

үйдегі корпус патер

Қызылжар ауданы туралы белгілер

Туберкулез ауруына қарсы екі	Тыған
------------------------------	-------

Түрлері	сынамалары нәтижесі	Туған жылы	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	қайшылықтар (күн, себебі)
егу						
вакцинация						
қайта егу						
ревакцинация						

Полномаселитке карсы екпе	Прививка протин полномаселитке	Сезимсы	Жасы
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

Күн	Сериясы	Жасы	Күн	Сериясы
23 XI 20	95с	РЗ8172V		
21 XII 20	96с	ЩАЮНН		
25 I 21	95с	ТЗ827H		

Құл көкжөтел, сіреспеге қарсы еkle

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	реакциясы		Медициналық қайшылықтар
					Жалпы (Т*)	Егілген жерде	
Егу	23.XI.20	0,5с	RK17W				
	21.XII.20	0,5с	MOA061W				
	25.01.21	0,5с	T30271V				
Қайта егу	15.04.22	0,5с	VOB501W				

* - препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбталған, көмектел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбталған дифтерия – сіреспе вакцинасы, АДК – М-анатоксин-адсорбталған дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында шипитен мөлшері азайтылған, АД – адсорбталған дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС – адсорбталған сіреспе анатоксині, К – көмектел вакцинасы.

Вирүсті гепатитке қарсы екпе

Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар
						Жалпы (Г*)	Егілген жерде	
Инфекция	12	23.11.20	0,5	РБС1721				
	13	25.11.20	0,5	РБС1721				
Қайтыс болу								
Ревакцинация								

ВРБ, 17.05.22 0,5с 201910062

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Туған Күн-Ай	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі		Медициналық қайшылықтар
				Жалпы (Г*)	Егілген жерде	

№ 063/е и. 4 беті
Стр. 4 ф. № 063/у

Қызылшаға қарсы екпе Прививка против кори

Туған Күн-Ай	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
СКН	27.05.21	0,5	0139N129A			

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі)
						Жалпы (Г*)	Егілген жерде	
Инфекция								
Қайтыс болу								
Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (пись)

Себебі (Причина)

Есептен шығарылған күні балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕГП) толтырылады.
Есептен шығарылған кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.
Есептен шығарылмай қалады.



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген №
027/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом
исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики
Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 13.01.2021

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №2" на праве
хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЖЕТКЕРГЕН ФАТИМА ЕРБОЛҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 20.03.2020

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Кызылординская, РАЙОН: Аральский, ГОРОД РАЙ.ЗНАЧ.: Аральск, УЛИЦА: Мамедова Маншук,
ДОМ: 19 *Маншук Мамедова көшесі 32/243*

5. Медицинское заключение:
эпид окр чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

НУРБАЕВА НҮРГҮЛ СӘРСЕНБЕКҚЫЗЫ

198162



енжа

Искане Харисов

Дата рождения 24.12.2000 Пол муж 48200
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях:

Мать: Плещова Виталия Генриховна
Отец: Ереванская Мария Семеновна
Поликлиника прикрепления № 11

Поликлиника прикрепления СКП ПН

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) группа _____

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (код МКБ-10) * _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	
		Профиль	Климатическая зона

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача	его
от	до				
01.01	23.02.15		КД - 126 с/м		
			Эксп - 4/13/1		
			УФ п. 0,88		
			Ксент - 4/3/1		
			Тренин - 2/40/1		
			Сот - 8.000/2		
01.01	23.02.15		УФ - нечет		

Ревм - 1000
Делов - 100

Кам на 100 23.02.15 01.01

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	23.08.21
Рост	96 см
Вес	16 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	II A
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	Зот

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК) *

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

Эпикриз в ДДУ, школу
Дата 24.08.21
Ф.И.О. Мелик Харисов

Қазақстан Республикасы

"Ақтөбе теміржол ауруханасы"

Жауапкершілік шарттары мен ережелері туралы біліктілігі

Вес 16 кг

Рост 96 см

Ребенок от ___ доношенной беременности, ___ срочных родов.

Родился весом ____, рост ____ см, крик сразу. П-д

новорожденности без особенностей. Растет и развивается

соответственно возрасту. От сверстников не отстает ____.

Привит согласно плану _____. Наследственность и

аллергоанамнез не отягощен _____. На «Д»

учете не состоит, состоит Д/З _____. Жалоб нет.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые,

обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы

не увел. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий безболезненный.

Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме

Диагноз Здоров

Группа зд. 3 В

Физ.разв. нормальное

Физ. гр. ослаблен

Рекомендовано:

1. Режим
2. Сбалансированное питание
3. Витаминотерапия
4. Профилактика простудных заб.
5. Закаливание, массаж
6. Прогулка на свежем воздухе
7. _____

Эпид. окружение чистое

Педиатр: Степанов В. Г.

АНЫКТАМА
ҚАҒАЗЫНА
Долускает
в ДДУ



Қазақстан Республикасы
"Ақтөбе теміржол ауруханасы"
Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 24.07.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью "Актюбинская железнодорожная больница"

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ИСЛАМ ХАДИША БАРАҚҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 04.12.2020

4. Мекен жайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: АКТӨБЕ.

5. Медицинское заключение:

Диагноз: Здорова

6. Рекомендации (при необходимости): Отр. Эпид. окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

БУЛЕКБАЕВА АЙША КАРТАНОВНА

1874717



Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Медициналық құжаттама	Код организации по ОКПО Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 063 / е нысаны
Республика Казахстан Уйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 063 / у Утверждена приказом м.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

ВА-Вхмф-2
м.б. 23.11.20.

Профилактикалық екепелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

ЖК: 83676

87782 988464

2020 жылғы (года) «06» 12 есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Шамал Жағиша

2. Туған күні (Дата рождения) 04.12.2020

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес, населенный пункт) Астана көшесі (улица)

Байтұрған үй(дом) корпус 9 пәтер(квартира) 15

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Б-2. О.м. Д.А. - 16А

Жуыттал 1-2.

8-775-699-4823

м.б. АЗФБ-20.

