«Күншуақ» ересек топ

№	Баланың аты-жөні	Туған жылы,күні	Қабылданған күні
1	Ажмұрат Айтөре Әлібиұлы	09.06.2021	04.06.02025
2	Аманболды Ахмед Медетұлы	09.03.2021	05.06.02025
3	Аманқос Әлихан Ерполатұлы	23.02.2021	15.09.02025
4	Арман Нұрхан Мейірханұлы	18.10.2021	04.06.02025
5	Асқарқызы Рамина	13.06.2021	04.06.02025
6	Асылбек Санжар Асқарұлы	03.02.2021	05.06.02025
7	Асылжанқызы Медина	15.02.2021	03.09.02025
8	Аяпберген Мүсілім Асқарбекұлы	07.11.2021	05.06.02025
9	Бақытов Ахмет Аянұлы	14.03.2021	18.09.02025
10	Бегәділ Айсұлтан Қайратұлы	17.04.2021	04.06.02025
11	Бихожа Диас Қанатұлы	06.07.2021	03.06.02025
12	Болатова Медина Таңатқызы	03.03.2021	14.07.02025
13	Ергазы Айша Мирамбекқызы	25.08.2021	03.06.02025
14	Ермахан Ерасыл Ақылбекұлы	23.06.2021	03.06.02025
15	Кенжетай Нұрахмед Даянұлы	07.03.2021	18.07.02025
16	Корганбеков Алан Асылбекович	16.03.2021	03.06.02025
17	Мырзахметқызы Айдай	25.02.2021	07.08.02025
18	Нұрабеков Алинұр Жәдігерұлы	22.06.2021	04.09.02025
19	Пәтуәлі Ерәли Темірланұлы	01.07.2021	04.06.02025
20	Рысбекқызы Асылым	15.04.2021	30.07.02025
21	Серик Асылым Кайраткызы	27.05.2021	04.06.02025
22	Тәңірберген Айдана Жаңабекқызы	01.04.2021	24.07.02025
23	Төребек Ибраһим Мейірбекұлы	09.07.2021	03.06.02025

ПРИЛОЖЕНИЕ
к «Инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 026/у-3
Паспорта здоровья ребенка»

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА
(код формы по ОКУД – 026/у-3)
БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ
(ОКУД бойынша коштын нысаны 026/у-3)

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ
БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ

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

Ұлты\Национальность Казах **Туған күні/Дата рождения** 09.01.2014

Жынысы: ер/әйел (кажеттісінің астын сызу керек)\Пол: **мужской/женский** (подчеркнуть)

Мекен-жайы (немесе интернат мекемесінің мекен-жайы)**Домашний адрес** (или адрес интернатного учреждения) г. Актобе ул. Есенова, 5 кв. 11

телефон (тұрғылықты орны)**телефон** (места жительства)

Қызмет көрсететін емхана\Обслуживающая поликлиника Городская поликлиника № 4

телефон (мед/дным.)**телефон** (мед/орг.)

Қанның тобы\Группа крови **Резус-фактор**

Мүгедектік\Инвалидность

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру Среднего общего образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Школа-интернат		Орта жалпы білім беру Профессионального образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

Қолайсыз кәсіби-өндірістік факторлар\Неблагоприятные профессионально- производственные факторы

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

Аллергия

Вакциналық дәрілік, аллергиялық аурулар Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген Аллерген	Басталған жасы С какого возраста	Диагноз қою жылы Год установления диагноза	

2. АНАМНЕСТИКАЛЫҚ МӘЛІМЕТТЕР
АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Ата-аналары туралы мәліметтер\Сведения о родителях

	А.Ж.Ә. туған жылы Ф.И.О., год рождения	Білімі Образование	Жұмыс орны, жұмыс телефоны Место работы, телефон
Анасы Мать	Кожиева Нигера	среднее спец	мигрант
Әкесі Отец			

Отбасының сипаттамасы – толық\толық емес (кажеттінін астын сызу керек)
Характеристика семьи – полная/неполная (нужное подчеркнуть)
Тұрмыстық жағдайы\Жилищно-бытовые условия удов. нор

Отбасының анамнез (аурушаңдық)\Семейный анамнез (заболевания) не отягощен

Мектептен тыс сабақ\Внешкольные занятия

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

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
		Нв 110 г/л
ОАК	[illegible]	L - 6,8
	[illegible]	СОЭ 9 мм/ч
ОАМ	[illegible]	[illegible]
Кал на я/г		[illegible]

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

Күні Дата	Зерттеулердің түрлері Вид исследований	Нәтижесі Результат	Пленкадағы жазықтықтың мөлшері (см х см) Размер поля на пленке (см х см)	Бір түсірімнің дозасы (МЗВ) Доза за один снимок (МЗВ)	
				Түзу Прямой	Қыры Боковой

