

«Жұлдыз» ортаңғы топ

[illegible]

Форма № 065/е нысынды
Форма № 065/у

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения) ГП №3

2. Туылған күні (Дата рождения)

Мекен-жайы: елді мекеме (Домашний адрес населенный пункт:)

Мекен жайы ауысқаны уралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Түберкүлез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкүлеза

Полиомиелитке қарсы екпе/Прививка против полиомиелита

Көл.көкжөтел,сіреспеге қарсы екпе/ Прививка против дифтерии,коклюша,столбняка

*Препараттар мына шарттармен белгіленеді: АҚДС-адсорбтелген, К-кишкел-дифтерия-сіреспе вакцинасы. АДС-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС-М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, Дарамында антиген мөлшері азайтылған. АД-адсорбтелген дифтерия анатоксині ВС-адсорбтелген сіреспе анатоксині, К-кишкел вакцинасы. Препарат обозначать буквами: АҚДС-адсорбированная. Коклюш-дифтерийно-столбнячная вакцина. АДС-адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин. АДС-М анатоксин-адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, ИД-адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС-адсорбированный столбнячный анатоксин, К-коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы/Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождени я	Күні Дата	Доз асы Доз а	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	V ₁	20/12/22	0,5	AB 202309013	БТБ	н/о	н/о	
	V ₂	12/11/23	0,5	V3C 021V	прививка	н/о	н/о	
	V ₃	13/12/22	0,5	V3C 021V	генерация	н/о	н/о	
Қайта егу Ревакцинация								

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	

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	
V ₁ 12/11/23	12/11/23	0,5	AB 202309013			

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	V ₂	12/11/23	0,5	AB 202309013	прививка		
	V ₃	13/12/22	0,5	AB 202309013	прививка		
Қайта егу Ревакцинация							

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____

Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу –профилактикалық ұйымында (ЕПД) 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 при

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

Жалпы ережелер/Общие положения

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

Ақаров Мухаммед Даулетович

КСН / ИИН

Туған күні / дата рождения жынысы / Пол

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

Баток-2 Алтын Орда 230 - 11

Заңды өкілдер туралы мәліметтер:/Сведения о законных представителях:

Іріктеу емханасы / Поликлиника прикрепления

ГРНЗ

Қан тобы / Группа крови Резус-фактор

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

Ала диспансерлік есепте тұрма (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

За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы/Характеристика организаций

Түсу айы, жылы /Месяц, год поступл ения	Ұйымдардың сипаттамасы /Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі/Дошкольная 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

NOT an optical instrument. No. 4411.

Алгоритм контроля качества обслуживания клиентов ГР «Аэропорт» наглядно представлен на рисунке 1.



436

205726

WOL 114414 220120595642

Тысячи (Тысячи) 20.01.2022

1. **УПРАВЛЕНИЕ ИСПОЛНИТЕЛСТВО (Aspec management)**

Балланс телефон (Контактный телефон):

депривация свободы (лишение свободы)

ГКП "Городская поликлиника №3" на ПХВ ГУ УЗ Автоинспекции области

Холостая ягода (Hesperomys MO)

1 КИТ "Бродская полигидридная МЭ" на ПХВ ГУ УЗ Актобинской обл.гигиены

... ..

A. KHITAJNEVA A. M.

Жоталанып тіркелген күйі және уақыты
(Дата және прізвиі ретистраны дауыс):

21.02.2025 12:31

Идентификация № 26 (по проекту)	Классификация типа (по отпуску)	Материал из чего (Материал, вид)	Материал из чего (Материал, вид)	Материал из чего (Материал, вид)
4/16	Сосуды и нервная система	материал	21.07.2015, 12.12	Материал из чего (Материал, вид)

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (мг/жон)/(есть +ст)

Аллергия түрі*/Вид аллергии*	Аллерген	Қай жастан бастап С какого возраста	Диагноз қойылған жыл Год установления диагноза	Ескертулер/Примечания

* Аллергия түрі: өкпецидоздық, дәрілік, аллергиялық аурулар.

* Вид аллергии: вакцинозависимая, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Балалық шақтағы жұқпалы аурулар/Перенесенные детские инфекционные заболевания

Аурулар / Заболевания	Жыл/Год	Аурулар/Заболевание	Жыл/Год
Қызылша/Корь		Дифтерия	
Коккөтел/Коклюш		Туберкулез	
Жаншөу/Скарлатина	2	Эпидемиялық/ Эпидемический паразит	
Іш сүзегі/Брюшной тиф			
Желдешек/Ветряная оспа			
Қызамық/Краснуха			
Вирустық/Вирусный гепатит (А, В, С, Д)			

Таблица 4. Ауруханаға жатқызу туралы мәліметтер (жарақаттарды, операцияларды қоса алғанда) / Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

Күні (басталған күннен бастап аяқталған күнге дейін)/Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (АДЖ-10 коды/код МКБ-10)	Медициналық ұйым Медицинская организация

[illegible]

Натисне наслина курасты (Бланк результата сформирован)

ШАЛИНБАЕВА Д. Б.

Karyon (no. 111111)

Контракт	Имя (Инициал)	Рег. адрес (Рег. местоп.)	Имя клиента (Инициалы) (Инициалы клиента)
№1 (109.00) Исполнение первоначального заказа ручным методом	Отсутствует	отсутствует	

Кун/Дата	Дизайн (АХЖ-10 годы/год МНБ-10)	Уйым/Учреждение	
		Бейн/Профиль	Климаттык аймак, Климатическая зона

[illegible]

	Күн/Дата	Карытылым Заключениге
Педиатр	21.02.25	З. Б. Б. Б.
Хирург	21.02.25	Д. А. А. А.
Офтальмолог	21.02.25	З. Б. Б. Б.
Отоларинголог	21.02.25	З. Б. Б. Б.
Невропатолог	21.02.25	З. Б. Б. Б.
Стоматолог	21.02.25	З. Б. Б. Б.
ЖКА/ОАК	21.02.25	ЖК - 100, лейкоцит - 5, эритроцит - 10
ЖЗА/ОАМ	21.02.25	ЖЗ - 100, лейкоцит - 5, эритроцит - 10

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

Параметрлер/Параметры	Ағымдағы жасқа арналған соңғы күнтізбелік жылдағы профилактикалық қарап-тексерулер туралы мәліметтер/Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Зерттеп-қарау күні/Дата обследования	24.12.25
Бойы/Рост	172 см
Салмақ/Вес	15 кг
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі және ілеспе аурулар)/Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	493.8. ЗПРР. ОКР - 5 Алғашқы бағалау және уақытша диагноз
Денсаулық тобы/Группа здоровья	II Б
Дене шынықтыру сабақтар үшін медициналық тобы/Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Ұсыныстар/Рекомендации	Аурушылығы жоқ.

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

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

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

* болған жағдайда/при наличии





ШЖҚ «№3 қалалық емханасы» МКК

ГКП «Городская поликлиника №3» на ПХВ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысаны 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: 24.02.2025

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

2 Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АСКАРОВ МУХАММЕД ДАУЛЕТОВИЧ

3 Туған күні (Дата рождения): 20.01.2022

4 Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ Актыбинская, ГОРОД АКТЮБЕ АЛТЫН ОРДА 23 Д-11

5 Медицинское заключение

6 Рекомендации (при необходимости): Эпид. Окружение чисто

7 Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача: АЖИГАЛИЕВА АЙЖАН МУХАМБЕТОВНА



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

КУЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің м.а. 2020ж «30» қазан № 175 бұйрығымен бекітілген № 065-е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 065/у утверждена приказом м.о. Министра здравоохранения РК «30» октября 2020 года № 175

**Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
Профилактических прививок**

49/64

20 22 жылғы (года) « 18 » с Медикус 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) Бек Нса

2. Туған күні (Дата рождения) 24.11.2002

3. Индивидуальный идентификационный номер _____

4. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____ көшес

(улица) Б. Жұбанов (дом) 287-7 корпус _____ пәтер (квартира) _____

Мекен-жайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

37474132650

**Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза**

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себеп) Медицинский отказ (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	<u>29.11.22</u>	<u>29.11.22</u>	<u>0.5</u>	<u>0716</u>	<u>6 мес - 4 ж</u>
		қайта егу ревакцинация					<u>12 ж - 4 ж</u>

**Полиомиелитке қарсы екпе
Прививка против полиомиелита**

Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
<u>15.11.22</u>	<u>15.11.22</u>	<u>0.5</u>	<u>13 ж 229V</u>	<u>+</u>	<u>15.11.22</u>	<u>0.5</u>	<u>15.11.22</u>	<u>+</u>
<u>16.11.22</u>	<u>01.02.23</u>	<u>0.5</u>	<u>14 ж 351M</u>	<u>+</u>	<u>16.11.22</u>	<u>0.5</u>	<u>16.11.22</u>	<u>+</u>

Күл, көкжотел, сіреспеге қарсы екпе

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Гілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	<u>15.11.22</u>	<u>15.11.22</u>	<u>0.5</u>	<u>13 ж 229V</u>	<u>адрен + кид</u>	<u>15</u>	<u>25</u>	<u>+</u>
	<u>16.11.22</u>	<u>01.02.23</u>	<u>0.5</u>	<u>14 ж 351M</u>	<u>адрен + кид</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>+</u>
	<u>16.11.22</u>	<u>01.02.23</u>	<u>0.5</u>	<u>15 ж 229V</u>	<u>адрен + кид</u>	<u>15</u>	<u>15</u>	<u>+</u>
Қайта егу Ревакцинация	<u>✓</u>							

* Препараттар мына өріптермен 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 рожд.	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	24.12.22	0.5	0.5	20004	ГРМ	1/15	1/15 +	
Қайта егу Ревакцинация	15.12.23	0.5	0.5	131229V	адсорб. дифтерия-сіреспе анатоксин	1/15	1/15 +	
	09.03.23	0.5	0.5	131229V	адсорб. дифтерия-сіреспе анатоксин	1/15	1/15 +	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
1.12.22	12.10.23	0.5	0136M07H13	1/15	1/15	+

Қызылшаға қарсы екпе Прививка против кори

Туған жылы Дата рожд.	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	
1.12.22	12.10.23	0.5	0136M07H13	1/15	1/15	Р

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рожд.	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	1.12.22	15.12.22	0.5	FM1506	превексир 13	1/15	1/15 +	
Қайта егу Ревакцинация	1.12.22	09.03.23	0.5	FM1506	превексир 13	1/15	1/15 +	
	1.12.22	12.10.23	0.5	FM1506	превексир 13	1/15	1/15 +	Р

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Форма № 052-2/у «Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Бек Иса Сабаштович
Национальность қазақ Дата рождения 27.06.2022
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Кудангата 80/1 кв 44
Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Рафуров Илалы
Место работы матери/законного представителя Н/д
Телефон матери/законного представителя 87
Ф.И.О. год рождения отца Рафуров Сабаш
Место работы отца Н/д
Телефоны отца / законных представителей 87
Поликлиника прикрепления _____
Группа крови _____ Резус - фактор _____
Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

1. Анамнестические сведения

Таблица 2. Алергоанамнез

[illegible]

Клиника Республиканского
 областного детского клинического
 больницы им. академика
 медицинских наук Республики
 "Мед. Клиника" (г. Алматы)

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 9 до 10 лет	от 10 до 11 лет	от 11 до 12 лет	от 12 до 13 лет	от 13 до 14 лет	от 14 до 15 лет	от 15 до 16 лет	от 16 до 17 лет	от 17 до 18 лет
Дата обследования	19.09.26													
Возраст ребенка (на момент осмотра)	3 года													
Рост	94													
Вес	24													
Жалобы	нет													
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Devi cau													
Группа здоровья	II													
Медицинская группа для занятий физкультурой	III													
Рекомендации	в спорт зал													



3. Иммунопрофилактические мероприятия

Согласно форме №065/у «Карта профилактических прививок»

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР ДСМ-264/2020 «Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования»)

Таблица 8 Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (ПМПК)

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

ЭПИКРИЗ

Ребенок от 2 беременности, 2 родов
Родился весом 3520,0 гр., ростом 54 см
Ребенок рос и развивался соответственно возрасту.

Профилактические прививки

Перенесенные заболевания нет

Состоит на Д.учете? ((ДА, НЕТ)) нет

Ребенок осмотрен узкими специалистами перед поступлением в ДОУ
Рост 94 см., вес 14 кг

Жалоб нет. Объективное состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Зев спокоен.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Сог. тоны ритмичные. Дыхание редулярное, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный. Стул и диурез в норме.