Дата	Доза	ру	Зав	Конт	Срок	серия	Резул
ка	изг	ном	год				ьтат
15.09.2020	0.5	1612	02	А	-	Вхмф	

Дата	до	Срок	сер	резул
за	годн	ия	ьтат	
06.12.2020	0.05	03-06.2021	02	Вхмф

Медициналық қайшылықтар
(күні, себебі)
Медицинский отвод
(дата, причина)
02.12.2020
3 аяғ м.б. 23.11.20.
Вайт. м.б. 23.11.20.
12.01.2021

Полномочията қарсы екіле
Прививка против полиомелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
04.12.2020	07.04.2021	021172V	10 ай	04.12.2020	021172V	10 ай	04.12.2020	021172V
04.12.2020	18.07.2021	021172V	18 ай	04.12.2020	021172V	18 ай	04.12.2020	021172V
04.12.2020	02.08.2021	021172V	2 ай	04.12.2020	021172V	2 ай	04.12.2020	021172V

Құл, көкжөтел, сіреспе қарсы екіле
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
04.12.2020	07.04.2021	0.5	021172V	Имовакс	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
04.12.2020	18.07.2021	0.5	021172V	Имовакс	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
04.12.2020	02.08.2021	0.5	021172V	Имовакс	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АДДС – адсорбцияланған, қажеттел – дифтерия сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбцияланған дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М анатоксин адсорбцияланған дифтерия сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған, АД – адсорбцияланған дифтерия анатоксині АС – адсорбцияланған сіреспе анатоксині, К – қажеттел вакцинасы.

* Препаратты белгілеу тәсілі: АДДС – адсорбцияланған, қажеттел-дифтерия-сіреспе вакцина, АДС – адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС-М анатоксин – адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині сәл азайтылған, АД – адсорбцияланған дифтерия анатоксині, АС – адсорбцияланған сіреспе анатоксині, К – қажеттел вакцина.

Вирусты гепатитке қарсы еkle
Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	X	06.12.2020	0,5	19004	губаке	нб	нб	
		04.01.21	0,5	231720	губаке	нб	нб	
		22.03.21	0,5	130591	губаке	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация		22.07.21	0,5	202205034	губаке	нб	нб	
		22.08.21	0,5	202205034	губаке	нб	нб	

Паротитке қарсы еkle
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	07.04.21	0,5	02.05.92	нб	нб	

Қызылшаға қарсы еkle
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	07.04.21	0,5	02.05.92	нб	нб	
	05.07.21	0,5	0133	нб	нб	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы еkle
(Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____
Себебі (Причина) _____

Қолы (Подпись) _____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады.
Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.
Карта ұйымда қалады.
Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.
В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.
Карта остается в организации.

07 01. 06. 2020



Қазақстан Республикасы
енсаулық сақтау министрі
жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына
қосымша
Форма № 052-2/у

иклиника №7» на ПХВ

Бала денсаулы

Паспорт здо

ШДЖК «№ 7 Қалалық емхана» МКК

1. Жалпы срежелер / Общие положения

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) / Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Менің Досым Мурзабеков

Жынысы / Пол *малалык*

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы) / Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) С/К Ақтөбесіміздің №2

с/к Аксубаево т-26

Заңды өкілдер туралы мәліметтер / Сведения о законных представителях:

Имя: Баштабаев Азатбек Батыржанович
 Фамилия: Саманов Муратбек Маманович
 Түркеу емханасы / Поликлиника прикрепления

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления

Қан тобы / Группа крови	Резус-факторы / Резус-фактор
-------------------------	------------------------------

Мүтедектік (иә / жоқ) / Инвалидность (да / нет) нет топ / группа

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ) / Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да / нет) нет

Диагноз (АХЖ-10 коды)*/Диагноз (код МКБ-10)*

Диспансерлік есепке алу күні/Дата взятия на диспансерный учет

* B20-B24, F00-F99 диагноздарды коспаганда/*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Кесте / Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы / Характеристика организаций

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	Ұйымдар сипаттамасы / Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру / Среднего общего образования		Интернат үлгісіндегі ұйымның / Организация интернатного типа	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

20.06.2024.

перчат - жаров

хирчир - Денис

неврологтар - жаров

лар - жаров

ошунда - жаров

логонер - Озжолдас

стандарттар - жаров

психика - Денис

"Актөбө облусунун
денгээлүүлүк сактау баскармасы"
мамлекеттик мекемесинин шаруашылык
жүргүзүү кукконундагы
калгандык сыйлаштыруу

ОАК 01.06.2024 кв 1172

жрн 4,3, иеги 5,3, трава
соз-3мм. 257,3

ОАК 01.06.2024 без

поясанын, белен-те

уш бее 1015, иеги 1-2

сочнед на 2мм 01.06.2024
от ризотально

20.06.2024

Эпикриз

Ребенок оформляется в д/с.
Жалоб нет. Ребенок от II беременности, II
родов, родился весом 3000 гр, длиной 54
см. Закричал сразу. Привит согласно
календарю. На «Д» учете у невропатолога
не состоит. Осмотрен узкими
специалистами, патологий нет.

Обследовано: ОАК, ОАМ, соскоб на я/г
без патологии. Состояние
удовлетворительное. Кожа чистая. Зев
спокойный. В легких везикулярное
дыхание, сердечные тоны ясные,
ритмичные. Живот мягкий, без
болезненный

Физ оправление в норме.

Диагноз: здоров

г.р. 28 I г.р

ФР - нормосаенич

КГР - соответствующ
возрасту

Вр: 28.06



№ 142

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
«Ақтобе медициналық
орталығы» (Aktoobe medical center) МКК
Наименование организации
ГКП «Актюбинский медицинский центр»
(Aktoobe medical center) на ПХВ

ҚҰЛЖ бейнеленген
Код организации

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
2010 жылғы «23» қарашадағы
№ 907 бұйрығымен бекітілген
№ 063 / е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация
Форма № 063 / у
Утверждена приказом и.о. Министра
Здравоохранения Республики Казахстан
«23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА

профилактических прививок
есепке алынды (взята на учет)

2020 жылғы (года) « 04 »

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Моман Рохмарган
2. Туган күні (Дата рождения) 26.04.2020 Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт)
көшесі (улицы) С/К М.А.Жұмабаев корпус
1 үй(дом) 26 57082146331
пәтер(квартира)
Мекенжайы ауысқан туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіпелердің
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезге пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский от- вод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу бұры вакцинация	26.04.20	27.04 2020	0,05 ^{мл}	1651	10-115 үшпелі 11-115 үшпелі 3-115 үшпелі 6-115 үшпелі 12-115 үшпелі
	қайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екіпелердің
Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия