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

Жастан – 3 жаска дейін/В возрасте 1-3 лет

Параметрлері Параметры	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 года	3 жаста в 3 года
Тексеру күні/Дата обследования	18.05.2012		
Баланың жасы (тексерген кездегі) Возраст ребенка (на момент осмотра)	9 мес		
Бойы/Рост	84		
Салмағы/Вес	14,5		
Шағымы/Жалобы	нет		
Мамандардың тексеруі\Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог (1 жастан в 1 год)			
Стоматолог (жыл сайын ежегодно)			
Өзге де мамандар Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі, ілеспелі аурулар) Заключительный диагноз (в том числе основные и сопутствующие заболевания)			
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития			
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития			
Денсаулық тобы Группа здоровья			
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)			
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ			

Эпикриз

Ребенок оформляется в д. сад.
Жалоб нет. Ребенок от I беременности, I родов, родился весом 3500 гр, длиной 55 см. Закричал сразу. Привит согласно календарю. На «Д» учете у невропатолога не состоит. Осмотрен узкими специалистами, патологий нет.
Обследовано: ОАК, ОАМ, соскоб на я/г без патологии.

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев спокойный. В легких везикулярное дыхание, сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, без болезненный.

Физ оправление в норме.

Диагноз: здоров
II гр здоровье
ФР и НПР соот. возрасту

Қазақстан Республикасы
Ақтөбе облысының
Денсаулық сақтау басқармасы
Денсаулық сақтау мекемесінің
Мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны

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

Форма № 027/у

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

СПРАВКА

Дата выдачи 30.06.2023

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Ажмұрат Айтөре Әлібиұлы

3. Туған күні (Дата рождения): 09.06.2021г

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , АКТЮИНСКАЯ ОБЛАСТЬ:11 мкр ул Шайкенова 3

5.Медицинское заключение:**Здоров**

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид окружение чистое

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

Врач:Алмаханова Ж.А

Мөр
(Печать)

нысанды медицина

прибыл 39дн
19.07.22.

Карта
Профилактических прививок

Дет. поликлиника Семиусталинск ясли, д. сад, школа
Фамилия, имя Даниятов Дорс год рождения 2011 месяц 11 число 9
Домашний адрес: населенный пункт Семиусталинск ул. Х Досмухамедова
Дом № 13 корпус № _____ кв. № _____ Перемен адреса _____
Выбыло временно _____
Прибыл в данную поликлинику (населенный пункт) Семиусталинск дата 27.05.2023

Прививки против туберкулеза					Реакция Манту			
Возраст	Дата	серия	Доза	Результат	Дата	Серия	Доза	результат
10/11	2021	03799 2м	0,05	13/I-22	3/III 23	03.02.2023	0,1	отр

Прививки против дифтерии и коклюша								Прививки против полиомиелита						
		Возраст	Дата	доза	Серия	Реакция	Отвод по мед. Показ. (число, месяц, год)		Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция	Отвод по мед. показ. (число, месяц, год)
Вакцинация	I II III							Вакцинация	1/11	23	2 к	1001		
Ревакцинация	I II IV V							Ревакцинация						

Прививка против кори, краснухи, эпид. паротита							Прививки против вирусного гепатита							
	Возраст	дата	доза	серия	Реакция	Отвод по мед. Показ. (число, месяц, год)			Возраст	Дата	Доза	Серия	Реакция	Отвод по мед. показ. (число, месяц, год)
Вакцинация	10/11	23.05	0,5	0131			Вакцинация	I II III	9/I	21	0,5	200		13/I-22
Ревакцинация														

Другие прививки													
	1/3 пневмо	11/I	23.05										

ШЖК «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Приложение к
Министр здравоох
Республики К
от 19 декабря 2023 год

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка

ИИН

Дата рождения

Пол

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях:

Мать —

Отец —

Поликлиника прикрепления

Группа крови

Фактор

Ретус-

Инвалидность (да/нет)

группа

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов I20-I24, F00-F99

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	16.08.2024 г.
Рост	94 см
Вес	16,000 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	—
Группа здоровья	IV гр
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная закаливание
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

Прилож[illegible] форме №052-2/у

Жоспарлы терендетілген медициналық тексеру мәліметтері

Данные плановых углубленных медицинских осмотров

Параметрлері Параметры	3 жаста В 3 года	4 жаста В 4 года	5 жаста В 5 лет
Тексеру күні/Дата обследования	16.08.2024		
Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования	3 года		
Бойы/рост	104 см		
Салмағы/вес	16,000 кг		
Шағымы/ жалобы	[illegible]		
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр	здоров		
Хирург ортопед	[illegible]		
Офтальмолог	[illegible]		
Оториноларинголог	здоров		
Невропатолог	здоров		
Стоматолог	[illegible]		
Өзге де мамандар/Другие спец.			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс)	ОАК 16.08.2024	ОАК 16.08.2024	
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на я/глист)	ОАК от 16.08.2024		
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз	[illegible] от 16.08.2024		
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития	[illegible]		
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка НПР	[illegible]		
Денсаулық тобы Группы здоровья	[illegible]		
Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой	[illegible]		
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсыныстар Рекомендации к занятиям спортом, больными или танцами	Спорттың түрі (көрсетілсін) Вид спорта (указать)	Айғақтылығы/ шектелуі/ қарсы айғақтылығы (қажетін сызу керек) Показания/ ограничения/ противопоказания (нужное подчеркнуть)	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білдім беру мекемесіне түсу, білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов	[illegible]		
Қолы/Подпись			

ШЖК «№6 Каратау ауданы» МКК

Эпикриз

Дата: 10.03.2024

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Ребенок от 1 беременности, от 1 родов.