Диагноз:

Гр. Здоровья III
НПР сильно
Физ. развитие норм



Қазақстан Республикасы
Ақтөбе облыстық денсаулық сақтау басқармасы

Ақтөбе облыстық денсаулық сақтау басқармасы

Ақтөбе облыстық денсаулық сақтау басқармасы

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

Медициналық 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 29.04.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №5" на права
хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

2. Пациенттің текі, аты, әйелінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): БЕК ИСА ЕРБОЛАТОВИЧ
3. Туған күні (Дата рождения): 27.06.2022
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, УЛИЦА: бр.Жубановых, ДОМ: 287, КВАРТИРА: 7
5. Медицинское заключение:
ЗДОРОВ
6. Рекомендации (при необходимости):
ЭПИД ОКРУЖЕНИЕ ЧИСТОЕ
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: 102932
ҚАЛМАҒАНБЕТОВА ӨСЕМ ТЕНЕЛБАЙҚЫЗЫ



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

7neg

KV1 24.12.25
BIA 24.01.25

**+ Профилактикалық екті
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) Берікбеков Ами Амиасулы
2. Туган күні (Дата рождения) 30.11.2022
3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Батыс-2 225/1163
көшесі (улица) _____ үй(дом) 225
корпус 1 пәтер(квартира) 1163
Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87474951998

Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
		егу вакцинация	<u>30.11.22</u>	<u>0,05</u>	<u>03216091</u>	<u>1163 Батыс-2</u>
		қайта егу ревакцинация	<u>29.11.25</u>	<u>0,15</u>		<u>1163 Батыс-2</u>

Прививка против полиомиелита

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
	<u>29.11.25</u>	<u>1581114</u>		<u>30.11.22</u>	<u>30461</u>			

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	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		<u>29.11.25</u>	<u>0,5</u>	<u>1581114</u>	<u>Дифтерия, коклюш, столбняк</u>	<u>кеб</u>	<u>кеб</u>	
		<u>29.11.25</u>	<u>0,15</u>	<u>1581114</u>	<u>Дифтерия, коклюш, столбняк</u>	<u>кеб</u>	<u>кеб</u>	
Қайта егу Ревакцинация		<u>29.11.25</u>	<u>0,5</u>	<u>30461</u>	<u>Дифтерия, коклюш, столбняк</u>			

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
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	30.11.	30.11.	0,5	03422	ВГВ.			
	1/29.08.23	0,5	32501	004А.	Зенек			
	1/324.12.23	0,5	35401	ВКРДТКСИВ	ВГВКСИВ			
Қайта егу Ревакцинация					ВГВКСИВ			

Прививка против паротита КПК

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский от
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
30.11.22	21.12.23	0,5	0133 N0370	4/5	6/м	

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	

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 (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		29/11/23	0,5	СН6089	Превенор 13	4/5	КСБ	
Қайта егу Ревакцинация		24.12.23	0,5	6N4725	Превенор 13	4/5	6/м	
		1/324.12.23	0,5	9260	Превенор			



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

Берик Аман Аманжол

1

Дата рождения 30.11.2022г.

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Астана-сфера, 22Г

Сведения о законных представителях:

мать - Жумабаева Аманжол Бериковна

мать - Абдырова Айгана Бериковна 89474951998 / мать.

Политическая принадлежность БЗ Хадижа Умаровна

Группа крови Резус-фактор

Никакционность (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

Таблица 1. Характеристика организации

Месяц/год поступления	Характеристика организации		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
	я	я	я	я	я	я

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) <u>нет</u>				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

*Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

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

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация

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 его наличии врача)
от	до			

--	--	--	--	--

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР ДСМ-264/2020 "Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21820)).

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	24.12.24
Рост	94 см
Вес	13,5 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Группа здоровья	I
Медицинская группа для занятий физической культурой	I
Рекомендации	30х

*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

МЕДОСМОТР

Рост: 94 см

Вес: 13,5 кг

Окулист:

ЛОР:

Хирург:

Невропатолог:

Стоматолог:

Педиатр:

ОАК: Гемоглобин - 120, лейкоциты - 6, тромбоциты - 180, СОЭ - 2 мм/ч

ОАМ: норма

Кал на яйца: отрицательный



Эпикриз
Ребенок от 4 беременности, от 4 родов.

Родился(лась) с весом 3,5 кг, ростом 52 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Прививки по календарю. Контакт с tbs - отрицает.

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(а) I гр

НПР I уровня

ФР - нормосомия

Группа здоровья: 2А

Школу, Детсад посещать может

Врач: Кудачева Л.К.



Может посещать
ДДУ!!!



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 25.12.2024

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "BZ Холдинг"

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): БЕРИК АЛИ АЛМАСУЛЫ
3. Тұған күні (Дата рождения): 30.11.2022
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, МИКРОРАЙОН: Батыс-2, ДОМ: 22 Г
5. Медицинское заключение:
Здоров, Эпид окружение чистое, кал на ял отрицательный
6. Рекомендации (при необходимости):
Может посещать ДДУ!!!
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
РАХМЕТОВА ДІЛНАЗ ТИМУРҚЫЗЫ



226468

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ГКП "Городская поликлиника №4" на ПХВ ГУ УЗ Актобинской области	АҚТ 1 қалалық емхана комплекстік диагностикалық көсітормен Батыс дерігерлік абулаториясы	Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық екепелердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

___ жылғы (года) « » есепке алынды (взят на учет)
наименование детского учреждения)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей)

1. Тері, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Даккерман Айсина

2. Туған күні (Дата рождения) 03.01.2022 3. ЖСН (ИИН)

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА
Актобе

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Батпе 17.02.23

Туберкулез ауруына қарсы екеп Превивка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
22.08.25	0127E		2дн	05.12.22	0.05	С03Ж	кр чм
04.03.2024	ср 0320						
Актубе - Акт							

Полиомиелитке қарсы екеп

Превивка против полиомиелита

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
1/3 ай	08.04.22	ТЗ4077	1р	15.12.22	05С	1р	04.09.23	1р
1/4 ай	16.05.22	УОВ891V	1р	14.11.24	05	1р	06.02.25	1р
1/5 ай	17.06.22	ТЗ4077	1р					

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екеп Превивка против дифтерии, коклюша, столбняка

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екепеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т*)	Ерілген жерде	
1/3 ай	08.04.22	05	ТЗ4077	Аджидеиц илн + ВТТ2	1р	1р	
1/4 ай	16.05.22	05	УОВ891V	Аджидеиц илн + ВТТ2	1р	1р	
1/5 ай	17.06.22	05	ТЗ4077	Аджидеиц илн + ВТТ2	1р	1р	
1/6 ай	12.09.23	05	УОВ891V	Аджидеиц илн + ВТТ2	1р	1р	

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т*)	Егілген жерде	
V ₁ Ореш	03.02.22	0,5	200004	Еувакс	4,5	4,5	
V ₂ Зай	08.04.22	0,5	ТЗМ 077	АБК-ге+ММБ+ММБ+ВТБ	4,5	4,5	
V ₃ Сай	17.06.22	0,5	ТЗМ 077	АБК-ге+ММБ+ММБ+ВТБ	4,5	4,5	
ВГН	15.02.24	0,5	202205027	ВГН-А	4,5	4,5	
ВГА	18.07.24	0,5	202309013	ВГН-А	4,5	4,5	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	Егілген жерде	Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
			Жалпы (Т*) Общая (Т*)		
V ₁	03.03.23	0,5	013N012	4,5	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде	
V ₁	03.03.23	0,5	013N012	4,5	4,5	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций) *Тривекс*

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
							Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	V ₁	30.05	08.04.22	0,5	ЕК 6020	Тривекс 15	4,5	4,5	
	V ₂	5.05	27.05.22	0,5	ЕК 6020	Тривекс 15	4,5	4,5	
	V ₃	12.05	03.03.23	0,5	ЕН 1506	Тривекс 15	4,5	4,5	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

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

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

[illegible]

Жоспарлары терекестілген медициналық тексеру мәліметтері/Діңгезте плановық уақыттың медициналық осмотрына 5-7 жаста (мектепке барар алдында) / В возрасте 5-7 лет (перед школой)

[illegible]

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

Зерттеулердің түрлері (жан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (кровь, моча, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	050925	№1217
ОВЧ	050925	ОП
Кал на 1/2	050925	не обсерв

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 его наличии) врача	
от	до				

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в

Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР ДСМ-264/2020 "Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21820)).

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

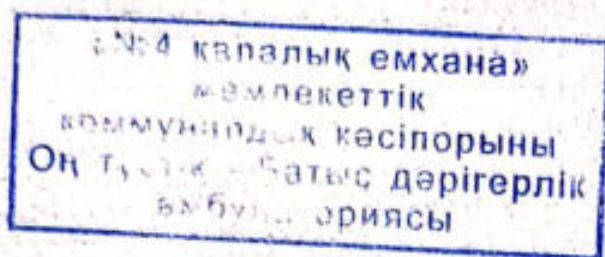
Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	
Рост	
Вес	
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	
Группа здоровья	
Медицинская группа для занятий физической культурой	
Рекомендации	

* 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



Эпикриз

Ребенок от 1 беременности, от 1 срочных родов.
Вес 3650, Рост 52 (см) и развива(л)ся соответствен
но возрасту. Прививки по календарю (по индивидуальному
графику). Инфекционными заболеваниями болел (не болел)

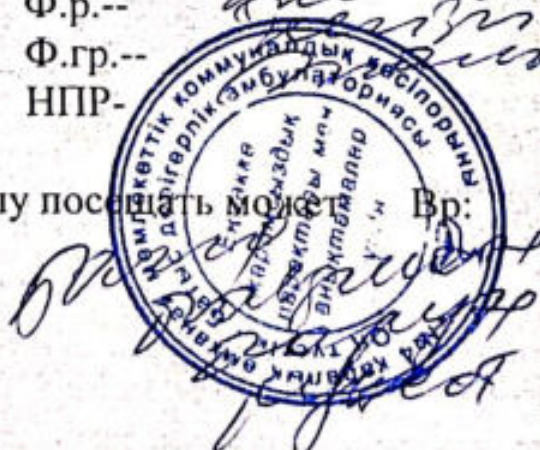
не болел
На Д учете состоит (не состоит) не состоит

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- Резус
Гр.зд 1
Ф.р.-- кал
Ф.гр.-- кал
НПР- кал

Школу посещать может. Вр:





«Ақтөбе қалалық емхана»
Мемлекеттік
медициналық кәсіпорны
Ақтөбе - Батыс
Амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы 30-қаңдағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
ықсанды медициналық қоржымға

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 08.09.2025г

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество): Даниярқызы Айлин

3. Туган күні (Дата рождения) 03.01.2022

4. Мекенжайы (Адрес): Республика Казакстан, область улица: Ақтөбе ұл Марат Оспанова 52/кв 109.

5. Медицинское заключение: здоровь

6. Рекомендации. Эпид окружение чистое. Может посещать детский сад.

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Врач Раева А.Е.



Мер

**Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори**

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	
V, 5.XII.24		0,5	0133	КПК	✓	✓	

**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	4.IV.23	0,5	2168	mb	✓	✓	
	V ₂	13.VII.23	0,5	2168	mb	✓	✓	
Қайта егу Ревакцинация	V ₃	20.VIII.24	0,5	9361	mb	✓	✓	

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 министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК	Т.К.Городская поликлиника №6 на Г.Х.	КУЖК бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
			Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы 30 қазаны № ҚР ДСМ-175/2020 №065/е нысаны медициналық құжаттама Медицинская документация. Форма №065/у утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

**Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

20 25 жылғы (года) « 02 » 29 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) Миряс Динмухаммед

2. Туған күні (Дата рождения) 16.10.2022 ж.

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____

көшесі (улица) А/тама үй(дом) 80 корпус _____ пәтер(квартира) 11

Мекенжайы ауысқаны 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					
	егу вакцинация		02.10.22	0,05	6/4	тай-нап қил заб пуге қилу
	қайта егу ревакцинация					бай пуге қилу бай пуге қилу

**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
V ₁	4.IV.23	V38021V	V ₃	20.VIII.24	3C283			
V ₂	13.VII.23	VD1961M	V ₁	5.XII.24	180424	0113		

**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	
Егу Вакцинация	V ₁	4.IV.23	0,5	V38021	гекса	✓	✓	
	V ₂	13.VII.23	0,5	VD1961	гекса	✓	✓	
	V ₃	20.VIII.24	0,5	3C283	гекса	✓	✓	
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 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		16.10.22	0,5	6/4	ВГ, В ⁴	✓	✓	
	V ₂	4.IV.23	0,5	EV302	гекса	✓	✓	
Қайта егу Ревакцинация	V ₃	20.VIII.24	0,5	3C283	гекса	✓	✓	

**Паротитке қарсы екпе
Прививка против 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	
V ✓	5.XII.24	0,5	4013	ВГ, А ⁴	✓	✓	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19
желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына қосымша

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

1. Жалпы ережелер

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Мамас Дінмұхаммед.

ЖСҒ

Туған күні 16.8.2022.