Құл, қожотел, сіреспеге қарсы екіпелердің
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препара- тының атауы Наименование препарата	Екіпелерге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицина- лық қайшылық- тар Медицин- ский от- вод
						Қалпы (Т*) Общий (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

- Препараттар мына эритермен белгіленеді: АКДС – адсорбцияланған коклюштық дифтерия сиректе анатоксин, АДС – адсорбцияланған дифтерия сиректе анатоксин, АДС-М – адсорбцияланған дифтерия сиректе анатоксин, К – коклюштық анатоксин, АДС-М – адсорбцияланған дифтерия сиректе анатоксин, К – коклюштық анатоксин, АДС-М – адсорбцияланған дифтерия сиректе анатоксин, К – коклюштық анатоксин, АДС-М – адсорбцияланған дифтерия сиректе анатоксин, К – коклюштық анатоксин.
- Препараттың атауы: АКДС – адсорбцияланған коклюштық дифтерия сиректе анатоксин, АДС – адсорбцияланған дифтерия сиректе анатоксин, АДС-М – адсорбцияланған дифтерия сиректе анатоксин, К – коклюштық анатоксин, АДС-М – адсорбцияланған дифтерия сиректе анатоксин, К – коклюштық анатоксин.

Виртуальное карточное
Прививка против кори и паротита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	26.04.2020		0,5/1,9/0,3		ВГВ,	КД	КД	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Ескерту: шығарылу күні (Дата выдачи)

Колон (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы ерлікке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады.

Қалайша (куда) қоныс келсе қоныс етілуі туралы анықтам беріледі.

Карта ұйымда қалай.

Карта заливается в детский лечебно-профилактический организации (ФАП) при изъятии ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ
(ОКУД бойынша кодтың нысаны 026/у-3)
ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА
(Код формы по ОКУД - 026/у-3)

1. БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ / ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

Баланың аты-жөні, әкесінің аты/Ф.И.О. ребенка Мұстафа Назарбе Есенжановна
 Ұлты/Национальность _____ Туған күні/Дата рождения 27.03.2020
 Жынысы: ер/ейел (қажеттісінің астын сызу керек)
 Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
 Мекен-жайы (немесе интернат мекемесінің мекен-жайы) / Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Батлы 2 87/4 кв 11
 Телефон (тұрғылықты орны) Телефон (мекен жайы) _____
 Қызмет көрсететін емхана/Обслуживающая поликлиника _____
 _____ телефон (мед/ұйым.) телефон (мед/орг.) _____
 Қанның тобы/Группа крови _____ Резус-фактор _____ Мүгедектік/Инвалидность _____

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру Среднего общего образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное
Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ (жалғасы) / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ (продолжение)					
	Кәсіби білім беру Профессионального		Мектеп-интернат Школа-интернат		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

Қолайсыз кәсіби-өндірістік факторлар / Неблагоприятные профессионально-производственные факторы _____

(кәсіби білім беру ұйымдары үшін, нешінші жылдан бастап
для организаций профессионального образования, с какого года)

Аллергия

7. ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУДА ТҮРҒАНДАР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТ
СВЕДЕНИЯ О НАХОДЯЩИХСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Маман Специалист	Есепке алын- ған күн Дата взятия на учет	Маманға келуін бақылау Контроль посещения специалиста								Есептен шығарыл- ған күні Дата снятия с учета
Диагноз		белгілен- ген назначено	келуі явқа	белгілен- ген назначено	келуі явқа	белгілен- ген назначено	келуі явқа	белгілен- ген назначено	Себебі Причина	

8. ЖОСПАРЛЫ ТЕРЕҢДЕТІЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУ МӘЛІМЕТТЕРІ
ДАННЫЕ ПЛАНОВЫХ УГЛУБЛЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

1 жастан - 3 жасқа дейін / В возрасте от 1-3 лет

Параметрлері Параметры	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 года	3 жаста в 3 года
Тексеру күні Дата обследования		19.11.12	
Баланың жасы (тексерген кездегі) Возраст ребенка (на момент осмотра)		2 жас - 5 ас.	
Бейі/Рост		95	
Салмағы/Вес		12 кг	
Шағымы/Жалобы		ӘББ	
Мамандардың тексеруі / Осмотры специалистов			
Педиатр		Д.С. Қытайба	
Хирург (ортопед)		Ибраһимов	
Невропатолог (1 жаста) / (в 1 год)		Д.С. Қытайба	
Отоларинголог		Д.С. Қытайба	
Офтальмолог		Д.С. Қытайба	
Логопед (3 жастан бастап) / (с 3-х лет)		Д.С. Қытайба	
Стоматолог (жыл сайын) / (ежегодно)		Д.С. Қытайба	
Өзге де мамандар Другие специалисты			
Зертханалық мәлімет- тері (қанның жалпы ана- лизі, ішек құрт қабыршақ- тарына нәсеп, нәжіс анализі) / Лаборатор- ные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)			

Қорытынды диагноз (оның ішінде негізі, ілеспелі аурулар) Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Зрелая	
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития	норм по возр	
Жүйке-психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития	сред ср	
Денсаулық тобы Группа здоровья	I	
Ұсынымдар (сауығу, режім, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу, білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования)	Одним ребенком	
Дәрігер педиатрдың қолы Подпись врача педиатра		

5-7 жаста (мектепке барар алдында) / В возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметрлері Параметры	5 жаста в 5 лет	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста) За 1 год до школы (в 6 лет)	Мектепке барар алдында (7 жаста) Перед школой (в 7 лет)
Тексеру күні Дата обследования			
Баланың жасы (тексерген кездегі) Возраст ребенка (на момент осмотра)			
Бойы/Рост			
Салмағы/Вес			
Шағымы/Жалобы			
Мамандардың тексеруі / Осмотры специалистов			
Педиатр (оның ішінде ЖЮК минутына 7 жастан АҚ - 3 рет) (в т.ч. ЧСС в минуту Артериальное давление (далее - АД) с 7 лет - 3 раза)			

Мені

Ваше і всі сумніви,
ваші роздуми.
Потім ще - знав,
що я - був.
Всяка справа
чужою мені
Буде, коли мені
немає нічого
у душі.
Ваше вірненьке
серце буде
ваше місце
в душі, і ви
будете
у душі мені
близько

Др. Костюк

Ваше
Ваше
Ваше
Ваше



Ваше

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы
«23» қарашадғы № 907 бұйрығымен бекітілген
№ 063/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 063/у
утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20__ жылғы (года) «__» _____ есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Мухтар Назерке Сечпановна