Родился(лась) с весом 3,100 кг, ростом 51 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по возрасту контакт с tbs –.

На «Д» учёте не состоит

Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний: ОРЗ

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

Диагноз: Здоров

НПР Здоров

ФР- Здоров

Группа здоровья: I

Детсад посещать может

Врач:

Зав.ПМСП: Допускается в ДДУ

ШЖК «№6 Каратау ауданы» МКК ЕНБЕКУЕ ЖАРАМСЫЗ АРАКТАР АНЫКТАМА ҮШІН

ШЖК «№6 Қалалық емхана» МКК

КП «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

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

Дата выдачи 20.08.2024 г

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) АМАНБОЛДЫ АХМЕД МЕДЕТҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 09.03.2021 г .

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе Пер Короткий 8

5. Медицинское заключение:
Здоров . . Кал на я/глист от 16.08.2024 г отрицательный.

6. Рекомендации (при необходимости): Эпидокружение чистое.

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
Жанұзақ А.Б. 193919

Мөр
(Печать)

Приг № 90 45 16 08 2024

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

20 года " " взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения ОАЕ

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Аманбеков Ахмед Мухтарович
2. Дата рождения 09.03.2021
3. Индивидуальный идентификационный номер
4. Домашний адрес населенный пункт улица Сарыт. Бейсенов. №15

Дом Коретка 8 корпус квартира

Отметки о переменe адрес

Прививка против туберкулеза

Туберкулиновые пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						1мес папул. 5мм 3мес папул 5мм 6мес рубц 5мм 12мес рубц 5мм
11 04 23	0,18 стр	вакцинация	2дн	12 03 21	0,05	03796214	
26 03 24	отр						
		ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V 2мес	12 05 21	T3E2741V	V3 4мес	22.04.21	T3E2741V			
V2 3мес	16 06 21	V0B4611A	V4	04 09 23	2K1820132			

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т°)	Местная	
Вакцинация	V1 2мес	12 05 21	0,5	T3E2741V	гексакокк		н/б	
Ревакцинация	V2 3мес	16 06 21	0,5	V0B4611A	пентакокк		н/б	
	V3 4мес	22.04.21	0,5	T3E2741V	гексакокк		н/б	
	RV	20 09 22	0,5	V0A011V	пентаксим			

* 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 Общая (Г*)	Местная	Медицинский отвод
Вакцинация	0дн	10.03.2021	0,5	VV19004	"Н и В"	нб		
Ревакцинация	V_1 1мес	12.05.21	0,5	73E2411V	гексаксим	нб		
	V_2 4мес	22.09.21	0,5	BE2411V	гексаксим	нб		

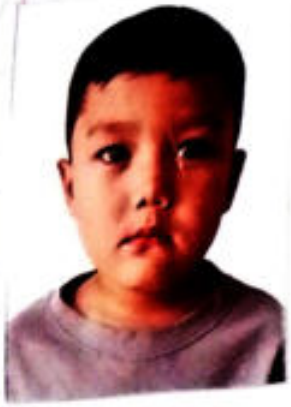
ККП

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку Общая (Г*)	Местная	Медицинский отвод
V_1 1год	16.03.22	0,5	0130V089	нб	нб	
		Pr n A4				
V_1	6.03.23	0,5	20190301 8	Pr n A4	нб	
V_2	31.01.24	0,5	20220502 7	Pr n A4	нб	

Баланың ата- анасының аты жөні: Ерженова Айжан

Екпенің аты	Күні, айы, жылы	Келісім қолы
V1АКДС + Hib+ИПВ+ВГ«В»+ **V1** Пневмококк	12.05.21 12.05.21	
V2АКДС + Hib+ИПВ	16.06.21	
V3АКДС + Hib+ИПВ+ ВГ «В» + **V2** Пневмококк	22.07.21 22.07.21	
V1 ККП + **V3** Пневмококк + **V4** ОПВ	16.03.22 16.03.22	
RVАКДС + Hib+ИПВ	30.09.22	
V1 Вирусный гепатит А		
V2 Вирусный гепатит А		
RV АbКДС + **RV** ККП		
RV БЦЖ		
Манту		



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

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

I. Общие положения

Фам[illegible]нка Аманжос Зинаиде,
ИИН [illegible]я 23.II.21 Пол [illegible]
Домашний адрес (или адрес организации [illegible]натного типа)
ул. Ж. Нурмановой 281-212 (3 эт)
Сведения о законных представителях:
мать: Сыдыкова Зарина Н., 1999 г.
отец: Жумабаев Ермек Т., 1997 г.