Жынысы Ер

Үйінің мекенжайы А-Хонд 80 11.

Занды өкілдер туралы мәліметтер:

Топ атауы Ковен 218

Тіркеу емханасы КОР №6.

Қан тобы Резус-факторы

Мүгедектік (иә / жоқ) топ

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ)

Диагноз (АХЖ-10 коды)*

Диспансерлік есепке алу күні

* B20-B24, F00-F99 диагноздарды қоспағанда

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ГХВ

Приложение к приказу
Министр 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 Имзес Динмуханбет

Дата рождения 16.08.2022 г.

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Астана 80-11

Сведения о законных представителях:

Мать: Дзунедбаев Мамыр, 27.08.92 ип

Отец: Исмаилов Нурсултан, 19.08.92
г.р. Усть-Каменогорск

Поликлиника прикрепления ПН №6

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

Месяц, год поступления	Характеристика организации					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

Таблица 2. Аллергодиагностика

A2320718 (oct/11/17)

* Под аллергией понимаются: лекарственная, аллергическое заболевание

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Таблица 4. Сведения о госпитализации (источник травмы, обстоятельства)

Таблиця 5. Співвідношення санітарно-супровідних (як прикладу) до лічильника

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

[illegible]

Противотуберкулезная

Противотуберкулезная

Противак протис полумождитиІпротинка проти дифтерії, коклюша, столбняка*

Ізразінська протин королі

*Препаративы мыла эритромирина белгілері: АҚДС – адсорбент, дифтерия-сіреспе антиоксидант, АДС – адсорбент дифтерия – сіреспе антиоксидант, АДС-М- антиоксидант-адсорбент дифтерия-сіреспе антиоксидант, құрамында антиген молекулалары зейінгілан АД – адсорбент дифтерия антиоксидант АС – адсорбенттің сіреспе антиоксидант, К – кожелік қалыңдығы.
*Препарат облатокат бұқпаны: АҚДС – адсорбенттің, кожелік дифтерия-столбынның антигені, АДС – адсорбенттің дифтерия-столбынның антигені, АДС-М-антигені-адсорбенттің дифтерия-столбынның антигеніне е усмеленным сәректенген антигені, АД – адсорбенттің дифтерия-столбынның антигені, АС – адсорбенттің столбынның антигені, К – кожелік қалыңдығы.

Імунізація проти вірусного гепатиту.

Приветствую вас, дорогие друзья!

Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доля	Серия	Результат на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т*)	Местная	

Противна протин корен

[illegible]

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	28.05.2016
Рост	
Вес	
Заболеваемый диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров.
Группа здоровья	I
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная

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

[illegible]* <http://www.merck.com>

Эпикриз

Дата 28.08.2025Ребенок от 11 беременности, от 11 родов.Родился(лась) с весом 3480 г, ростом 52 см. ШЖК «№6 Капалык емкана» МКК

Растет и развивается соответственно по возрасту. ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Привит по календарю. Контакт с близкими.На «Д» учете не состоит.Наследственность не описана. Из перенесенных заболеваний: ОРЗ, вср. отит.

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: ЗдоровНПР: ГрФН: среднееГруппа здоровья: 1Лечащий врач: Мухометов Р.Б.Зав. ПМСП: Мухометов Р.Б.

Мухометов Р.Б.
28.08.2025

Приложение к форме № 052-2/у

ШЖК «№6 Капалык емкана» МКК

Жастарды тереңдетілетін

Дәрігерлердің медициналық тексеру мәліметтері

Параметры	3 жаста В 3 года	4 жаста В 4 года	5 жаста В 5 лет
Тексеру күні/Дата обследования	28.08.2025		
Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования	2.9 мес		
Номер/Рост			
Салмағы/Вес			
Шығыны/Калыбы	нет		
Мамандардың тексеру/Осмотр специалистов			
Педиатр	Здоров		
Хирург/ортопед			
Офтальмолог	28.08.2025		
Оториноларинголог	28.08.2025		
Невропатолог			
Стоматолог	28.08.2025		
Өңірде мамандар/Другие спец.			
Зертханалық мәліметтер (қан таланың жалпы анализі, ішек қызу қалыбына тексеру, анализ)	ОРЗ - 6		
Лабораториялық деректер (общий анализ крови, мочи, кала на к/л)	ОРЗ - 6		
Қорытынды диагноз/Заключительный диагноз	Кер. не др.		
Табиғи дамуы бағалау/Оценка физического развития	Здоров		
Жүйке жүйесінің дамуы бағалау/Оценка НЦР	среднее		
Денсаулық тобы/Группы здоровья	Гр		
Дене шыдамдылығын бағалау/Оценка функционального состояния организма	Гр		
Спортпен байланысты жетістіктері/Результаты участия в спорте, баллымен или тапталым	Спортпен байланысты жетістіктері/Результаты участия в спорте, баллымен или тапталым	Айтастықтан/Испытания	
Ұсыныстар (сауықу, режим, тамақтану, шығару, жаны және түлету тәсілдері) Білім беру мекемесіне түсу бағамы жоғары мақсатта мекемесі және басқалар/ Рекомендации (оздоровление, режим, питание, посещение образовательного учреждения общего и коррекционного типов и др.)	Айтастықтан/Испытания	Айтастықтан/Испытания	
Қолы/Подпись	<i>Мухометов Р.Б.</i>		



ШЖҚ «№6 Қапалық емхана» МКК
ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № КР 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 № КР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 29.08.2025

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

1. ЖСНМИ:

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

ИПЬЯС ДІНМҰХАММЕД НҮРСҰЛТАНҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 16.10.2022

4. Мекенжайы (Адрес):

РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ПРОСПЕКТ: Абилайыр Хана, ДОМ: 80, КВАРТИРА: 11

5. Медицинское заключение:

Здорова. Кал на яғұлмст 29.08.2025г отр

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое

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

СВТБАЕВА КАМИЛА МҰРАТҚЫЗЫ



Республика Казахстан
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Имя, фамилия, отчество
наименование организации

КУЗЖ «Билимнің ұйымы»
Код организации по ОКПД

Республика Казахстан
Министерство здравоохранения
2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген
№ 065-е нысаны медициналық құжатты
Медицинская документация форма № 065/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

КАРТА

профилактических прививок

Дубинский!

20__ года " " ВЗЯТ на учет

для организованных детей наименование детского учреждения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Дата рождения

Индивидуальный идентификационный номер

Домашний адрес: населенный пункт

улица

д. 25

метка

М. И. Дубинский

квартира 1/3

Прививки против кори, краснухи, эпидемического паротита

Дата	Результат	Возраст	Серия	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
		инъекционная	19.04.23	15.04.23	1, 0,5	03406080	руч. ВМ-И	
		ревакцинация						

Прививки против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
18.04.2023	19.04.23	0,5	V315211V	19.04.24	0,5	18040132		
	13.04.25	0,5	X0A031.11	19.04.24	0,5	X0A031.11		
	10.04.25	0,5	V315211V					

Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (%)	Местная	
идентификация		12.01.23	0,5	V315211V		100	100	
		13.02.23	0,5	X0A031.11		100	100	
		10.02.25	0,5	V315211V		100	100	
вакцинация	R1	19.02.24	0,5	X0A031.11		100	100	

* Препараты обозначать буквами АКДС - адсорбированный коклюшно-дифтерийно-столбнячный анатоксин, 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.

Прививка против вирусного гепатита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Г)	Местная	
Вакцинация	18.07.23	0,5		18714	ц/с	ц/с	
V ₁	18.07.23	0,5	13D7H16		ц/с	ц/с	
V ₂	10.08.23	0,5	13D7H16		ц/с	ц/с	
Ревакцинация	18.08						
V ₁	24.04.25	0,5	1758028901A		ц/с	ц/с	

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г)	Местная	
	16.11.23	0,5	013240337A	ц/с	ц/с	
	29.10.24	0,5	013311101A	ц/с	ц/с	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г)	Местная	
	16.11.23	0,5	013240337A	ц/с	ц/с	
	29.10.24	0,5	013311101A	ц/с	ц/с	

Прививка против других инфекций

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Г)	Местная	
Вакцинация	12.06.24	0,5	7485	пре-Вен	ц/с	ц/с	
	10.08.25	0,5	7785	пре-Вен	ц/с	ц/с	
	29.10.24	0,5	17561	пре-Вен	ц/с	ц/с	

Дата снятия с учета _____

Причина _____

Подпись _____

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

Солу нар

Таблица 2. Адлергоанамнез

Аллергия (есть/нет)

Таблица 3. Перенесенные ретекне инфекционные заболевания

Осмотры специалистов

Педиатр (в т.ч. ЧСС в мин. АД 3 раза)	Заров М.А.
Хирург (ортопед)	Заров В.И.
Невропатолог (в 1 год)	Заров В.И.
Отоларинголог	Заров В.И.
Офтальмолог	КБЗ ДЗРГБ
Патолог (с 3-х лет)	18.04.15. Из-за в.исход
Стоматолог (ежегодно)	Стоматолог М.С.
Другие специалисты	
Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал и др.)	Заров В.И. 18.04.15. 116-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045

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							
Возраст ребенка (на момент осмотра)							
Рост							
Вес							
Жалобы							
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)							
Группа здоровья							
Медицинская группа для занятий физкультурой							
Рекомендации							

Таблица 7. Профилактические осмотры

Параметры	от 10 до 11 лет	от 11 до 12 лет	от 12 до 13 лет	от 13 до 14 лет	от 14 до 15 лет	от 15 до 16 лет	от 16 до 17 лет	от 17 до 18 лет
Дата обследования								
Возраст ребенка (на момент осмотра)								
Рост								
Вес								
Жалобы								
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)								
Группа здоровья								
Медицинская группа для занятий физкультурой								
Рекомендации								

21.11.25
вс-16кг
рост 89

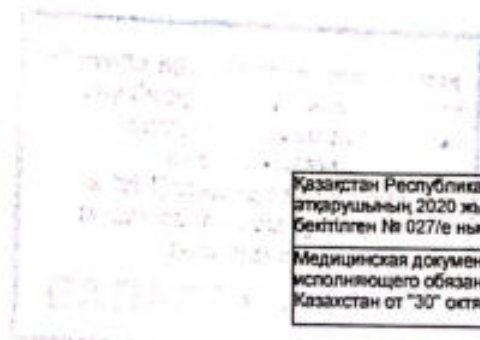
Эпикриз

Ребенка сформирова
в др. Сильно
Растёт и развивается
соотв. возрасту.
Аллергий нет. Контакт
с пылью, шерстью. Но и др
уменьше не ссорит.
Проф. прививки по
календарю.
Общ. тонус хороший,
мышечная сила. Жел
спокоем. Периф. лимфо
узлы не увеличены. Во
внутренних органах
без особенностей.
Стул, моча в норме.

Др. Герас
УЗН

Дру
нашим
детям.
А

Мед. освидетель
мнение
Гр



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 На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 09.02.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №1" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актобинской области

2. Пациенттің тегі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Каймулина Айша Азаматовна

3. Туган күні (Дата рождения): 18.04.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: АКТОБЕ УЛИЦА Ш КАЛДАЯКОВ ДОМ 25 КВАРТИРА 43

5. Медицинское заключение:

Здоров

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

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

Мрр
(Печать)

24.01.25 Казакстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі

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

КҰЖОЖ бойынша ұйым коды

Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 065/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

КАРТА

профилактических прививок

2023 года " " "

Для организованных детей наименование детского учреждения

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Кентебай Дарин Жүлдекұлы

2. Дата рождения 31.08.23

3. Индивидуальный идентификационный номер

4. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица С. Жұпаров

Дом _____ корпус _____ квартира _____

Отметки о перемене адрес

Түркістан облысы - 48к-21

телефон: 8778 056 7811

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
09.04.23	9 мм	вакцинация		02.05.23	0,05	03916091	5 мм
ревакцинация 18.04.24 - 3 мм		ревакцинация					

Прививка против полиомелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
12.6.24	24.09.24	134461V	V1, 0,1	12.11.24	68B23062A			
12.9.24	13.04.24	638230628	V2, 0,1	2/04/25	471 0,1	В/М		

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация V1	12.6.24	24.09.24	0,5	134461V	АКДС-ХИБ-110-ВН	НБ	НБ	25.12.24
Ревакцинация V2		2/04/25	0,5	471	пентаксим	НБ	НБ	23.09.25
V3		05.05.25	0,5	461V	пентаксим			18.05.25

* 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.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	12.6.24	24.09.24	0,5	X3C461V	КАКДС-хлб-итб-шб	нб	нб	
Ревакцинация	V ₃	05.05.25	0,5	461V	ВР ₁ К*			

V₁ 2/04/25 0,5 202309013- БГА " "

ККП

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	
12.4.24	11.07.2024	0,5	0133N058A	нб	нб	

ККП

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
12.4.24	11.07.2024	0,5	0133N058A	нб	нб	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	12.4.24	11.07.2024	0,5	СХ9430	Ярекенар	нб	нб	
Ревакцинация	12.6.24	24.09.24	0,5	НР7361	Ярекенар	нб	нб	

Дата снятия с учета) _____

Подпись _____

Причина _____

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.