2. Туған күні (Дата рождения) 27.03.2020

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт
көшесі (улица) 100 Ташкент үй(дом) 100 корпус 100 пәтер(квартира)

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные сыналы нәтижесі результат	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық кайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
ту вакцинал кайта егу ревакцинация	27.03.20	27.03.20	0,5	1651	1. 100% 3. 100% 100% 100% 100% 100%

Полиомиелитке қарсы екпе/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
24.09.20	24.09.20	Р344764	24.09.20	17.09.20	17.09.20	17.09.20	17.09.20	17.09.20
27.11.20	27.11.20	1001014	27.11.20	27.11.20	27.11.20	27.11.20	27.11.20	27.11.20
26.01.21	26.01.21	Р344764	26.01.21	26.01.21	26.01.21	26.01.21	26.01.21	26.01.21

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	24.09.20	24.09.20	0,5	Р344764	100% 100% 100%	100%	100%	
	27.11.20	27.11.20	0,5	1001014	100% 100% 100%	100%	100%	
	26.01.21	26.01.21	0,5	Р344764	100% 100% 100%	100%	100%	
Қайта егу Ревакцинация	16.04.22	16.04.22	0,5	1001014	100% 100% 100%	100%	100%	

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжотел – дифтерия-сіреспе вакцины, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген молшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – көкжотел вакцинысы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусгі гепатитке қарсы екпе/Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	09.08.85	27.03.86	0,5	19006	М.Р.1	нб	нб	
		24.09.86	0,5	Р304786	15.15.2	нб	нб	
		21.01.87	0,5	Р321786	15.15.2			
Қайта егу Ревакцинация	16.04.88	0,5	20191014	В.Г.А.1		нб	нб	

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	21.01.85	0,5	0139N123			

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
12.12.85	15.05.86	0,5	01591125			

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		24.09.86	0,5	С15468	Ливекс-01	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация		28.05.88	0,5	С5466	Ливекс-02	нб	нб	
		29.12.88	0,5	ЕКВР30	Ливекс-02	нб	нб	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің
Міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР
ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысандағы
Медицинская документация форма № 027/у утверждена
приказом исполняющего обязанности Министра
здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября

Форма № 027/у

СПРАВКА О наличии медицинских показаний для проведения тех или иных методов обследования, лечения, санаторно-курортного
лечения, для занятий спортом, посещения бассейна

СПРАВКА

Дата выдачи 14.02.2023

Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №5" на праве
хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актобынской области

2. Пациенттің тең, аты, әжесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Мұқтар Назерке Есенжановна
3. Туған күні (Дата рождения): 27.03.2020г

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, АКТЮБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ: Батыс- 2, 8Г- 4 кв 11

5. Медицинское заключение: Здорова

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид. окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

Врач: Алмаханова Ж.А

Мәріп
(Печатъ)

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

I. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Сағиштай Ахмет Азаматұлы

ИИН

200 403 502 100

Дата рождения

03.04.2020

Пол

муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Батыс 2 кенті Орта 45 е

Сведения о законных представителях:

Мать: Баурова Асия 1995 Отец: Сәдуақасов Азамат 1988 перт
№61см - перт

Поликлиника прикрепления

Группа крови — Резус-
фактор —

Инвалидность (да/нет) нет
группа

Состоит ли ребенок на диспансерном учете
(да/нет) нет

Диагноз (код МКБ-10)* здоров

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99



Жоспарлы тереулетірінен медициналық тексеру мәліметтері 5-7 жаста

Приложение к форме №052-2/у

ШЖБ «Астана қаласының денсаулық сақтау басқармасы» (Мекеніне бағар алынды)

Тексеру күні/Дата обследования: 08.01.24

Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования: 6 жаста

Баланың бойы/Рост: 101 см

Баланың салмағы/Вес: 15 кг

Шалғамы/Жалбыра: 101 см

Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистами:

Педиатр: [Signature]

Хирург орталық: [Signature]

Офтальмолог: [Signature]

Невролог: [Signature]

Стоматолог: [Signature]

Өзге де мамандар/Другие спец.: [Signature]

Зертханалық мәліметтер (қананың жалпы анализі, ішек күрт қалбырақтарына несеп, нәзік): [Signature]

Лабораториялық деректер (общий анализ крови, моча, кал на анализ): [Signature]

Қорытынды диагноз/Заключительный диагноз: [Signature]

Табиги дамуын бағалау/Оценка физического развития: [Signature]

Жүйесіне медициналық дамуын бағалау/Оценка НТР: [Signature]

Денсаулық тобы/Группы здоровья: [Signature]

Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ/Медицинская группа для занятий физкультурой: [Signature]

Спортпен баулық немесе спорттық бағын айналысуға ұсынымдар/Рекомендации к занятиям спортом, баулықпен немесе табиғи:

Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жамы және тусты типінегізді басқару беру мекеніне тусты баланың жамы мақсаты мақсәт және басқару) Рекомендации (одолорланған, режим, питание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов Копия/Подпись: [Signature]

ШЖБ «Астана қаласының денсаулық сақтау басқармасы» (Мекеніне бағар алынды)

Тексеру күні/Дата обследования: 08.01.24

Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования: 6 жаста

Баланың бойы/Рост: 101 см

Баланың салмағы/Вес: 15 кг

Шалғамы/Жалбыра: 101 см

Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистами:

Педиатр: [Signature]

Хирург орталық: [Signature]

Офтальмолог: [Signature]

Невролог: [Signature]

Стоматолог: [Signature]

Өзге де мамандар/Другие спец.: [Signature]

Зертханалық мәліметтер (қананың жалпы анализі, ішек күрт қалбырақтарына несеп, нәзік): [Signature]

Лабораториялық деректер (общий анализ крови, моча, кал на анализ): [Signature]

Қорытынды диагноз/Заключительный диагноз: [Signature]

Табиги дамуын бағалау/Оценка физического развития: [Signature]

Жүйесіне медициналық дамуын бағалау/Оценка НТР: [Signature]

Денсаулық тобы/Группы здоровья: [Signature]

Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ/Медицинская группа для занятий физкультурой: [Signature]

Спортпен баулық немесе спорттық бағын айналысуға ұсынымдар/Рекомендации к занятиям спортом, баулықпен немесе табиғи:

Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жамы және тусты типінегізді басқару беру мекеніне тусты баланың жамы мақсаты мақсәт және басқару) Рекомендации (одолорланған, режим, питание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов Копия/Подпись: [Signature]

© 2012 РТІІІІ ШЖБ «Астана қаласының денсаулық сақтау басқармасы» (Мекеніне бағар алынды)

Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистами:

Педиатр: [Signature]

Хирург орталық: [Signature]

Офтальмолог: [Signature]

ШЖК «№6 Қалалық емхана» МКК
ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің аттестацияланған 2020 жылғы 10-таңдағы № 027/у-20-01-000000-000000 Декретпен № 027-е нысанды медициналық сұрастыру
Медициналық документация формаларының утв. № 027/у-20-01-000000-000000 исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175-2020

Форма № 027/у
СПРАВКА

Дата выдачи 09.08.2024.
Уйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №6" на праве
хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актобинской области

2. Пациенттің тең, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Сарымбай Ахмет Азаматұлы.