Поликлиника прикрепления Исл [illegible] осмонова
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

АЛЫҚТАМАЛАР ҮШІН

Таблица 1. Характеристика организаций

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

Таблица 7. Сведения о пр... год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	13.08.2025 г.
Рост	108.
Вес	19кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Группа здоровья	II а
Медицинская группа для занятий физической культурой	основной
Рекомендации	–

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

Мед.осмотр 2025г.

Окулист	
Оториноларинголог	
Хирург	здоров
Невропатолог	здоров
Стоматолог	нуждается
Психолог	нуждается
ВОП	здоров

Эпикриз

Перенесенные зоболевания нет
Привит по календарю. да
Наследственность и аллергоанамнез не отягощены .
Проведен медосмотр. На <<Д>> учете (не)состоит.
Диагноз: здоров
Группа здоровья II а
Физ.развитие средн
НПА 1

Эпид.окружение чистое.
Садик посещать может.
Врач: Чечекило И.А

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

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

Ак 83697

20 21 жылғы (года) « 25 » 02 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) Ламанов Алихан

2. Туған күні (Дата рождения) 23.02.2021

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт Алга
көшесі (улица) Пролетарская үй(дом) 24 корпус _____ пәтер(квартира) _____

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	23.02.21	24.02.21	0,05	Ак 0379	1ай - шор 4мм 3ай - ~~ауз~~ 4мм
		қайта егу ревакцинация					6ай - рубр 4мм 12ай - рубр 4мм

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
23.02.21	14.06.21	П3Е271V.н/б		04.08.22	24	1 год 2 мес.		
	14.07.21	П0В461М.н/б						
	16.08.21	П3Е271V.н/б						

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	23.02.21	14.06.21	0,5	П3Е271V	Сексакси	н/б	н/б	
		14.07.21	0,5	П0В461М	Пентаксим	н/б	н/б	
		12.08.21	0,5	П3Е271V	Тексакси	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіре... адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, К – ко... антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – ко... 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	23.02.21	23.02.21	0,5	19004	ВГВ	б/жоқ	б/жоқ	
		14.06.21	0,5	1337217V	Генка	жо	жо	
		16.08.21	0,5	1337217V	Генка	жо	жо	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе/ Прививка против паротита Рлевин

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
23.02.21	14.06.21	0,5	D20572	жо	жо	
	16.08.21	0,5	D20572	жо	жо	
	28.05.22	0,5	0130W025	жо	жо	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
23.02.21	26.05.22	0,5	EK6020	жо	жо	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

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

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____ Қолы (Подпись)_____

Себебі (Причина) _____

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

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

Карта ұйымда қалады.

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

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

Карта остается в организации.

Казакстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/у 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 13.08.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Некоммерческое акционерное общество "Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова"

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АМАНКОС ӘЛИХАН ЕРПОЛАТҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 23.02.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , РАЙОН Алгинский , ГОРОД РАЙ.ЗНАЧ. Алга , УЛИЦА Пролетарская , ДОМ 24

5. Медициналық қорытынды / Медицинское заключение

Действительно осмотрен,обследован диагноз Здоров. Эпид. окружение чистое

6. Ұсынымдар (қажеттілігі бойынша) / Рекомендации (при необходимости)

Детский сад посещать может

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

НЕЧИТАЙЛО ИРИНА АЛЕКСАНДРОВНА 216018

АНЫҚТАМАЛАР ҮШІН

Мөр

(Печать)

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

«Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О.ребенка Арман Нурхан

Национальность _____ Дата рождения 18.10.2021.

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) 101 стр. - 13 - 189.

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

Место работы матери/ законного представителя _____

Телефон матери/ законного представителя 87475638288.

Ф.И.О. год рождения отца Баубасов Нурхан

Место работы отца _____

Телефоны отца _____

законных представителей _____

Поликлиника прикрепления 2ПГН

Группа крови _____ Резус - фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

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

Таблица 7. Профилактические осмотры.

Параметры	от 3 до 4 лет 2г	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	18/IV 2024.						
Возраст ребенка (на момент осмотра)	2г 8м						
Рост	90см						
Вес	14кг						
Жалобы	нет.						
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров						
Группа здоровья	IIа						
Медицинская группа для занятий физкультурой	Основная Д/к поссусов						
Рекомендации	режим.						

Дата

Вес Рост

Специалист	Заключение
Хирург	18.07.24 здоров
Лор	18.07.24 здоров
Невропатолог	18.07.24 здоров.
Окулист	18.07.2024 г. здоров.
Стоматолог	18.07.2024 г. здоров Вр.

ОТОЛАРИНГОЛОГ Консультация невролога

Эпикриз

Ребенок от II беременности, от II родов.

Родился(лась) с весом 3,500 кг, ростом 53 см.