:"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

1. Жалпы ережелер

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Менжербей Әсет

ЖСН

Туған күні 31.03.2023

Жынысы

ер

Үйінің мекенжайы Р.М. 488. ИБ 21.

Занды өкілдер туралы мәліметтер

Топ атауы Ақмола

Тіркеу емханасы

Қаш тобы

Ретус-факторы

• Мүгедектік (иә / жоқ) топ

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ)

Диагноз (АХЖ-10 коды)*

Диспансерлік есепке алу күні

* E20-E24, F00-F99 диагноздарды қоспағанда

ШЖК «№6 Қалалық емхана» МКК

КГ «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»

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Женжебай Дарын
ИИИ

Дата рождения 31.03.2015.

Пол муж.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Текер 489 №21.

Сведения о законных представителях:

Отец Рокманов Д. К.
Мать Сүйеурашев Ф. Д.

Поликлиника прикрепления ТОП №6.

Группа крови I Резус-фактор положительно

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

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организации					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррек- ционная	Общая	Коррек- ционная	Общая	Коррек- ционная

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет).

hem

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

[illegible]

Прививка против других инфекцій

[illegible]

4. Данные профилактических медицинских осмотров

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	05.05.25
Рост	175 см
Вес	71 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	гипертония
Группа здоровья	II
Медицинская группа для занятий физической культурой	Ограниченно

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

Дата: 05.05.25
 Ребенок от: 9-й беременности, от 1-го родов.
 Родился: 05.05.2024 г., ростом 48 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит: по календарю, контакт с тбс: отрицателен
 На «Д» учте: не, с/б/м/о/и/с

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: здоров

ФН: здоров, без патологии

Группа здоровья: 1

Лечащий врач: [подпись]

Врач:

Зав. ПМСН:



Приложение к форме № 052-2/у

Жесткость торакального медицинского тестера миллиметров
 Давление пневматических углубленных медицинских осмотров

Параметры	3 жеста В 3 года	4 жеста В 4 года	2 жеста В 5 лет
Тестеру кисти/Дата обследования			05.05.25
Баланс жеста/Возраст ребенка на момент обследования			2 год
Безы/Тест			91 см
Самая/Вес			15 кг
Пальцы/Жабы			1 см
Медицинский тестеру/Оценки специалиста			
Пелатр			
Хирург ортопед			
Офтальмолог			
Оториноларинголог			
Внеочередной			
Стоматолог			
Оценки специалистов/Другие спец.			
Зеркальный миллиметр (контакт жала анализ, индекс кисти кабарышкостария нести, индекс)			
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кала на яйца глист)			
Корректировка диагноза/Заключительный диагноз			
Таблица дамузи багалу/Оценки физического развития			
Жуфик психический дамузи багалу/Оценки ННП			
Детский врач/Ранняя диагностика			
Детский психиатр/Оценки психического развития			
Спортивный багдык немесе спортивный бичен айналыста усынымдар/Рекомендации к занятиям спортом, баллами или танцами	Спортивный тип (корректировка) Вид спорта (указать)	Айышталган/интересно/жары айткычкан (актан скар жерек)/Помогает ограничить против. (подчеркнуть)	
Усынымдар (сауыгу, режим, тамактану, шыныгу, жалпы жана хукугу тийиштер били беру мекенисте тугу болушун жогары маддуу мекени жана баскалар)/Рекомендации (оздоровление, режим, питание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов и др.)			
Колма/Подпись			

Handwritten notes and signatures on the right side of the form, including a large signature and several smaller ones.





ЖКҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

«Городская поликлиника №6» на ПХВ

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

Об отсутствии медицинских показаний для проведения тех или иных методов обследования, лечения, санаторно-курортного лечения, для занятий спортом, посещения бассейна

Дата выдачи 05.05.2025

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Кенжебай Дарын Өділбекұлы

3. Тұған күні (Дата рождения): 31.03.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: г.Актобе 1 мкр 48д кв21

5. Медицинское заключение:

Жалоб нет, қал на я глст от 05.05.2025г не обнаружен.

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид окружение, нет

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

МАРАТОВА АРАЙЛЫМ ЖАНАБЕКОВНА



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы «30» қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 ұйрығымен бекітілген № 065 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы ШДЖҚ «№ 7 қалалық емхана» МКК Наименование организации ГКП «Городская поликлиника №7» на ПХВ	Медицинская документация Форма № 065 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА

профилактических прививок
есепке алынды (взят на учет)

2022 жылғы (года) «01» 03

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

1.Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Кеңірімбет Шығали Мұстафин
2.Туған күні (Дата рождения) 03.06.22
4.Мекен жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____
көшесі (улица) _____ үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____
Мекен жайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіпел/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рожд- ения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
		егу вакцинация	01.06.22	0.05	03716003	Мекен жайы ауысқан
		қайта егу ревакцинация				Мекен жайы ауысқан

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

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 (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	03.06.22	07.06.22	0.5	138001	Денсау	1245	415	
	03.06.22	11.06.22	0.5	138001	Денсау	1245	415	
	03.06.22	25.06.22	0.5	138001	Денсау	1245	415	
Қайта егу Ревакцинация								

Dr. S. Kozh

- Препараттар мына эріттермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, коклюшотел – 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 – коклюшотел 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 екіе
Прививка против вирусного гепатита

	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 (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		08.06.22	0,5	20004	ВГВ ¹	4/5	4/5	
		07.12.22	0,5	131021	ВГВ ²	4/5	4/5	
Қайта егу Ревакцинация		25.05.23	0,5	131246	ВГВ ²	4/5	4/5	

Паротитке қарсы екіе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери-ясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	

Қызылшаға қарсы екіе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери-ясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
	12.07.22	0,5	1313210418	4/5	4/5	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екіе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери-ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		14.07.22	0,5	141506	Микров	4/5	4/5	
Қайта егу Ревакцинация		16.02.23	0,5	141506	Микров	4/5	4/5	
		20.09.23	0,5	141506	Микров	4/5	4/5	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

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

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

Карта ұйымда қалады.

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

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

Карта остается в организации.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19
желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына қосымша

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

1. Жалпы ережелер

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Молданаев Мейірім

Туған күні 03.06.2022

Жынысы Әйел

Үйінің мекенжайы Сарыарқа облысы, Астана қаласы, 22810013

Занды өкілдер туралы мәліметтер:

Топ атауы Жетекші

Тіркеу емханасы БЗ Астана

Қан тобы Резус-факторы

Мүгедектік (иә / жок) топ

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жок)

Диагноз (АХЖ-10 коды)*

Диспансерлік есепке алу күні

* B20-B24, F00-F99 диагноздарды қоспағанда



Приложение к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года №177

Форма № 052-2/4 «Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Калинина Мария Сергеевна

Дата рождения 03.06.2024

Пол жен.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Кауынская республика 2287 кв. 13

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления Р.Х. Каурына

Группа крови Резус-фактор группа

Инвалидность (да/нет) группа

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (код МКБ-10)* Х00.8

Дата вступления на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организации

Месяц, год поступления	Характеристика организации		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) нет

Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

*Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

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

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 "Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № № 21820)).

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	03.04.2025
Рост	100 см
Вес	19 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	200.
Группа здоровья	
Медицинская группа для занятий физической культурой	1 А гр.
Рекомендации	30 кг

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

(а) (5) – ПМПК)*

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

МЕДОСМОТР

POBT: 100 cm
Bec: 19 m

OKUNIGET.

Лор: *Зоревс*

Хирург.

Невропатолог: У. Ойзс. Д. Д.

Стоматолог: *неиздается* *Худ* 03. 19

Подпись: *Д/з: Здарова В.И.*

ОАК: КДР-122/н, лейк-4,2, тромбо-298, СОЭ-2мм/ч.
ОАМ: в норме.
Кал на я/г: отрицательно.

ОАМ: в норме.

Клп на ялг: *структурально.*

Қазақстан Республикасында профилактикалық түрлер жүргізу мерзімдері
Сроки проведения профилактических прививок в Республике Казахстан

[illegible][illegible]

2

Туберкулезге қарсы егулер
Прививки против туберкулеза

[illegible]

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрі
міндетін атқарушының
2010 жылғы "8-" маусым № 420
бұйрығына қосымша

ЕГУ ПАСПОРТЫ ПРИВИВОЧНЫЙ ПАСПОРТ

№ 169

Тегі, аты, әкесінің аты (Ф.И.О.)

Кеңірімбай Мейірім Мәдениұлы

Туған күні (дата рождения)

3.5.2022. жр 20 30'

Ескерту: Егу паспортының иржабы және беттері ұзақ пайдаланылатын қажеттерге қойылатын талаптарға сәйкес елдің технология бойынша арнайы материалдардан дайындалады. Егу паспортының өлшемі 97x135 мм, иржабысының түсі қоңыр қызыл. Иржабысында алтын түстес әріптермен "ЕГУ ПАСПОРТЫ" "ПРИВИВОЧНЫЙ ПАСПОРТ" деген жазулар жазылады.

Егу паспортына жазу аяқ, түзетуші немесе қосымша орақ тілде жазылмайды.

Егу паспортының және иржабы бойынша егу паспорты мәсінің тегі, аты, әкесінің аты, мекен-жайы, егу паспортының иржабы көрсеткіштің тиісті есепке алу қажеттері немесе электрондық есепке алу (тізімі) жүргізіле отырып медициналық ұйымда есепке алынуы тиіс.

Примечание. Обложка и страницы прививочного паспорта изготавливаются из специальных материалов по технологии, соответствующей требованиям, предъявляемым к документам длительного пользования. Размер прививочного паспорта - 97x135 мм, цвет темно-бордовый. На обложке буквами золотистого цвета выводится надпись "ЕГУ ПАСПОРТЫ" "ПРИВИВОЧНЫЙ ПАСПОРТ".

Запись в прививочный паспорт проводится разборочно, без исправления на государственном или русском языке.

Прививочный паспорт имеет индивидуальный номер и поддается учету в медицинской организации, с ведением соответствующих учетных документов или электронного учета (реестра), где отражаются фамилия, имя, отчество владельца прививочного паспорта; адрес, номер прививочного паспорта.

"В" және "А" вирустық гепатитіне қарсы егулер
Прививки против вирусного гепатита "В" и "А"

Иммунизация Дата вакцинации	Препараты и дозы Наименование препарата	Дозы, сроки, жарымылы Доза, срок, срок годности	Будет реакция (Болезнь или реакция на прививку) Реакция на прививку (при наличии указать вид реакции)	Профилактические ежегодные вакцины Подпись и печать врача, ответственного за проведение профилактических прививок
3/4/22	ГБ, В	0,5 мл 19.04.22	0,5 мл 19.04.22	А

4

Полноценный курс егулер
Прививки против полиомиелита

Иммунизация Дата вакцинации	Препараты и дозы Наименование препарата	Дозы, сроки, жарымылы Доза, срок, срок годности	Будет реакция (Болезнь или реакция на прививку) Реакция на прививку (при наличии указать вид реакции)	Профилактические ежегодные вакцины Подпись и печать врача, ответственного за проведение профилактических прививок

5

Эпикриз

ребенок от 1 беременности, от 1 родов.

родился(лась) с весом 4200 кг, ростом 56 см.

тает и развивается соответственно по возрасту.

Привит по плану Контакт с tbs - отрицает.

за «Д» учёте не состоит.

наследственность не отягощена.

из перенесенных заболеваний : ОРЗ

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые,

блещкой окраски.