3. Туған күні (Дата рождения): 03.04.2020

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА, Казахстан, ОБЛАСТЬ, Актобинская Атың Орта 45а

5. Медицинское заключение:

Диагноз : Здоров. Кап от 08.08.2024 отр

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку. Гр217348

Ералы Ануыр Болатаев



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің мжідетін атқарушының 2020 жылғы «30» қазандағы №КР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация «Форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года №КР -175/2020

**Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы

(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)

2. Туған күні (Дата рождения)

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт

көшесі (улица)

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіпел/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
		егу вакцинация	03.04.20	06.04.20	2,05	165-1
		қайта егу ревакцинация				

Полиомиелитке қарсы екіпел / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V ₁	15.10.20	05	03.34.20					
V ₂	30.11.20	05	04.10.21					
V ₃	11.03.21	05	04.11					

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіпел/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпелге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V ₁	15.10.20	0,5	03.34.20	Дифтерия + КК + АС	165	00	
	V ₂	30.11.20	0,5	04.10.21	Дифтерия + КК + АС	165	00	
	V ₃	11.03.21	0,5	04.11	Дифтерия + КК + АС	165	00	
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына эриптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, кокжетел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – кокжетел вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно – столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов. АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный, анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		03.04.10	0,5	1902	ВЗБ	неб	неб	
	V ₁	15.10.09	0,5	03.342V				
	V ₂	04.03.11	0,5	2416				
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V ₁	15.10.09	0,5	6182	прививка	неб	неб	
Қайта егу Ревакцинация	V ₂	30.10.09	0,5	6183	прививка	неб	неб	
	V ₃	11.03.10	0,5	6182	прививка	неб	неб	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Себебі (Причина)

Қолы (Подпись)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу – профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады.
Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілген туралы анықтама беріледі.
Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.
В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.
Карта останется в организации.



Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Батмисов Мухаммед - Али

Дата рождения 21.08.2021

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Батмисов 98-147

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ГПНЧ

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____

Диагноз (код МКБ- 10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет не состоит

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Эпикриз

Ребенок от 1 беременности. от 1 срочных родов.
Вес 3200 рост 54. Рос(ла) и развиваль(ся) соответствен
но возрасту. Прививки по календарю (по индивидуальному
графику) Инфекционными заболеваниями болел (не болел)

На Д учете состоит (не состоит) не состоит

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Зев спокоен.

Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы
не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов
нет. Соч-тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, без
болезненный. Стул и диурез в норме.

Д/з-Здоров
Гр.зд-зд
Ф.р.--середний
Ф.гр.--основные
НПР-ИЧ

Школу посещать может

Вр:



Түр оқу және
жесте

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	16.08.2024
Рост	110 см
Вес	16500
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	II
Медицинская группа для занятий физической культурой	посещать спортосибие
Рекомендации	посещать ДДУ

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК) *

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК
—	—	—
—	—	—

* при наличии



Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № КР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанда медициналық жұжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 17.10.2024

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актобинской области

2. Пациенттің тең, аты, ежесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациент: Сатыбалды Мұхаммед Әли
3. Туған күні (Дата рождения): 21.08.2020

4. Мекенжайы (Адрес): Республика Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД Актобе Батыс 2 дом 96 кв 147

Медицинское заключение. посещать может детский сад

Әйелі оқуға негізінде.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

Врач Исанова М.Е.



(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазындағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 063/е нысандағы медициналық құжаттың
Ұйымның атауы Наименование организации ГПН "Городская поликлиника №4" на ПХВ ГУ УЗ Актобинской области	Медициналық документация форма № 063/у ұсынылған приложением исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "0" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық екшелердің картасы"
 №063/е нысан

2020 жылғы (год) 24 август сәтінде ашылды (взят на учет)
 Ұйымдастырылған балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Сатпабаев Мухомед Әли
 2. Туған күні (Дата рождения) 21.08.2020 3. ЖСН (Индивидуальный идентификационный номер)

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД
 ОБЛЗНАЧ: Актобе Батыс 2 95 кв 147

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе

Туберкулез сынамалары		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Туберкулезные пробы	нәтижесі результат						
күні дата							
			21.08.2021	22.08.20	9,0,05	0379	1см - поз.чм
							2см - поз.чм
							6см - поз.чм
							12см - поз.чм

Полноценлықке қарсы екпе

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V ₄	11.08.22	222 260	45					
V ₁	17.08.2023	05 229	45					
V ₂	15.2.2024	05 408511	45					

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Г°)	Местная	
V ₁	21.08.20	05	U3N229	Абдири + КДР + ММ + 181732	45	45	
V ₂	15.2.24	05	408511	Абдири + КДР + ММ	45	45	

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т°)	Местная	
V1	21.08.20	0,5	19003	BГВ	ИУБ	ИУБ	
V2	17.9.23	0,5	V3N2294	Адкес-100L ИКА-181B2	ИУБ	ИУБ	
BГВ	15.8.24	0,5	202209013	BГВ	ИУБ	ИУБ	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Доза	Серия	Екіге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
			Общая (Т°)	Местная	
10.мел 07.04.22	0,5	0130N108A	ИУБ	ИУБ	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т°)	Местная	
10.мел	07.04.22	0,5	0130N108	ИУБ	ИУБ	

Прививка против кори Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинация	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
							Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
V1	10.мел	07.04.22	0,5	ET 6181	превенд 13		ИУБ	ИУБ	

Айтып шығарылған күні (Дата снятия с учета)
Себебі (Причина)

Қолы (Подпись)