Растет и развивается соответственно возрасту.

Прививки по индивидуальному календарю

На «Д» учете не состоит.

Наследственность не отягощена.

Объективно: общее состояние удовлетворительное.

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

D/S: здоров

Группа здоровья IIa

НПР 1 Ч 1 Сп

ФР среднее

Врач:

ЖБУ посещать по плану

18.07.2024

Енбекке жарамсыздық парақтары мен анықтамалар үшін

МО «Элеос»
Медициналық Орталығы
Ақтөбе қаласы
№ 15 «16» 03 20 24 ж.

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»

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Армин Нурхан Мейірханұлы
3. Туған күні (Дата рождения): 18.10.2021 г.р.
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , УЛИЦА: , ДОМ:
5. Медициналық қорытынды / Медицинское заключение: здоров, под наблюдением не состоит
6. Ұсынымдар (қажет болса) / Рекомендации (при необходимости): Рекомендуется в детский сад
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

АНЫҚТАМАЛАР ҮШІН ДҰРЫС СЕРТІФИКАТ

Ахмет Алмагуль Ергешбаевна
ДӘРІГЕР
Мөр (Печать)
ВРАЧ

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020ж. «30» қазан № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения РК «30» октября 2020 года № 175

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
Профилактических прививок

20 21 жылғы (года) « 22 » 10. _____ есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы _____
(для организованных детей наименование детского учреждения) ДМН 4

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, итмя отчество) Дрмсан Нурхан

2. Туған күні (Дата рождения) 18. 10. 2021г

3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____ көшесі
(улица) 101 стр бр үй (дом) 13 корпус I пәтер (квартира) 87

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

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	18.10.21	20.10.21	0,05	0371.	1 жас – шоқпар 3 жас – шоқпар 6 жас – шоқпар 12 жас – шоқпар
		қайта егу ревакцинация					

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
18.10.21	20.02.22	0,5	УВ 2414					
18.10.21	18.04.22	0,5	УОА 9111					

Күл, көкжөтел, 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°)	Енгізілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	18.10.21	20.02.22	0,5	УВ 2414	АКДС	36,6	36,5	
	18.10.21	18.04.22	0,5	УОА 9111	АКДС	36,6	36,5	
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбцияланған көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС - адсорбцияланған дифтерия - сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксині-адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған
АД - адсорбцияланған дифтерия анатоксині, АС - адсорбцияланған 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 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	18.X.21	18.X.21	0,5	20004	ВГВ	н/б	н/б	
	[illegible]	[illegible]	0,5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
Қайта егу Ревакцинация								

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	

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	

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	[illegible]	07.07.22	0,5	[illegible]	[illegible]	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация	[illegible]	[illegible]	0,5	[illegible]	[illegible]	н/б	н/б	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____

Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

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

ПРИЛОЖЕНИЕ
к «Инструкции по заполнению
учетной формы 026/у-3
спорта здоровья ребенка»

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

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ
БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ

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

Ұлты\Национальность Казах **Туған күні/Дата рождения** 13.06.21

Жынысы: ер/әйел (қажеттісінің астын сызу керек)\Пол: **мужской/женский** (подчеркнуть)

Мекен-жайы (немесе интернат мекемесінің мекен-жайы)**Домашний адрес** (или адрес интернатного учреждения) Достык 2 108 кв18

телефон (тұрғылықты орны)**телефон** (места жительства)

Қызмет көрсететін емхана\Обслуживающая поликлиника ПМГ

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

Қанның тобы\Группа крови _____ **Резус-фактор** _____

Мүгедектік\Инвалидность _____

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру Среднего общего образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Школа-интернат		Орта жалпы білім беру Профессионального образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

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

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

Аллергия

Вакциналық дәрілік, аллергиялық, аурулар Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллергия Аллергены	Басталған жасы С какого возраста	Диагноз қою жылы Год установления диагноза	

2. АНАМНЕСТИКАЛЫҚ МӘЛІМЕТТЕР
АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Ата-аналары туралы мәліметтер\Сведения о родителях

	А.Ж.Т. туған жылы Ф.И.О. год рождения	Білімі Образование	Жұмыс орны, жұмыс телефоны Места работы, телефон
Анасы Мать	Бакишова [illegible] 20.08.91	высшее	ИП
Әкесі Отец	Усмаров [illegible] 12.9.91	высшее	ТОО „РВД"

Отбасының ұйымдастырылуы: толық/толық емес (керектісін асты сызу керек)
Характеристика семьи: полная/неполная (нужное подчеркнуть)
Тұрмыстық жағдайы\Жилищно-бытовые условия — удовлетворительно

Отбасының анамнез (аурушаңырақ)\Семейный анамнез (заболевания) — не отягощен

Мектептен тыс сабақ\Внешкольные занятия

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

Сабақтың түрлері Вид занятий	Жазы/апталағы сағаттар Возраст/часов в неделю							
	10 жас 10 года		12 жас 12 лет		14-15 жас 14-15 лет		16-17 жас 16-17 лет	
Спорт (қайсысы екенін көрсету, оның ішінде би) Спорт (указать какой, в том числе танцы)								
Музыка								
Шет тілі Иностранный язык								
Өзгеде сабақтар (көрсету керек) Другие занятия (указать)								