ев 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(я)

НПР 1 уровень

ФР- нормосомия

Группа здоровья: 2А



Школу, Детсад посещать может

Врач: Бабура Л. М.
Допускается в 400
Актал



**Қызылшаға қарсы сәтес
Прививка против кори**

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	
V, 5.XII.24		0,5	0133	КПК	✓	✓	

**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	4.IV.23	0,5	2168	mb	✓	✓	
	V ₁	13.VII.23	0,5	2168	mb	✓	✓	
Қайта егу Ревакцинация	V ₂	20.VIII.24	0,5	2361	mb	✓	✓	

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

Қолы (Подпись) _____

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 Денсаулық сақтау министрілігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Уйымның атауы / Наименование организации ШЖК «№8 Қалалық емхана» МКК	КҰЖК бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрілігі м.а. 3720 жылғы 30 қазаны № ҚР ДСМ-175/2020 №065/е нысаны медициналық құжаттама Медицинская документация Форма №065/у утверждена приказом м. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

**Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

20 22 жылғы (года) « 10 » 29 есепке алынды (взят на учет)

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

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Жасенов Мусили Дәулетов

2. Туған күні (Дата рождения) 22.10.2022

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) г. Ақтобе

көшесі (улица) А/таша үй(дом) 80 корпус _____ пәтер(квартира) 14

Мекенжайы ауысқаны 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					
		егу вакцинация	02.10.22	0,05	6/4	100 - нағ. н.м. 300 н.м. 4 н.м.
		қайта егу ревакцинация				600 н.м. 3 н.м. 1200 н.м. 5 н.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
V ₁	4.1V.23	V38021V	V ₂	20.VIII.24	3C283			
V ₂	13.VII.23	V011961M	V ₁	5.XII.24	18042M	0113		

**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	
Егу Вакцинация		V ₁ 4.1V.23	0,5	V38021	генса	✓	✓	
		V ₂ 13.VII.23	0,5	V011961	пента	✓	✓	
		V ₃ 20.VIII.24	0,5	3C283	генса	✓	✓	
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 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		16.10.22	0,5	6/4	ВГ, В ⁴¹	✓	✓	
	V ₂	4.1V.23	0,5	ЕК302	генса	✓	✓	
Қайта егу Ревакцинация	V ₃	20.VIII.24	0,5	С283	генси	✓	✓	
	3							

**Паротитке қарсы екпе
Прививка против 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	
V	5.XII.24	0,5	4013	ВГ, А	✓	✓	

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»

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Касенов Мусиен

Дата рождения 22.12.2022

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

М/хана 80-11

Сведения о законных представителях:

Мать: Жайылышев Түлелбай

Отец: Касенов Даулет

Поликлиника прикрепления ПН №6

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

Месяц, год поступления	Характеристика организации					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная



ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на Г.Х.В.

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

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 13.06.2025

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

Қасенов Муслим Дәулетұлы

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

3. Түгін күні (Дата рождения): 22.10.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ПРОСПЕКТ: Абиқайыр Хана, ДОМ: 80, КВАРТИРА: 11

5. Медицинское заключение:

Здорова. Кал на я/лист 29.08.2025г отр

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид. окружение чистое

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

СОТБАЕВА КАМИЛА МҰРАТҚЫЗЫ



Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

2023 жылғы (года) « 19 » сәуірі есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы

(для организованных детей наименование детского учреждения) ЦНМ ТОО "Б.Б.К."

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Менес Асгеріе Моноғазов

2. Туған күні (Дата рождения) 16.10.13

4. Мекенжайы: елді мекен (домашний пункт) Батыс 2 Арқ. Танасов

көшесі (улица) _____ үй(дом) 19

корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екіп / 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						
		сгу вакцинация	16.10.13	1.10.13	0.05	14716.0001	1.10.13 - 14716.0001
		қайта сгу ревакцинация					1.10.13 - 14716.0001

Полиомиелитке қарсы екіп / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
16.10.13	05.04.13	14716.0001	1.10.13	13.10.13	14716.0001	1.10.13	13.10.13	14716.0001
16.10.13	15.04.13	14716.0001	1.10.13	14.10.13	14716.0001	1.10.13	14.10.13	14716.0001

Құл, көкжөтел, сіріспеге қарсы екіп / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпке дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	16.10.13	17.01.14	0.5	14716.0001	Тетракокк	14716.0001	14716.0001	
	16.10.13	15.04.14	0.5	14716.0001	Тетракокк	14716.0001	14716.0001	
	16.10.13	15.05.14	0.5	14716.0001	Тетракокк	14716.0001	14716.0001	
Қайта сгу Ревакцинация	16.10.13	22.09.15	0.5	14716.0001	Тетракокк	14716.0001	14716.0001	

Препараттар мына әріптермен: АКДС — адсорбтелген, көкжөтел — вакцинасы, АДС — адсорбтелген дифтерия — сіріспе
анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіріспе курамындағы антиген Мо, 1111сіріспеге аяғы АДС — адсорбтелген дифтерия АС — адсорбтелген
сіріспе К — КОК-жөтел вакцинасы.

*Препарат обозначать буквами: АКДС — исорбированная, 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

усті гепатитке карсы екпе / Прививка против вирусного гепатита *1. B*

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	
1. 1.6.1923	14.10.23	0,5	034199041	БСВ	н/б	н/б	
2. 1.6.1923	17.04.24	0,5	13.11.5711	Телсаксим	н/б	н/б	
3. 1.6.1923	23.05.24	0,5	18.11.2811	Телсаксим	н/б	н/б	
ац							

Паротитке карсы екпе / Прививка против паротита *12.17.25*

Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
			Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
3. 3.5.44	0,15	0132110584	н/б	н/б	

Қызылшаға карсы екпе / Прививка против кори

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

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	
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
1. 1.6.1923	17.04.24	0,5	СХ942	Превенар-13	н/б	н/б
2. 1.6.1923	17.04.24	0,5	СХ9430	Превенар-13	н/б	н/б
3. 1.6.1923	23.05.24	0,15	НР2311	Превенар-13	н/б	н/б

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы

(Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда баларды емдеу-профилактикалық ұйымда (ЕПҰ) тастамадан

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы алықтама берілгені

Карта ұйымда қалады.

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Манас Аерке Манаскун

Дата рождения 16.10.2023

Пол ☐ мужской ☒ женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА:

О.ТАТЕУЛЫ, ДОМ: 2А—

Сведения о законных представителях:

Мать Баитеренова Эльмира

Поликлиника прикрепления ТОО "ТТК"

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

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

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

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

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

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация
---------------------------------------	----------------------	-------------------------

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	ФИО врача
от	до			

Сведения о наличии профилактических прививок

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
	17.01.2024	V3M571		17.01.2024	V3M571			
				24.11.2024	V3M571			

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая(Т*)	Местная	
Вакцинация	14.10.2023	17.01.2024	1	V3M571 V	Гексаксим®В, вакцина (адсорбированная) против дифтерии, столбняка, коклюша (бесклеточная), гепатита В (рекомбинантная рДНК), полиомиелита (инактивированная) и гемофильной инфекции Haemophilus influenzae типа b конъюгированная 0,5 мл/доза I Суспензия для инъекций Санофи Пастер Франция			

					Пентаксим, вакцина для профилактики дифтерии и столбняка адсорбированная; коклюша ацеллюлярная; полиомелита инактивированная и инфекции, вызываемой <i>Haemophilus influenzae</i> тип b, конъюгированная 0,5 мл/доза 0,5 Лиофилизат по 1 дозе во флаконе в комплекте с суспензией в шприце по 1 дозе Санофи Пастер Франция			
Вакцинация					Гексаксим® вакцина (адсорбированная) против дифтерии, столбняка, коклюша (бесклеточная), гепатита В (рекомбинантная рДНК), полиомелита (инактивированная) и гемофильной инфекции <i>Haemophilus influenzae</i> типа b конъюгированная 0,5 мл/доза 1 Суспензия для инъекций Санофи Пастер Франция			
Ревакцинация	14.10.2017				Пентаксим, вакцина для профилактики дифтерии и столбняка адсорбированная; коклюша ацеллюлярная; полиомелита инактивированная и инфекции, вызываемой <i>Haemophilus influenzae</i> тип b, конъюгированная			

* Препараты имеют эпитет: АКДС – адсорбированная коклюш-дифтерия-столбняк вакцина, АДС – адсорбированная дифтерия – столбняк анатоксин, АДС-М – адсорбированная дифтерия-столбняк анатоксин с уменьшенным содержанием антигена, АД – адсорбированная дифтерия анатоксин, АС – адсорбированная столбняк анатоксин, К – коклюшная вакцина.

* Препараты обозначают буквами: АКДС – адсорбированная коклюш-дифтерия-столбняк вакцина, АДС – адсорбированная дифтерия-столбняк анатоксин, АДС-М – адсорбированная дифтерия-столбняк анатоксин с уменьшенным содержанием антигена, АД – адсорбированная дифтерия анатоксин, АС – адсорбированная столбняк анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Прививка против вирусного гепатита

Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая(Т*)	Местная	
Вакцинация					Гексаксим® вакцина (адсорбированная) против дифтерии, столбняка, коклюша (бесклеточная), гепатита В (рекомбинантная рДНК), полиомелита (инактивированная) и гемофильной инфекции <i>Haemophilus influenzae</i> типа b конъюгированная 0,5 мл/доза 1 Суспензия для инъекций Санофи Пастер Франция			
Вакцинация					Гексаксим® вакцина (адсорбированная) против дифтерии, столбняка, коклюша (бесклеточная), гепатита В (рекомбинантная рДНК), полиомелита (инактивированная) и гемофильной инфекции <i>Haemophilus influenzae</i> типа b конъюгированная 0,5 мл/доза 1 Суспензия для инъекций Санофи Пастер Франция			

Прививка против паротита

Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая(Т*)	Местная	
Вакцинация	14.10.2023	25.11.2024	1	0133N058 А			

Прививка против кори

Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая(Т*)	Местная	
Вакцинация	14.10.2023	25.11.2024	1	0133N058 А			

Прививка против других инфекций

Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
							Общая(Т*)	Местная	
Вакцина комбинированная гекса (АБКДС+ВГВ+Хиб+ИПВ)	Вакцинация	14.10.2023	17.01.2024	1	V3M571 V	Гексаксен® (адсорбированная) против дифтерии, столбняка, коклюша (бесклеточная), гепатита В (рекомбинантная рДНК), полиомелита (инактивированная) и гемофильной инфекции <i>Haemophilus influenzae</i> типа b конъюгированная 0,5 мл/доза 1 Суспензия для инъекций Санофи Пастер Франция			
Вакцина против пневмококковой инфекции (Пневмо)	Вакцинация	14.10.2023	17.01.2024	1	GX9430	Превенар 13® (вакцина пневмококковая полисахаридная конъюгированная адсорбированная инактивированная, жидкая) 0,5 мл/доза 0,5 Суспензия для внутримышечного введения Пфайзер Ирландия Фармасьютикалс Ирландия			
Вакцина против пневмококковой инфекции (Пневмо)	Вакцинация	14.10.2023	15.04.2024	1	G9430	Превенар 13® (вакцина пневмококковая полисахаридная конъюгированная адсорбированная инактивированная, жидкая) 0,5 мл/доза 0,5 Суспензия для внутримышечного введения Пфайзер Ирландия Фармасьютикалс Ирландия			

Вакцина комбинированная Гекса (АБКДС+ВГВ+ХиБ+ИПВ)	Вакцинация	14.10.2025	20.10.2025	1	Гексавакс В, вакцина (адсорбированная) против дифтерии, столбняка, коклюша (бесклеточная), гепатита В (рекомбинантная рДНК), полиомиелита (инактивированная) и гемофильной инфекции Haemophilus influenzae типа b конъюгированная 0,5 мл/доза 1 Суспензия для инъекций Санофи Пастер Франция			
Вакцина против пневмококковой инфекции (Пневмо)	Вакцинация	14.10.2025	20.10.2025	1	Превенар 13Ф (вакцина пневмококковая полисахаридная конъюгированная адсорбированная инактивированная, жидкая), 0,5 мл/доза, 0,5, Суспензия для внутримышечного введения, шприц, Пфайзер Ирландия Фармасьютикалс, Ирландия			

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	20.10.2025
Рост	56 см
Вес	9,2 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Общий медицинский осмотр
Группа здоровья	1 группа (здоровые дети)
Медицинская группа для занятий физической культурой	Основной
Рекомендации	Эпид. окружение чистое. Допускается в ДДУ

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться к педиатру 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
-------------------------	----------------------	----------------------------

• ТТ и Кв

Эпикриз

ТОПЛИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

Ребенок от 1 беременности, III родов.
Вес при рождении 3,20 кг, рост 56 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 ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. С

безболезненный. Сон и аппетит не нарушен.

Стул и диурез в норме.

Диагноз: Здоров (а)

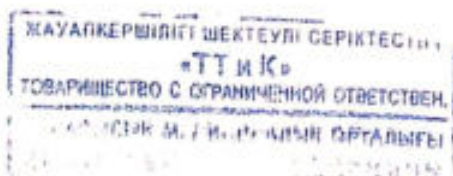
Група здоровья: // а

В школу/детский сад допускается

Эпид. окружение чистое

Врач:





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 20.10.2025

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

2. Пациенттің тегі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Манас Акерке Манаскызы
3. Туған күні (Дата рождения): 16.10.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, УЛИЦА: О.ТАТЕУЛЫ, ДОМ: 2А

5. Медицинское заключение:

Ребенок был на приеме и осмотрен врачом. Здоров. Эпид. окружение чистое. Допускается в ДДУ

6. Рекомендации (при необходимости):

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

КӨЛМЫРЗАҚЫЗЫ КӨРКЕМ



216549

Мед

	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	24.02.23	24.02.23	0,5	0341a 005C	ВГВ	иБ	иБ	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе / 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 қарсы екпе / Прививка против кори

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

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	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта базаны есепке алғанда балаларды емдеу-профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қадағи (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтима беріледі.