«ТТ и К»
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

Приложение к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года №173

Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Талла Кайрат Курбаханов

ИИН 100927654456

Дата рождения 27.09.2020

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Ташкент 4-119

Сведения о законных представителях:

Бикматов О. А. 15.11.90 8776-136-09-90
А. Курбаханов

Поликлиника прикрепления К/М, ТТ и К

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) нет

Диагноз (код МКБ- 10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Приложение к форме №052-2/у
Жоспарлары тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері
Данные плановых углубленных медицинских осмотров
1 жасан – 3 жасқа дейін В возрасте 1-3 лет

Параметр/Тексеру	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 год	3 жаста в 3 год	4 жас В 4 год
Тексеру күні/Дата обследования				19.08.25
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)				4 жасы
Бойы/Рост				117
Салмағы/Вес				20.0
Шағымы/Жалобы				Көм
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов				
✓ Педиатр				
✓ Хирург (ортопед)	19.08.2025			
✓ Офтальмолог				
✓ Отоларинголог	20.08.2025			
✓ Невропатолог	20.08.25			
✓ Стоматолог				
Өзге де мамандар Другие специалисты	Тимонин			
Зертханалық мәліметтер(қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови , анализ мочи, кал на яйца глист)				
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз				
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития				Здоров
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития				по возрасту
Денсаулық тобы Группа здоровья				по возрасту
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білдім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов , учреждение с повышенным содержанием образования)				ПП ЗОН
Қолы/Подпись				

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	20.08.23
Рост	117
Вес	22,0
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоровы
Группа здоровья	1 А
Медицинская группа для занятий физической культурой	301 177
Рекомендации	общее

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК) *

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

* при наличии



ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕТЕЛҮЛІ СЕРТИКАТ

«ТТИК»

ТОВАРИШЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

Специализированная организация по оказанию офтальмологической помощи населению

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің министрлік ақпаратталған
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бақыланған № 027-е
нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполнительного
обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября
2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 20.08.2025

Учреждения атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью ТТИК

2. Пациенттің төгі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента):

ТЛЕКАБЫЛ НУРБАҚЫТ СУЛТАНҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 27.09.2020

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, ПРОСПЕКТ: Тауелсіздік, ДОМ: 4

5. Медицинское заключение:

Ребенок был на приеме и осмотрен врачом: Зарова. Картина не обнаружена. Эпид. окружение чистое. Допускается в ДДУ

6. Рекомендации (при необходимости):

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификационный номер врача, выдавшего справку:

АХМЕТШИНА НУРГУЛЬ МАКСУТОВНА

245985

specimens 211123
2 trees

20 10 жылы (года) « 01 » 12 _____ өсіпке алынды (ізят на учет)

Тема на реферата

- Пискарьовс Курбадот

үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____
Т.б. _____

номер (Отметки о переменном адресе)
40-32

	дата	результат	рождения	Дата	Доля	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
№ 09	24.07.01	04032023	егу				- крсс
И.	ар. Россия	пр. - сс	вакцинация	11.09.2021	8.09.20	005 В/ж с 03796085	Знак - красн. белоснег. цвет
		кайта егу					
		регистрация					руко-белоснег

Полисмыслитке карам екле/Привиз ва протна подвоиналгити

Подполномочитке кырым өкмөтүПринципты против подполномочитке								
Тууан жылды Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жашы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жашы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
27.10.20	07.02.20	30042		10.12.20	210	18000		
27.10.20	18.12.20	100001		27.10.20	210	95	100001	
27.10.20	09.12.20	30041						

Куд, коксител, сірчаного кислу есен/Принципи протин дифтерии, коклюша, столбняку*

[illegible][illegible]

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны
Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Жалпы ережелер/Общие положения

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)/Фамилия, имя, отчество (при его

мн Дастанқожа

Туған күні / Дата рождения 28.11.20 Жынысы / Пол жен

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы)/Домашний
адрес (или адрес организации интернатного типа)

Богенбай бағар 32 - 241

Заңды өкілдер туралы мәліметтер:/Сведения о законных представит

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления

гпЗ

Қан тобы / Группа крови _____ Резус-фактор _____

Мүгедектік (иә / жоқ) топ / Инвалидность (да/нет) группа _____

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ)/Состоит ли ребенок на диспансерном
учете (да/нет) _____ Диагноз (АХЖ-10 коды /код МКБ-10) * _____

Диспансерлік есепке алу күні / Дата взятия на диспансерный учет _____



Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы/Характеристика организаций

Түсу айы, жылы /Месяц, год поступл ения	Ұйымдардың сипаттамасы /Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі/Дошкoльная организация		Жалпы орта білім беру ұйымы /Организация среднего образования		Интернат үлгісіндегі ұйымы /Организация интернатного типа	
	Жалпы Общая	Түзету Коррекцио нная	Жалпы Общая	Түзету Коррекцион ная	Жалпы/ Общая	Түзету Коррекционная

Таблица 5. Санаторлық-курорттық (және оған теңестірілген) емдеу туралы мәліметтер
Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Күн/Дата	Диагноз (АХЖ-10 коды/код МКБ-10)	Ұйым/Учреждение	Климаттық аймақ Климатическая зона
		Бейін/Профиль	

Таблица 6. Соңғы күнтізбелік жылдағы еңбекке уақытша жарамсыздық туралы
Мәліметтер/Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Анықтама берілген күні/Дата выдачи справки		Диагноз (АХЖ-10 коды/код МКБ-10)	Анықтама берген медициналық ұйым/Медицинская организация, выдавшая справку	Дәрігердің ТӘЖ Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача
Бастап/от	дейін/ до			

	Күн/Дата	Қорытынды Заключение
Педиатр	22.08.2025	Здорова
Хирург	22.08.25	Всё хорошо
Офтальмолог	22.08.25	Всё хорошо
Отоларинголог	22.08.2025	Всё хорошо
Невропатолог	22.08.25	Всё хорошо
Стоматолог	22.08.25	Всё хорошо
ЖҚА/ОАК	22.08.25	НБ - 121, лейко - 6,3, СОЭ - 5
ЖЗА/ОАМ	22.08.25	Без патолог.