Бұрын ауырған аурулар\Перенесенные заболевания

Аурулар Заболевания	Күні Дата	Аурулар Заболевания	Күні Дата
Қызылша/Корь	нет	Гепатит В/Гепатит В	нет
Көк жөтел/Коклюш	нет	Гепатит А/Гепатит А	нет
Сәбілетпе/Ветряная оспа	нет	Паротит/Эпидемический паротит	нет
Іш сүзегі/Брюшной тиф	нет	Ревматизм/Ревматизм	нет
Желшешек/Ветряная оспа		Эпидемиялық пневмония/Эпидемический пневмонит	нет
Қызыл жел/Краснуха	нет		
Вирусты гепатит А/Вирусный гепатит А	нет		
Вирусты гепатит В/Вирусный гепатит В			

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

Күні Дата	Диагноз, араласулардың түрлері Диагноз, вид вмешательства	Мекеме Учреждение

Күні Дата	Стоматолог тексеруінің мәліметтері (формула) Данные осмотра стоматолога (формула)	Емделудің нәтижесі Результаты санации

Қуыстардың картасы/Детализация

Тексеру күні Дата обследования	Нәтижесі Результат	Емдеу күні Дата лечения	Пайдаланылған препарат Использованный препарат	Бақылау анализі Контрольные анализы	
				Күні Дата	Нәтижесі Результат

5. ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЖӘНЕ ҚҰРАЛ-САЙМАНДЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР
ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Зертханалық зерттеулердің мәліметтері/Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	9.12.22	Гем 121 Лей 9,6 Эрит 3,4 Гемат 36% Тромб 316/л

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (кровь, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
		СОЭ 3
		Цв пок 0,9
ОАМ	9.12.22	сгелет
		1010
		прозрач
		Лейк 6 0
		белок нет
		лей 3
кал на яйц 9.12.22 не обнаружен		

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

Күні Дата	Зерттеулердің түрлері Вид исследований	Нәтижесі Результат	Пленкадағы жазықтықтың мөлшері (см х см) Размер поля на пленке (см х см)	Бір түсірімнің дозасы (МЗВ) Доза за один снимок (МЗВ)	
				Тұғу Прямой	Қыры Боковой

8. ЖОСПАРЛАРЫ ТЕРЕҢДЕТІЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУ МӘЛІМЕТТЕРІ

ДАННЫЕ ПЛАНОВЫХ УГЛУБЛЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

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

Параметрлер Параметры	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 года	3 жаста в 3 года
Тексеру күні/Дата обследования			
Баланың жасы (тексерілер кезінде) Возраст ребенка (при каждом осмотре)			
Бойы/Рост			
Салмағы/Вес			
Шағымдары/Жалобы			
Мамандардың тексеруі/Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невролог			
Стоматолог (балалар тісінің емі)			
Өзге мамандар Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы талдауы, тиек күрі қабырғасына несеп, нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі, ілеспелі аурулар) Заключительный диагноз (в том числе основные и сопутствующие заболевания)			
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития			
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития			
Денсаулық тобы Группа здоровья			
Ұсыныстар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне тіркеу бөлімінің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)			
КОЛЫ/ПОДПИСЬ			

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Хирург 09.12.2022 Здоров

Офтальмолог 09.12.2022 Здоров

Отоларинголог 09.12.2022 Здоров

Невролог 09.12.2022 Здоров

98
13 Г
Кер

Здоров

Соответствует по возрасту нормосомия

Правильное питание

врач: Нестеренкова А.М.

Қазақстан Республикасы Денсаулықсақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан Ұйымнатауы Наименование организации	Казакстан Республикасы Денсаулықсақтау м.а. 2020 жылғы «30» қазан №175 бұйрығымен бекітілген 065/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом и.о. Минсгра здравоохранения Республики Казахстан «30» октяб я 2020 года №175

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА

профилактических прививок

2021 жылғы (года) «14» 06 есепке (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения) ТОО

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отечество) Асхарқызы Рамина
2. Туған күні (Дата рождения) 13 06 2021
3. ЖСН
4. Мекенжайы (адрес)
көшесі (улица) пункт) Батыс 2 10Е – 18 кв
корпус үй (дом)
пәтер (квартира)
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87784267426

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары / Туберкулезные пробы: күні Дата	нәтижесі результат		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
		егу вакцинация	13.06.2021		0,05	0377	1 мес - пол 3 мл 2 мес - пол 3 мл
		қайтаегу ревакцинация					6 мес пол 3 мл 11 мес пол 3 мл

Полиомилитке 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
			4 мес	18.08.22	18826626			

Күл, көкжөтел, сіріспеге қарсы екпе / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпегеденереакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Екпегеденереакциясы Реакция на прививку: Егілгенжерде Местная	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
вакцинация								
қайтаегу вакцинация								

Ескерту: АКДС — адсорбцияланған, коклюшсіз — вакцинасы, АДС — адсорбцияланған дифтерия — сіреспе АДС-М — анатоксин-адсорбцияланған дифтерия-сіреспе құрамында антигені Мо,'111Jері қайта.лауы АД — адсорбцияланған дифтерия АС — адсорбцияланған сіреспе К — КОК-жөтел вакцинасы.