Карта ұйымда қалады.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19
желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына қосымша

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

1. Жалпы ережелер

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Мұлан Жамал

Туған күні 24.02.2023.

Жынысы қ.

Үйінің мекенжайы Жамал ауданы 8488-4-24

Занды өкілдер туралы мәліметтер:

Топ атауы ДДБМ

Тіркеу емханасы ЖОО ПТЦ К

Қан тобы Резус-факторы

Мүгедектік (иә / жоқ) топ

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ)

Диагноз (АХЖ-10 коды)*

Диспансерлік есепке алу күні

* B20-B24, F00-F99 диагноздарды қоспағанда

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

[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 его наличии) врача
от	до			

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в

Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР ДСМ-264/2020 "Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № № 21820)).

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	20.01.21
Рост	160
Вес	65
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	1
Медицинская группа для занятий физической культурой	1
Рекомендации	

* 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 ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСІ...

«ТТ и К»

ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

Эпид. эпикриз

ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ

ЦЕНТР СЕМЕЙНОЇ МЕДИЦИНЫ

Ребенок от 6 беременности

При рождении вес 4,100 кг. Рост 57 см. Рос
и развивался по возрасту. Осмотрен узкими
специалистами. Привит только БЦЖ и
ВГВ. Дальше мама отказывается от прививки по
личный убеждение. 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,
безболезный. Сон и аппетит не нарушен. Стул и
диурез в норме.
Эпид. окружение чистое.

Диагноз: Здоров (а)



Handwritten signatures and notes.

Без денсаулығы паспорты
Паспорт здоровья ребенка

16 VII 1963 1963
1963
1963

1963 1963 1963

1963 1963

1963 1963 1963 1963

1963 1963 1963

1963 1963 1963

1963 1963



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 15.07.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью «ТТ и К»

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): МҰРАТ ЖАНАСЫЛ НҰРБОЛАТУЛЫ

3. Тұған күні (Дата рождения): 24.02.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақтөбінская, РАЙОН: Алғинский, ГОРОД РАЙ.ЗНАЧ.: Алға, УЛИЦА: Уәлиханова, ДОМ: 10

5. Медицинское заключение:

Здоров Эпид окружение чистое
Может посещать в ДДУ

6. Рекомендации (при необходимости):

Кал на ягі не обнар

7. Фамилия, имя, отчество (полного имени) и идентификация врача, выдавшего справку:

ЖАМАНТАЕВА ГУЛНАР РАХМАНЖАНОВНА

216545



	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Ескерте дәне реакцияс Реакция на прививку	
						Жауы (Т°) Обы (Т°)	Егілге жерде Месты:
Егу: Вакцинация	3.11	20.11.22	0,5	1808412	4. КОРВАКОВ КОРВАКОВ	40,5	40
	5.11	25.08.22	0,5	1038001	1. АБЕЛДЫНОВ АБЕЛДЫНОВ	40	40
	Ал.1	28.08.22	0,5	1340211	1. АБЕЛДЫНОВ АБЕЛДЫНОВ	40	40
Қайта егу Ревакцинация	R132244	13.06.25	0,5	4014111	1. АБЕЛДЫНОВ АБЕЛДЫНОВ	40	40

• Препараттар мына өрілтермен белгіленеді: АКДС – адсорбенттелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе адсорбенттелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбенттелген дифтерия-сіреспе антиген мөлшері азайтылған, АД – адсорбенттелген дифтерия анатоксині АС – адсорбенттелген сіреспе анатоксині, К – коклюштың вакцинасы.

• Препарат обозначать буквами: АКДС - адсорбированный, коклюшно-дифтерийно-столбнячный 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 Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
Егу Вакцинация	20.03.22	20.03.22	0,5	4 14 20004	ВТБ	шб	
	31	20/11-22	0,5	100411	ВТБ	шб	шб
Қайта егу Ревакцинация	Бел	28.03.23	0,5	380211	ВТБ	шб	шб
	17.11	31.12	0,5	14.05.24	0,5	АВ20238013	РГВ, 1
				13.01.25	0,5	АВ202408022	

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайт Медицинский
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
12	28.03.23	0,5	0131W017	шб	шб	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайт (күн, себеп) Медицинский (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
13	28.03.23	0,5	0131W017	шб	шб	

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 Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
Егу Вакцинация	31	20/11-22	0,5	100411	ВТБ	шб	шб
Қайта егу Ревакцинация	Бел	28.03.23	0,5	380211	ВТБ	шб	шб
	12	28.03.23	0,5	0131W017	ВТБ	шб	шб

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

Қолы (Подпись)

Қарта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) қолтырылады.
Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19
желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына қосымша

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

1. Жалпы ережелер

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

М.М. 30.04.1990 Ж.т.е.

Туған күні 20.03.2022

Жынысы Ж.е.

Үйінің мекенжайы Қ.А. Жұбанов көшесі 308/1 кв.20

Занды өкілдер туралы мәліметтер:

Топ атауы

Ж.т.е.

Тіркеу емханасы

Қ.А. Ж.т.е.

Қан тобы

Резус-факторы

Мүгедектік (иә / жоқ)

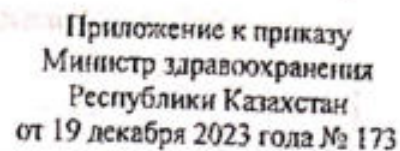
топ

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ)

Диагноз (АХЖ-10 коды)*

Диспансерлік есепке алу күні

* B20-B24, F00-F99 диагноздарды қоспағанда



1. Общие положения

Улица Гурова
Д. 100

22.03 2022.7

Пол Муж

Брежнев Мубачова 308. ириче 2

кв. ерпура 20

[illegible]

Аллергия (осы/нет) —

* Вид аллергии: вазоаналгическая, лекарственная, аллергические заболевания

Заболевания	Год	Заболевание	Год
-------------	-----	-------------	-----

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

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

[illegible]

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 его наличии) врача
от	до			

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР ДСМ-264/2020 "Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21820)).

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	30.05.2025г.
Рост	98 см
Вес	14 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	I группа
Медицинская группа для занятий физической культурой	Основная
Рекомендации	Здоровый образ жизни

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

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

Дата направления в ПМПК	Отметка о прохождении ПМПК

1. Бейнбас - Бұрханов
2. Нейролог - Нейролог
3. Окулист - Бұрханов
4. Стоматолог - Стоматолог
5. ЛОР - ЛОР
6. Хирург - Бұрханов

Документтер в доверенности



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 210 нысаны медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации МО «Элеос» Медициналық Орталығы INTERNATIONAL SOS Ақтөбе қаласы № <u>29</u> 05 20 <u>ж.</u>	Медицинская документация Форма № 210/е Утверждена приказом Министерство здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

НЕСЕП ТАЛДАУЫ АНАЛИЗ МОЧИ

20 29 жылғы (года) «29» 05 № 14 сағ. (час.)
 Биоматериалдың алынған күні, уақыты (дата, время взятия биоматериала)

Т.А.Ә. (Ф.И.О.) Мурзетулова З.А.
 Туған күні, айы, жылы (Число, месяц, год рождения) 20.05.1984
 Мамаға жолданды (Направлен специалисту)

1. Физикалық-химиялық қасиеттері Физико-химические свойства

Көлөмі (количество) 50,0 Түсі (цвет) с/м
 Тұнықтығы (Прозрачность) прозрачн
 Салыстырмалы тығыздығы (Относительная плотность) 1,020
 Реакциясы (Реакция) кисл Нәруыз (белок) —
 Глюкоза Билирубин —
 Уробилиноидтар (Уробилиноиды) —

2. Микроскопиялық зерттеу Микроскопическое исследование

Жалпақ эпителий (Плоский эпителий) —
 Ауыспалы (Переходный) —
 Бүйректің (Почечный) —
 Лейкоциттер (Лейкоциты) —
 Эритроциттер (Эритроциты): —
 Өзгермеген (неизменные) —
 Өзгерген (измененные) —
 Цилиндрлер (Цилиндры): гиалинді (гиалиновые) —
 Балауыз тәрізді (восковидные) —
 Түйіршікті (зернистые) —
 Эпителиалды (эпителиальные) —
 Лейкоциттік (лейкоцитарные) —
 Эритроциттік —
 Пигменттік (пигментные) —
 Сілемей (Слизь) —
 Тұздар (Соли) —
 Бактериялар (Бактерии) —

«29» 05 20 29 ж. (г.)
 Талдау берілген күні (дата выдачи анализа)

Қолы (Подпись) _____

МЦ «ЭЛЕОС»
Медициналық Орталығы

МЦ «ЭЛЕОС»

Ақтөбе қаласы

Медицинская документация Формы № 224/у
Утверждена приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года

20.03.2024

кеңейтілген (развернутый)

КАН ТАЛДАУЫ / АНАЛИЗ КРОВИ №

(Ф.И.О.)

Туған күні, айы, жылы (Число, месяц, год рождения)

Маманға жолданды (Направлен специалисту)

Компоненттер, элементтер Компоненты, элементы		Физиологиялық зерттеулер шегі Пределы физиологических исследований	СИ мөлшер бірліктері Единицы величины СИ	Нәтиже
Гемоглабин Е (М) Ә (Ж)		130,0-160,0 120,0-140,0	г/л г/л	128
Эритроциттер Е (М) (Эритроциты) (Ж)		4,0-5,0 3,9-4,7	$10^{12}/л$ $10^{12}/л$	4,70
Түсті көрсеткіш (Цвет. Показатель)		0,85 1,05	%	0,9
Ретикулоциттер (Ретикулоциты)		2 10	$10^9/л$	
Тромбоциттер (тромбоциты)		180,0 320,0	$10^9/л$	210
Лейкоциттер (Лейкоциты)		4,0 9,0		
Нейтрофилы	Промиеоциттер(промиеоциты)			
	Миелоциттер(миелоциты)			
	Метамиеоциттер (метамиеоциты)			
	Таяқшаядролы (палочкаядерные)	1-4 (0,04-0,30)	% $10^9/л$	
	Сегментаядролы (Сегментоядерные)	47-72 (2,00-5,50)	% $10^9/л$	
Эозинофилдер (Эозинофилы)		0,5-5 (0,02-0,3)	% $10^9/л$	
Базофилдер (Базофилы)		0-1 (0,00-0,065)	% $10^9/л$	
Моноциттер (Моноциты)		2-9 (0,09-0,60)	% $10^9/л$	
Лимфоциттер (Лимфоциты)		18-40 (1,20-3,00)	% $10^9/л$	
Плазмалиялық клеткалар		0 (0)	% $10^9/л$	
Эритроциттердің шегу жылдамдығы (Скорость оседания эритроцитов Е(М) Ә (Ж))		2-10 2-15	% $10^9/л$	2

Эритроциттердің морфологиясы / Морфология эритроцитов
Аназоцитоз макроциттер, микроциттер

(Анизоцитоз макроциты, микроциты)

Пойкилоциттер (Пойкилоциты)

Базофилді түйіршіктігі бар эритроцитоз (Эритроцитоз с базофильной зернистостью)

Полихроматология

Жолденешіктері, Кеботсақиналары (Тельца Жолли, кольца Кебота)

Эритро-нормобластар (100 – лейкоцитов) Эритро-нормобласты (на 100 лейкоцитов)

Мегаобластар (мегаобласты)

Лейкоциттердің морфологиясы / Морфология лейкоцитов

Ядролар гиперсегментациясы (гиперсегментация ядер)

Уылт түйіршіктік (токсическая зернистость)

20.03.2024

Бактериялар (Бактерии)

« » 20 ж (г.)