027027Таблица 7. Соңғы күнтізбелік жылдағы профилактикалық тексерулер туралы
Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год.*

Параметрлер/Параметры	Ағымдағы жасқа арналған соңғы күнтізбелі жылдағы профилактикалық қарап- тексерулер туралы мәліметтер/Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Зерттеп-қарау күні/Дата обследования	22.08.2024
Бойы/Рост	100 см
Салмақ/Вес	15 кг
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі және ілеспе аурулар)/Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Денсаулық тобы/Группа здоровья	I
Дене шынықтыру сабақтар үшін медициналық тобы/Медицинская группа для занятий физической культурой	свободна
Ұсыныстар/Рекомендации	догу нестурал және

* Жүргізілген өзекті профилактикалық қарап тексерулер туралы мәліметтер
болмаған жағдайда баланың тіркелген жері бойынша емханаға жүгіну ұсынылады./П
отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах
рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Психологиялық-медициналық-педагогикалық
консультацияна (бұдан әрі – ПМПК) жіберу туралы мәліметтер/Сведения о
направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК) *

ПМПК-ға жіберілген күні /Дата	Диагноз (АХЖ-10 код МКБ-10)	ПМПК өткендігі туралы белгі Отметка о прохождении ПМПК
		неделген
		неделген
		неделген

* болған жағдайда/при наличии

Эпикриз

Дата 22.08.2024

Рост 100 см

Вес 15 кг

Ребенок от 1 доношенной беременности 1 срочных родов.

Родился весом 3360, рост 53, крик сразу. Перинод
новорожденности без особенностей. Растет и развивается
соответственно по возрасту. От сверстников не

отстает. Привит согласно по

плану. Наследственность и аллергоанамнез не

отягощен. На «Д» учете не состоит, состоит

Д/з

Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы
чистые. Периферические лимфоузлы

. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичные, ясные.
Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Стул и диурез в норме.

Диагноз Звроба

Группа здр. I

Физ.разв. свбодна

Физ.гр. свбодна

Рекомендовано:

1. Режим

2. Обогатненное питание

3. Витаминотерапия Санавит

4. Профилактика простудных забол.

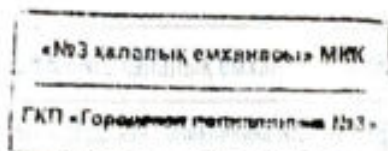
5. Закаливание, массаж

6. Прогулка на свежем воздухе

7. Гигиена

Эпид.окружение чистое

Педиатр:



№ КР ДСМ-175/2020
Қазақстан Республикасы сақтау министрінің
Міндеттерін атқарушы 2020 жылғы 30 қазаны
№ КР ДСМ-175/2020 Бұйрыққа 1-қосымша
Приложение 1 к приказу
Исполняющего обязанности Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 30 октября 2020 года
№ КР ДСМ-175/2020

Профилактикалық екепелерді картасы
КАРТА профилактических прививок

Форма № 065/е нысынды
Форма № 065/у

2020__ жылғы (года) « 01 » __ 12__ есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование
детского учреждения)

1 Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) УТКЕЛ

2 Ұылған күні (Дата рождения) 28.11.2020

3 Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес населенный пункт:) Г АҚТОБЕ

Көшесі (улица Бөкенбай батыр үй 32 пәтер (квартира) 241

Мекен жайы ауысқаны уралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екеп/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні,себебі) Медицинский отвод (дата,причина)	
Күні дата	Нәтижесі результат						
		Егу вакцинация	28.11.2020	30.11.2020	0,05	0379	1 мес-пап 4 мм
		Қайта егу ревакцинация					3 мес-пап 4 мм
							6 мес-рубчик 4 мм
							1 год-рубчик 4 мм

Полиомиелитке қарсы екеп/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V1	24.11.2020	0,5	В4	13.12.2021	2х 18000063			
V2	27.11.24	0,5	RV1					
V3	14.02.25	0,5						

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екеп/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екепке дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация	V1	24.11.24	0,5	В3С483V	пентаксим	н	н	
	V2	27.11.24	0,5	У0 А511М	пентаксим	н	н	
	V3	14.02.25	0,5	У3С461	пентаксим	н	н	
Қайта егу Ревакцинация	RV1	22.11.25	0,5	У0С431М	пентаксим			

*Препараттар мына әптермен белгіленеді: АҚДС-адсорбтелген, көкжөтел-дифтерия-сіреспе вакцинасы. АДС-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС-М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД-адсорбтелген дифтерия анатоксині, ВС-адсорбтелген сіреспе анатоксині, К-көкжөтел вакцинасы. Препарат обозначать буквами: АҚДС-адсорбированная, Коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина. АДС-адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин. АДС-м анатоксин-адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД-адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС-адсорбированный столбнячный анатоксин, К-коклюшная вакцин

Вирусты гепатитке қарсы/Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация	V1	28.01.2020	0,5	19003	BGB	НЕТ	НЕТ	
	V2	24.11.21	0,5	10302831	ГЕПАТОРИН			
	V3	14.02.25	0,5	ХЗС 482	ГЕПАТОРИН			
Қайта егу Ревакцинация								
ВИРУСНЫЙ	ГЕПАТИТ А	17.04.25	0,5	10202309	013			

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паратита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V1	13.12.2021	0,5	0130W089	н/б	н/б	
RV1						

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V1	13.12.2021	0,5	0130W089	н/б	н/б	
RV1						

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе /Прививка против других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
Егу Вакцинация	V1	13.12.2021	0,5	6020	ПРЕВЕНАР	НЕТ	
	V2	27.11.24	0,5	7361	ПКС	н/б	
	V3						
Қайта егу Ревакцинация							

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____

Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу –профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках

Карта остается в организации.



ШЖК «№3 қалалық емханасы» МКК

ҚО «Городская поликлиника №3» на ПХБ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 22.08.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №3" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актобинской области

2. Пациенттің теі, аты, ежесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): УТКЕЛЫБАЕВА АЙЛИН ДОСТАНҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 28.11.2020

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОДАКТОБЕ УЛИЦА:БӨГЕНБАЙ БАТЫР ДОМ: 32 КВАТИРА: 241

5. Медицинское заключение:

Здоров

6. Рекомендации (при необходимости): Эпидемиологическое окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: АЖИГАЛИЕВА АЙЖАН МУХАНБЕТОВНА

79268

Мер
(Печать)

Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/202



1. Общие положения

ИИН

Дата рождения

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях

Поликлиника прикрепления

Группа крови

Инвалидность (да/нет) группа

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (код МКБ-10) *

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	Климатическая зона
		Профиль	

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача
от	до			

22 IX 25 - стенокардия Зверев Е. И. Игнатов

ОАИ с 22 IX 25 - ГВ - 122%

ОАИ с 22 IX 25 - в норме

24 IX 25 - Зверев Е. И. Курбанов



ЭПИКРИЗ

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	24.05.2022
Рост	108 см.
Вес	21 кг.
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	группа I
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	продолжить ОРЗ, ОРВИ.