ячный анатоксин, АДС-М-анатоксин адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД — бированный 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	Препараттынатауы Наименование препарата	Екпегеденереакциясы Реакция на прививку		Медициналыққайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы(Т*) Общая (Т*)	Егілгенжерде Местная	
наци	13.06	2021 13.06.	0,5	ЕС4	КПВ	нб	н	
гу инац								

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

ия	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпегеденесерпілісі Реакция на прививку		Медициналыққайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы(Т*) Общая (Т*)	Егілгенжерде Местная	
6	2021 26.02.22	0,5	0130 (КПВ)	нб	н	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

ата ия	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпегеденесерпілісі Реакция на прививку		Медициналыққайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы(Т*) Общая (Т*)	Егілгенжерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе / Прививка против других инфекций ПК-2

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттынатауы Наименование препарата	Екпегеденереакциясы Реакция на прививку		Медициналыққайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Жалпы(Т*) Общая (Т*)	Егілгенжерде Местная	
13.06	2021	0,5	ЕТ6182	превенар	нб	нб	

ептеншығарылғанкүні (Дата снятия с учета)_____ Қолы
одпись)_____
бебі(Причина)_____

_____ ... ауруы-профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

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
Дамирбек Самат Досжан

Дата рождения [illegible]

Пол мужч

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Алматы Орда 25 г кв 70.

Сведения о законных представителях:
отец - Кулмамбетов Аскар
мать - Жибек Зоя

Поликлиника прикрепления В2 холдинг

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да\нет) нет группа

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да\нет) не состоит

Диагноз (код МКБ-10)* общий медосмотр

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24 ,F00-F99

Таблица 1. Характеристика организация

Месяц,год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
2025	+					

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

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь	–	Дифтерия	–
Коклюш	–	Туберкулез	–
Скарлатина	–	Эпидемический паротит	–
Брюшной тиф	–		
Ветряная оспа	2023		
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	24.09.2025
Рост	116см.
Вес	19.500кг.
Заключительный диагноз(в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Группа здоровья	гр здо 1
Медицинская группа для занятий физической культурой	основной
Рекомендации	витаминотерапия

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: 116 см.

Вес: 19.500кг

Окулист: здоров

Лор: отоларинголог 08.09.25 здоров

Хирург: 110925 здоров

Невроватолог: Нейрогенный мочевой пузырь

Стоматолог: Стоматологический здоров

Педиатр: Нейрогенный мочевой пузырь. Ночной энурез

ОАК: от 29.08.25 - Hb-124гр; СОЭ-10мм/ч

ОАМ: от 29.08.25 - в норме

Кал на я\г: от 29.08 - отсутствует

Эпикриз

нок от 11 беременности,от 11 родов.

лся(лась) с весом 3.700кг, ростом 53 см.

ет и развивается соответственно по возрасту.

вит привит по Контакт с tbs – отрицает.

Д» учёте не состоит

ледственность не отягощена.

еренесенных заболеваний : ОРЗ

ективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые,

чной окраски.

спокоен . Периферические лимфоузлы не увеличены.

егких везикулярное дыхание , хрипов нет.

рдечные тоны ясные,

тмичные.

вот мягкий , безболезненый.

ул и диурез в норме

иагноз: здоров

- гр зд IA
- эндокринные чисто

Школу, Детсад посещать может

Врач: Шешмерова

ОРЗ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы «30» қазандағы №ҚР ДСМ -175\2020 бұйрығымен бекітілген № 065 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации **ТОО «BZ» Холдинг**		Медицинская документация Форма № 065 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «20» октября 2020 года №ҚР ДСМ -175\2020

Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 191240008913 Univer

Профилактикалық екпелердің КАРТАСЫ
КАРТА профилактических прививок

20___ жылғы (года) «_____»_____есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы **BZ Холдинг UNIVER поликлиникасы**
(для организованных детей наименование детского учреждения)

ство) Асилбек Сонкар

3. Туған күні (дата рождения) 03.02.2021

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

көшесі (улица) 25 г - 70 үй(дом)_____

корпус_____пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) тел: 8747892353

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						
24.01.25	- отр	егу вакцинация		05.02.21	0,05	0379С085	1мес - пок 2мес - пуй 6мес - руб 4мес
		қайта егу ревакцинация					12мес - руб 4мес

Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
	26.08.22	2к 18020020		22.05.24	22 с			
	12.10.22	021V		20.11.24	551м.			
	23.02.23	351м.						