Талдау берілген күні (дата выдачи анализа)

Қолы (Подпись)



МҚО «Элеос»
Медициналық Орталығы
Ақтөбе қаласы
№ 4 «30» 05 2020

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

Ұйымның атауы Наименование организации ТОО МҚО «Элеос»

1. Ж. Мурзагулова Жадыра Аманжолқызы
2. Пациенттің топ, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента)
3. Туған күні (Дата рождения): 20.03.2004ж
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, УЛИЦА: Брестя (Жұмбақ) № 38/1
5. Медициналық Ақтөбе қаласында, ауруханада емделуі
6. Ресми Ақтөбе қаласында, ауруханада емделуі
7. Факт Ақтөбе қаласында, ауруханада емделуі и идентификатор врача, выдавшего справку



01/01/2013 9:01 PM

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министрлік медициналық Республикасы Қазақстан	* <i>прислано по уф</i> <i>2х124</i>	Нысанмен БҚСЖ бойынша қолы Код формасы ОКУД _____ Күні бойынша ұялы қолы _____ Код организации по ОКПО _____
Ұйымның атауы Наименование организации		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі 2019 жылы №23 қаулымен № 997 Ойрысмен Байтұрған № 06316 медицина медициналық бағыттағы
		Медициналық бағыттағы форма № 06316 Утаспендегі медицина министрлік медицина Республикасы Қазақстан №23 қаулымен 2019 жылы №997

Et

Алдың алу екпелерінің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

Есепке аяланды 06.01.2023 ж. (ф)
(Борт на учёт)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детской организации)

1. Тері, аты, өкесінің аты (фамилия, іміз, отчество) Самбаба Нұрмұх
25.04.2022

2. Туган куні (Дата рождения): 28.11.1988

3. Мехен-Жалы (с/д) мекен (домашний адрес; населенный пункт) _____ көшөсү (улица) _____
С.В. Саукар уя (дом) 210 корпус _____ пәт. (кв.) _____
АММН 326 7408

Мекен-жайы тауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күн, себеп) Медицинский отвод (дата, причина)
күн Дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	28.08.23	28.08.23	0,5	03718091	1-дәл - 28.08.23
	қайта егу ревакцинация					3-дәл - 28.08.23 6-дәл - 28.08.23 12-дәл - 28.08.23

Полиомиелитке қарсы екпе
Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күн Дата	Сериясы Серия
28.08.23	28.08.23	0,5	03718091	28.08.23	0,5	03718091		
28.08.23	28.08.23	0,5	03718091	28.08.23	0,5	03718091		

Күш, көзге тел, сіреспеге қарсы екпе
Прививка против дифтерий, коклюша столбняка

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себеп) Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу вакцинация	28.08.23	0,5	03718091	тексе	ИД	ИД	
1-дәл	28.08.23	0,5	03718091	тексе	ИД	ИД	
2-дәл	27.04.23	0,5	03718091	тексе	ИД	ИД	
Қайта егу ревакцинация	28.08.23	0,5	03718091	тексе	ИД	ИД	

*Препараттар мына еріптермен белгіленеді: АКДС-адсорбтелген, коклюш-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-коклюш 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	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себеп) Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу вакцинация	28.08.23	0,5	03718091	тексе	ИД	ИД	
1-дәл	28.08.23	0,5	03718091	тексе	ИД	ИД	
2-дәл	28.08.23	0,5	03718091	тексе	ИД	ИД	
Қайта егу ревакцинация	28.08.23	0,5	03718091	тексе	ИД	ИД	

Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себеп) Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
28.08.23	28.08.23	0,5	03718091	тексе	ИД	ИД	

«Министерство здравоохранения
Мемлекеттік санитарлық
кадастры»



Приложение
Форма № 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

Форма № 052-2/у «Паспорт здоровья ребенка»

• Общие положения

Ф.И.О.ребенка Сатбаева Мансур Курхатрис
 Национальность татары Дата рождения 25.11.2002. (2 лет 6 мес)
 Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
 Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) ул. Ш. Кудайбердиев 296/146
 Ф.И.О. Сехиева М год рождения 1997 матери/законного представителя 21.01
 Место работы матери/ законного представителя 8777 326 7708 / (мешер)
 Телефон матери/ законного представителя 8777 326 7708 / (мешер)
 Ф.И.О. год рождения отца Таньмурзаев К 1992
 Место работы отца бюро
 Телефоны отца 8777 156 5833
 законных представителей Гр 4 94-1780
 Поликлиника прикрепления Гр 4 94-1780
 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	коррекционно е	Общее	коррекционно е	Общее	коррекционно е

ОТОЛАРИНГОЛОГ

26.12.24 Зрзета



Срмостом 26.12.24 Зрзета



2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет)	Аллерген	Возраст начала	Год установления диагноза	Примечания
Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания				

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания.

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

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции).

Дата (с какого числа по какого числа)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация

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

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	от 10 до 11 лет	от 11 до 12 лет	от до ле
Дата обследования	2019 2019									
Возраст ребенка (на момент осмотра)										
Рост	85									
Вес	12,5									
Жалобы	ис									
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров									
Группа здоровья	1									
Медицинская группа для занятий физкультурой	общий									
Рекомендации	осмотр									



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

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

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорны

Эпикриз

Ребенок от I беременности, от I родов.

Родился(лась) с весом 3,40 кг, ростом 53 см.

Растет и развивается соответственно возрасту.

Привит по возрасту.

Контакт с tbs-отрицает.

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.

Д/с: Зернова
Группа здоровья I
НПР в норме
ФР судим





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 04.06.2025

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

2. Пациенттің тегі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): СӘТБАЕВА ЖАННҰР НҰРХАТҚЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 25.12.2022
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА: Братьев Жубановых, ДОМ: 296/3, КВАРТИРА: 61
5. Медицинское заключение:
Эпид. окружение чистое
6. Рекомендации (при необходимости):
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: КАЛМЫШЕВА ДИНАРА АСЫЛБЕКОВНА 16048



ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО		Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ГП «Мартукская РБ» на ПХВ ГУ УЗ Актыобинской области			

Форма № 065/у "КАРТА профилактических прививок"

2022 года "26" июня взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения

Серик Алинур Ерланұлы

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

2. Дата рождения

23.06.22

3. Индивидуальный идентификационный номер

4. Домашний адрес: населенный пункт улица п. Қаратөлеі ш. Ұлт

Дом 9 корпус кварта

Отметки о перемене адреса

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы		Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат					
		вакцинация	23.06.22	24.06.2022	905	1 жас - нәтижесіз 6 жас - рұқсат
		ревакцинация				3 жас - керемет 5 жас - 12 жас рұқсат

Прививка против полиомиелита ОПВ

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
23.06.22	15.11.22	V3 F 021V		19.06.23	18028132			
	19.12.22	W08031M						
	17.01.23	V3N 229V						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка* + ХИБ

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	23.06.22	15.11.22	0,5	V3 F 021V	Гексакем	нб	нб	
		19.12.22	0,5	W08031M	пентакем	нб	нб	
	—	17.01.23	0,5	V3N 229V	Гексакем	нб	нб	
Ревакцинация	23.06.22	08.07.24	0,5	W08031M	пекторакс	нб	нб	

* 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.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	23.06.22	23.06.2022	0,5	VVK 2000 г.	ВГ. В	н.б	н.б	
		15.11.22	0,5	V3E 0214	Гексакекс	н.б	н.б	
		17.01.23	0,5	V3M 2214	Гексакекс	н.б	н.б	
Ревакцинация		25.06.24	0,5	202205027	ВГ. А	н.б	н.б	
		25.12.24	0,5	AB20230903	ВГ. А2	н.б	н.б	

Прививка против паротита

КПК

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	
	19.06.23	0,5	0131M 074 А	н.б	н.б	
	02.07.24	0,5	0133N058A	н.б	н.б	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод(дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
	19.06.23	0,5	0131M 074 А	н.б	н.б	
	02.07.24	0,5	0133N058A	н.б	н.б	

Прививка против других инфекций

ИИЭВм

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод(дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	23.06.22	15.11.22	0,5	F M 1506	превектор	н.б	н.б	
Ревакцинация		17.01.23	0,5	F M 1508	превектор	н.б	н.б	
		19.06.23	0,5	CA 1168	превектор	н.б	н.б	

Дата снятия с учета) _____

Подпись _____

Причина _____

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.

1. Общие положения

[illegible]

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 его наличии) врача
от	до			

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года в КР ДСН-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР ДСН-264/2020 "Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21820)).

МО «Элеос»
Медициналық Орталығы
Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	18.07.20
Рост	96 см
Вес	14 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	ЗЗЗЗЗЗ
Группа здоровья	2 группа
Медицинская оценка для занятий физическими упражнениями	основная
Рекомендации	полезен

* 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



1. Органализатор 

2. Невролог 

9 of 11

4 covered - H.H.

Заведующий - Зубов

7-39066

General
Ref



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 210 нысаны медициналық құжаттама
Ұйымның атауы МО «Элеос» Наименование организации Медицинский Орталығы Ақтөбе қаласы INTERNATIONAL SOS 18 02 20 20	Медицинская документация Форма № 210/е Утверждена приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

НЕСЕП ТАЛДАУЫ АНАЛИЗ МОЧИ

20 18 жылғы (года) « 18 » _____ сағ. (час.)
№ _____

Биоматериалдың алынған күні, уақыты (дата, время взятия биоматериала)

Т.А.Ә. (Ф.И.О.) Серік Ахметов Брленович
Туған күні, айы, жылы (Число, месяц, год рождения) 23 06 1922
Мамаға жолданды (Направлен специалисту)

1. Физикалық-химиялық қасиеттері Физико-химические свойства

Келесі (количество) 0,10 Түсі (цвет) сұр
Тұнықтығы (Прозрачность) ақ
Салыстырмалы тығыздығы (Относительная плотность) 1,020
Реакциясы (Реакция) кисл Нәруыз (белок) +
Глюкоза _____ Билирубин +
Уробилинондар (Уробилиноиды) _____

2. Микроскопиялық зерттеу Микроскопическое исследование

Жалпақ эпителий (Плоский эпителий) _____
Ауыспалы (Переходный) _____
Бүйректің (Почечный) _____
Лейкоциттер (Лейкоциты) _____
Эритроциттер (Эритроциты): _____
Өзгермеген (неизменные) _____
Өзгерген (измененные) _____
Цилиндрлер (Цилиндры): гиалинді (гиалиновые) _____
Балауыз тәрізді (восковидные) _____
Түйіршікті (зернистые) _____
Эпителиалды (эпителиальные) _____
Лейкоциттік (лейкоцитарные) _____
Эритроциттік _____
Пигменттік (пигментные) _____
Сілемей (Слизь) _____
Тұздар (Соли) _____
Бактериялар (Бактерии) _____

« 18 » 02 20 20 (г.)
Талдау берілген күні (дата выдачи анализа)



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

Ұйымның атауы Наименование организации ТОО Мц «Элеос»

1. Жолдағы:

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Серік Амирул

3. Туған күні (Дата рождения): 25.06.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыубинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА: Бейбітшілік, ДОМ: 154-31

5. Медицинское заключение:

6. Рекомендации (при необходимости):

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



Мер
(Печать)



Қазақстан
Республикасы
Денсаулық сақтау
министірлігі

ҚР Денсаулық сақтау
министірлігінің 2013 жылғы
«06» наурыздағы №127
бұйрығымен бекітілген №
220 заңды құжаттама



Нәжіс талдауы
Анализ КАЛА

Яйцо гельминтов, скрытая кров, стеркобилин, билирубин
№ 18

20 28 жылғы/ года/

Т.А.Ә(ФИО) Серік Әлиұр
Туған күні (Дата рождения) 27.06.2022
Ұйым (Организация) _____
Бөлімде (Отделении) _____
Гельминт жұмыртқасы (Яйца гельминтов) _____
Қарапайымдар (Простейшие) _____
Жасырын канға реакция _____
Стеркоблинге реакция 20 28 18
Билирубинге реакция 20 28 18



20 28 ж /Г/

Қолы

28

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

«АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ»
МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІНІҢ
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ
«АҚТӨБЕ АУДАНЫ» АУДАНЫ
МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ
МЕМЛЕКЕТТІК
КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРЫНЫ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің 2010 жылғы «30» қазанындағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген №
065/е нысаны медициналық құжаттан
Медицинская документация Форма № 065/у
Утверждена приказом и.о. Министра
здравоохранения Республики Казахстан
«30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

АЛДЫН АЛУ ЕКПЕЛЕРІНІҢ КАРТАСЫ
КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Есепке алынды (Взят на учет)

« » 20 ж (г.)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детской организации)

Центр Семейного Медиацентра

1. Тегі, аты, әкесінің аты Тригубенко Игорь
2. Туған күні (Дата рождения) 3. Мекен-жайы: әлді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) 17.01.2020
Көшесі (улица) 135-158 үй (дом) 87056897272 қорпус пәтер (кө.)
Мекен-жайы ауысқаны 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					
		Егу Вакцинация	19.01.2020	0,05	0391	Иммунитет
		Қайта егу Ревакцинация				Иммунитет

Полиомиелитке қарсы екпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст
V ₁	18.01.2020	05 0244		V ₄	18.01.2020	05 0244	
V ₂	15.06.2020	05 0244		V ₅	26.09.2020	05 0244	
V ₃	18.07.2020	05 0244					

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

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу / Вакцинация	V ₁	18.01.2020	05 0244	АКДС	МД	МД	
	V ₂	15.06.2020	05 0244	АКДС	МД	МД	
	V ₃	18.07.2020	05 0244	АКДС	МД	МД	
Қайта егу / Ревакцинация	V ₄	26.09.2020	05 0244	АКДС	МД	МД	

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, кекжөтел-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 – кекжөтел вакцинасы.