При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК) *

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Ұйымның атауы
Наименование организации

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2020 жылғы
«30» қазан № 175
№ 065/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация
Форма №065/ у
Утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «30» октября 2020 года № 175

Профилактикалық екпелердің

КАРТАСЫ

КАРТА

профилактических прививок

20 20 жылғы (года) « 03 » 2020 есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ГР №2 ДА Заречный ш
(для организованных детей наименование детского учреждения)
1 Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Шотқарбаев Абдырахманов
2 Туған күні (Дата рождения) 20.03.2020
3 І
4 К
көшесі (улица) _____ үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____
Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екпе Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	<u>20.03.2020</u>	<u>22.03.20</u>	<u>0,05</u>	<u>1651</u>	<u>1-ші - патология 3.03.20</u> <u>3-ші - патология 4.03.20</u>
	қайта егу ревакцинация					<u>6-ші - патология 4.03.20</u> <u>7-ші - патология 5.03.20</u>

Полиомиелитке қарсы екпе Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рож- дения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – көкжөтел вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке карсы екле
Прививка против вирусного гепатита ВГВ^в

	Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	19.08.20.20.08.20	20.08.20	0,5	19003	ВГВ ^в	н.н.	н.н.	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке карсы екле
Прививка против паротита

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Қызылшаға карсы екле
Прививка против кори

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екле (Прививка против других инфекций)

	Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____

Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.



Қазақстан Республикасы "Ақтөбе
облысының денсаулық сақтау басқармасы"
мемлекеттік мекемесінің шаруашылық
жүргізу құрылымындағы
«№2 қалалық емханасының»
«Заречный-3» дәрігерлік амбулаториясы
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін
атқарушының 2020 жылғы «30» қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен
бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом
исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики
Казахстан от «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 24.09.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие «Городская поликлиника №2» на праве
хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

2 Пациенттің теп. аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) ШАЛҚАРБАЕВ АБДУЛЛАХ БАҚЫТҰЛЫ

3 Туған күні (Дата рождения) 20.03.2020

4 Мекенжайы (Адрес) РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ Актюбинская, Заречный-2, ДОМ 767

5 Медициналық заключение

Д/З Здоров

6 Рекомендации (при необходимости) Эпид. окружение чистое

7 Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку
ЖУСИПБЕКОВА ЗУЛЬФИЯ БОРАНБАЕВНА



Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Хасен Армейрли

Дата рождения 06.03.2020

Пол ☐ мужской ☒ женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА: Братьев
Жубановых, ДОМ: 283-2, КВАРТИРА: 88

Сведения о законных представителях:

Мать Абдуллина Жубану

Поликлиника прикрепления ГКП "Городская поликлиника №6" на ПХВ ГУ УЗ Актыбинской области

Группа крови II группа Резус-фактор +

Инвалидность Нет

Состоит ли ребенок на диспансерном учете ☐ да ☒ нет

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия нет				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

Эпикриз

Дата: 25.07.2025

Ребенок от 3 беременности, от 1 родов.

Родился(лась) с весом 3340 кг, ростом 52 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по календарю Контакт с tbs - сир

На «Д» учёте не состоит

Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний: ОРЗ

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров

НПР соответств. возрасту

ФР- физич

Группа здоровья: 1

Школу/Детсад посещать может

Врач: Медведева Т.А.

Зав.ПМСП:



Докладчик
Т.А.
Привет
по возрасту

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Аурустерік-сарапшылар Республикасы Қазақстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің м.а. 2010 жылы «23» қаңтарыдағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 061 / е нысаны медициналық құжаттарға Медициналық документация Формы № 061 / у Утверждена приказом м.а. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» января 2010 года № 907
---	--

Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20__ жылғы (года) «__» _____ есіпке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан бабалар үшін бабалар мекемесінің атауы _____

(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Тасен Әбдішәліұлы Елсейітов
 2. Туған күні (Дата рождения) 06.03.2020
 3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт)
 көшесі (улица) _____ үй (дом) Ақтөбе 6-а
 корпус _____ пәтер (квартира) 29-14
 Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамаалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	<u>06.03.20</u>	<u>07.03.20</u>	<u>0.1</u>	<u>1520</u>	
		қайта егу ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
	<u>08.03.20</u>	<u>1520</u>		<u>11.04</u>	<u>1520</u>		<u>11.04</u>	<u>1520</u>
	<u>18.03.20</u>	<u>1520</u>		<u>11.04</u>	<u>1520</u>		<u>11.04</u>	<u>1520</u>

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняк

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпелге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		<u>06.03.20</u>	<u>0.5</u>	<u>1520</u>	<u>ДТ-К-С</u>			
		<u>06.03.20</u>	<u>0.5</u>	<u>1520</u>	<u>ДТ-К-С</u>			
		<u>06.03.20</u>	<u>0.5</u>	<u>1520</u>	<u>ДТ-К-С</u>			
Қайта егу Ревакцинация		<u>06.03.20</u>	<u>0.5</u>	<u>1520</u>	<u>ДТ-К-С</u>			

Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта сгу Ревакцинация								

Прививка против паротита

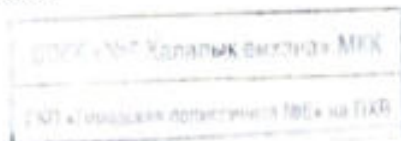
Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Прививка против

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Прививка против других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта сгу Ревакцинация								



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі мектеп атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нұсқасы медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего
обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября
2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 29.07.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №6" на праве
хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актыбинской области

2. Пациенттің төп, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента)

Хасен Акмейірім

3. Туган күні (Дата рождения) 06.03.2020

4. Мекенжайы (Адрес) РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ. Актобе, УЛИЦА Братьев Жубановых, ДОМ 283-2, КВАРТИРА 19

5. Медицинское заключение

Здоров кал на ял отр 08.06.2026

6. Рекомендации (при необходимости)

Эпид. окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку

МРЗАГУЛОВА САБИНА РУСЛАНОВНА

252986

Мер
(Печать)