* Препарат обозначить буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М – анатоксин адсорбированный, дифтерийно-столбнячный анатоксин с увеличенным 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 серпінісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу / Вакцинация	17.01.22	17.01.22	0,5	20004		нб	нб	
		18.04.25	0,5	0701	1, 66	нб	нб	
		18.07.22	0,5	сәуір	гемор	нб	нб	
Қайта егу / Ревакцинация	18.01.23	01.24.05	202100027			нб	нб	
		26.08.24	202509015			нб	нб	

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

ККР

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпінісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
17.01.2022	17.01.23	0,5	С 0131N 017	нб	нб	
Ресми	23.01.24	0,5	0354 0388	нб	нб	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

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

Кесевмен 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 серпінісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу / Вакцинация		18.04.25	нб	нб		нб	нб	
Қайта егу / Ревакцинация		18.07.22	0,5	сәуір	нб	нб	нб	
		17.01.23	0,5	7M1506	прививка	нб	нб	

Есептен шығарылу күні (Дата снятия с учета)

Себебі (Причина)

Қолы / Подпись

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу-алдын алу ұйымында толтырылады (ФАП).
Қаладан (аудандан) кешкен кезде қолына егілген туралы анықтама беріледі. Карта ұйымда тіркелді.
Карта заповнюється в дитячій лічebно-профілактическій організації (ФАП) при взятті ребенка на учет.
В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках. Карта остается в организации.

1.Жалпы срезелер/Общие положения

Ұлты/Национальность қазақ Туған күні/ Дата рождения 17.01.2002

Жынысы/Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Үйінің мекен-жайы/немесе интирнат үлгісіндегі ұйымның мекен-жайы/

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) 2. Якутск

Занды оқилдер туралы мәліметтер/Сведения о законных представителях:

Моёму: Павлушке С.Р. 1901.г.

no no (Tou) regnozzioo H.T. 198121

Тіркеу емханасы /Поликлиника прикреплённая

Қан тобы /Группа крови _____ Резус – факторы/резус факторы _____

Мүгедектік із/жок /инвалидность (да/нет) _____ топ/группа _____

Бала диспансерлік есепте тұрама(на/жоқ) Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (АХЖ-10 коды) Диагноз (код МКБ-10) _____

Диспансерлік есепкеалу//Дата взятия на диспансерный учет _____

*B20-B24,F00-F99

Кесте /Таблица 1. Ұйымдардын сипаттамасы/Характеристика организаций

[illegible]

2. Анамнездік факторлар /Анамнестические сведения/

Косте /Таблица 2. Аллергия тарихы/Аллергоанамнез

[illegible]

Кесте/Таблица 3. Бұрынғы жарапалы аурулар/ Перенесенные детские инфекционные заболевания.

[illegible]

Кесте /Таблица 4. Аурухнада жеткен туралы маалымат (сонын ичинде жаракаттар, операциялар) Сведения о госпитализации (включая травмы, операции).

[illegible]

Кесті/Таблица 5. Санаториялық-курорттық (және оған теңестірілген) емдеу туралы ақпарат / Сведения о санаторно-курортном (и поправленном к нему) лечении.

[illegible]

Кесте /Таблица 6. Еңбекке уықтына жаранымдық туралы анықтама (№ 035/у «Медициналық қызметтерді есепке алу нысаны» бойынша) /Сведения о временной нетрудоспособности (сведения формы № 035/у «Форма учета медицинских услуг»)

[illegible]

3. Согласно о наличии профилактических прививок по форме № 065/у «Карта профилактических прививок» в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4 Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 13 декабря 2020 года № КР ДСМ-264/2020 «Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного и подросткового, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования») зарегистрированы в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 121820).

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

Анамнез (анамнез) и профилактический осмотр за последний календарный год*	Анамнез жас бойынагы согуу кезиндеги жамдагы профилактикалык текшерүүлөр туралы акаарат/ Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Параметрлери /Параметры	
Текшерүү өткөзгөн күнү (Дата обследования)	
Бойы/Рост	
Салмагы/Вес	
Корытылган диагноз (жеткигі және катар жүрөтін аурулары коосу)/ Значительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	
Денсаулык тобу/ Группа здоровья	

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

Зерттеулердің түрлері (қан, нәсел, нәжіс және басқалар) Вид исследования (кровь, моча, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	26.08.2024	НБ 118 г/л
	26.08.2024	СРБ 6 мм/г
		К 3,8 x 10 ⁹ /л
ОАК	26.08.2024	НЧ 8 x 10 ⁹ /л
		С/мелл.
		НР 200 г/л
		Билирубин
Кал на анализ	26.08.2024	нр 002

Флюорографиялық (рентгендік) зерттеулердің мәліметтері
Данные флюорографических (рентгеновских) исследований

Күні Дата	Зерттеулердің түрлері Вид исследования	Нәтижесі Результат	Пленкадағы жазықтықтың мөлшері (см/см) Размер поля на пленке (см/см)	Бір түсірілімнің дозасы (МЗВ) Доза за один снимок (МЗВ)
				Үту Прочной
				Қыры Безопасной

Баланың салмақ-бой көрсеткіштері
Массо-ростовые показатели ребенка

Жасы/Возраст	Салмағы/Вес (кг)	Бойы/Рост (см)
1		
2	19,7	95
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

Диспансерлік бақылауда тұрғанлар туралы мәлімет
Сведения о находящихся на диспансерном наблюдении

Маман Специалист Диагноз	Есепте алынған күн Дата включения на учет	Маманың келуін бақылау Контроль посещения специалиста						Есептен шығарылған күні Дата снятия с учета Себебі Причина
		белгіленген таңбасы	келуі яка	белгіленген таңбасы	келуі яка	белгіленген таңбасы	келуі яка	белгіленген таңбасы

Жоспарлы тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері
Данные плановых углубленных медицинских осмотров

1 жасқа дейін / В возрасте от 1-3 лет	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 года	3 жаста в 3 года
Тексеру күні Дата обследования			26.08.2024
Баланың жасы (тексерген кездегі) Возраст ребенка (на момент осмотра)		22	
Бойы/Рост		95	
Салмағы/Вес		19,7 кг	
Шағымы/Жалобы		Н/з	
Мамандардың тексеруі / Осмотр специалистов			
Педиатр			
Хирург (ортопед)			
Невропатолог			
(1 жаста) / (1 год)			
Отоларинголог			
Офтальмолог			
Логопед (3 жаста бастап) / (с 3-х лет)			
Стоматолог (жыл сайын / ежегодно)			
Өлге де мамандар			
Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтері (қан, нәсел, нәжіс және басқалар) кабинеттарына нәсел, нәжіс анализі)			ОАК 6 г/л
Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)			ОАК 6 г/л
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі, іс-шаралар) Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)			ЗДР.Р.В.
Табиғи дамуы бағалау			ҚР.Р.В.Р.В.

Оценка физического развития	
Жизнь-психикальный статус	
Оценка нервно-психического развития	КГРР-Н
Девушки тоби	2
Группа здоровья	
Усыновление (судим, режим, тавастыгу, шыныгу жалпы және түрү түпкідегі білім беру мекемесіне түсу, білімнің жоғары маңызы меніңсі және басқалар)	саба баға продвижение наследия
Рекомендации (образование, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)	
Дирігер педиатрдың қолы	
Подпись врача педиатра	

Жоспарлары тереңдетілген медициналық тексеру нәтижелері /5-7 жаста (мектепке барар алдында)

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

Параметры	5 жаста В 5 лет	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста) За 1 год до школы (в 6 лет)	Мектепке барар алдында (жаста) Перед школой (в 7 лет)
Тексеру күні/Дата обследования			
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)			
Бойы/Рост			
Салмағы/Вес			
Шағымы/Жалобы			
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог			
Стоматолог			
Өңге де мамандар /Другие специалисты			
Зертханалық нәтижелер (қанық және жалпы анализі, ішек қан қабыршақтарына несеп, нәжіс анализі)			
Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз			
Заключительный диагноз			
Табиги дамуы бағалау/Оценка физического развития			
Жұмыс психикалық дамуы бағалау			
Оценка нервно-психического развития			
Денсаулық тоби /Группа здоровья			
Дене шымықтырумен айналасатын медициналық топ			
Медициналық топқа для занятий физкультурой			

Спортпен байланыс немесе спорттық білім айналыста ұсынылған Рекомендация к занятиям спортом, бальными или спортивными танцами	Спортты и түрі (күресі тең) Під спорту (жүзеті)	Айықталған / амбулатор / жері айықталған (активті сәтте жері) Показано / ограничено / противопоказано (показано)
Усыновление (судим, режим, тавастыгу, шыныгу жалпы және түрү түпкідегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары маңызы меніңсі және басқалар) Рекомендации (образование, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)		
Қолы/Подпись		

9-10 жаста (3 сынып-мектеп оқытуда өту)

9-10 лет (3 класс - переход к предметному обучению)

Тексеру нәтижелері/Результаты осмотра					
Тексеру күні/Дата обследования	Тексеру сәтіндегі жасы (жылы, айлары)/Возраст (лет, месяцев) на момент осмотра	Сынып/Класс			
Параметры	Бойы/Рост	Салмағы/Вес			
Жыныстық формуласы	Ұл балалар/Мальчики	Р Ах Фа	Қыздар/Девочки	Р Ма Ах Ме	
Половая формула		Р Ах Фа		Р Ма Ах Ме	
Еттегі функциясының сипаты	Менархе (жасы, айлары)/Менархе (лет, месяцев)	Менархе (жасы, айлары)/Менархе (лет, месяцев)	Менархе (жасы, айлары)/Менархе (лет, месяцев)	Менархе (жасы, айлары)/Менархе (лет, месяцев)	
Шағымы/Жалобы					
Мамандардың тексеруі / Осмотры специалистов					Диагноз
Педиатр (оның ішінде ЖҚЖ мектепте, АҚ - 3 рет) (в том числе ЖСС за 1 минуту, АД - 3 раза)					
Хирург					
Офтальмолог					
Отоларинголог					
Невропатолог					
Стоматолог					
Гинеколог					
Педагог, психолог					
Өңге де / Другие					
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі, ішкі, ішкі аурулар)					
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)					
Табиги дамуы бағалау					

Дата 24.01.24 Эпикриз в ДДУ, школы.

ФИО Томсенберг Морген

Вес 19,2

Рост 95

Ребенок от IV доношенной беременности, 16 срочных родов. Родился весом 4100 рост 54, крик сразу. П-д новорожденности без особенностей. Растет и развивается соответственно возрасту. От сверстников не отстает,

Привит согласно плану, привес Наследственность и аллергоанамнез не отягощен,

На «Д» учете не состоит, состоит Д/з

Жалоб нет. Общее состояние: удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены.

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

Диагноз Здоров

Группа зд. Б

Физ.разв. соотв. возр

Физ.гр. основное

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: Муромов

Алкоголизм родителей						
Употребление алкоголя						
Есть ли в семье отцы до контроля						
защиты родителей						
Употребление наркотических и других психоактивных веществ						
Дефекты артикуляции						
Избыточная масса тела						
Дефицит массы тела						
Артериальная гипертензия						
Артериальная гипотензия						
Тяжелые заболевания						
Физическая активность						

Какие факторы были бы в семье, если бы в анамнезе были						
Группы профилактического вмешательства в зависимости от наличия факторов риска						
Группы риска	Тяжелые травмы	Избыточная масса тела	Есть ли в семье отцы до контроля	Дефекты артикуляции	Артериальная гипертензия	Тяжелые заболевания
Аз кауіті топ						
Малого						
Орта кауіті топ						
Среднего						
Жоғары кауіті топ						
Высокого						

Кесте /Таблица 8. Психологическо-педагогическо-педагогическая консультация (ПМПК) жолдама берілген туралы ақпарат /

Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (ПМПК)		
ПМПК жолдама күні/ Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	ПМПК өткен туралы белгі/ Отметка о прохождении ПМПК



«АКТӨБЕ ОБЛЫСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ»
МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІНІҢ
НАҚСЫМДЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ
«ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ»
МЕМЛЕКЕТТІК
КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/а
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 27.08.2024

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Центр семейной медицины" на праве
хозяйственного ведения государственного учреждения Управления здравоохранения Актыбинской области

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

ТОЛЕПБЕРГЕН ИБРАХИМ ЖӘНІБЕКҰЛЫ

3. Тұтан күні (Дата рождения): 17.01.2022

4. Мекенжайы (Адрес):

РЕСПУБЛИКА, Казахстан, ОБЛАСТЬ, Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актебе, МИКРОРАЙОН, Болашак, ДОМ, 133г, КВАРТИРА, 158

5. Медицинское заключение:

Диагноз Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид. окружение чистое.

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

МУКАНОВА АЙНУР КОМЕЕВНА

210297