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		12.10.22	0,5	V32021V	гекса	нб	нб	
		23.02.23	0,5	VDP351м	пента	нб	нб	
		22.05.24	0.5	W3C283V	гекса	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	RV,	20.11.24	0,5	551м	пента	нб	нб	

Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		03.02.24	0,5	19004	ВГВ	нб	нб	
		12.10.22	0,5	V38011	гексаг	нб	нб	
		22.05.24	0,5	SC223	гексаг	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	ВГА							
		23.02.23	0,5	202103019	Гепр	нб	нб	
		22.11.24	0,5	202390172	Гепр	нб	нб	

Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	26.08.22	0,5	0130N108A	нб	нб	
	29.01.24	0,5	0123N032	нб	нб	

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	
	26.08.22	0,5	0130N108A	нб	нб	

Прививка против других инфекций ПКВ

	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		26.08.22	0,5	6182	пневмо	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация								

Medical center «Univer»
Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 191240008913

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

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

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 24.09.2025

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АСЫЛБЕК САНЖАР АСҚАРҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 03.02.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , УЛИЦА: Мангилик Ел , ДОМ: 21

5. Медицинское заключение:

Диагноз: Здоров. эпидокружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

допускается в ДДУ

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

УАЛИЕВА ЗИТА ЖЕКСЕНБАЙҚЫЗЫ 237018

Medical center «Univer» Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 191240008913 ҚР Ақтөбе қаласы РК г. Актобе

Республика Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

Қазақстан Республикасы
Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы
мемлекеттік мекемесінің
шаруашылық жүргізу құқығындағы
"№2 қалалық емханасы"
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны
Ақтөбе қаласы, Ақтанов көшесі, 50

Форма 1. Паспорт здоровья ребенка"

Общие положения

ебенка Асылжан қызы Медине

ИИН

Дата рождения 15.02.2021 Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

ул Бекжурсное №19

Сведения о законных представителях: мама; мурешова

состоит болотова

Поликлиника прикрепления ГП №2

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) группа нет

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

Диагноз (код МКБ-10) * здоров

Дата взятия на диспансерный учет не состоит

*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 (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

Заболевания	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 от	до	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача
27.08.2025		стоматолог		
27.08.2025		терапевт		
27.08.2025		дерматолог		

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	27.08.2025
Рост	97,0.
Вес	14,0.
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Группа здоровья	I.
Медицинская группа для занятий физической культурой	общая основная
Рекомендации	ЗОЖ, ПП, профилактика ОКИ.

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

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

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Туг	Медицинская документация Форма № 063/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 21 жылы (года) «17» 02 есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения) ЯГД 2

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

2. Туған күні (Дата рождения) 15.02.2021

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт Бесагаш ауыл – № 19 көшесі (улица) т. 8701855 0040 үй(дом) корпус пәтер(квартира)

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	15.02.2021	16.02.2021	0,05	03716009	1 мес – ч/м пол 3 мес – ч/м пуст 6 мес – ч/м пуб 12 мес – ч/м пуб
		қайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екпе/Прививка против полиомиелита

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

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Вакцинаға дене реакциясы Реакция на прививку		Медицин қайшыла Медицин отво
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбталған, коклюшті – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбталған дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбталған дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында алтынған мөлшері азайтылған. АД – адсорбталған дифтерия анатоксині АС – адсорбталған сіреспе анатоксині, К – коклюшті 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: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтарылу Медицинский отвод
Егу Вакцинация	15.02.2021	15.02.2021	0,5	20004	ГЗК-15	нет	нет	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе/ Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене сезімтілігі Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене сезімтілігі Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтарылуы Медицинский отвод

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене сезімтілігі Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене сезімтілігі Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтарылуы (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
ревак	25/IX22	0,5	0131N0842	нет	нет	

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: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтарылуы (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Егу Вакцинация	К, пневмо 1 р.о.м	25/IX22	05	С.А8168		нет	нет	
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____ Қолы (Подпись)_____

Себебі (Причина) _____

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

Қаладан (ауданнан) кеткен 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.

Форма № 027/у

СПРАВКА (На диспансерном (динамическом) учете на состоит

02.09.2025

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

Асылжанкызы Медина

15.02.2021

РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ Актюбинская, ГОРОД ОБЛ Э АЧ, Актобе, УЛИЦА Жанкелдина, ДОМ 74Б

244/08

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

Форма № 052-2/у

Бала денсаулығының паспорты
Паспорт здоровья ребенка

ШЖҚ «№ 7 Қалалық емхана» МКК ГКП «Городская поликлиника №7» на ПХВ

1. Жалпы ережелер / Общие положения

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

_____ Жынысы / Пол _____

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы)/Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Сейфуллина 11

Заңды өкілдер туралы мәліметтер / Сведения о законных представителях:

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления _____

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

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

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

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

Диспансерлік есепке алу күні/Дата взятия на диспансерный учет _____

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

Кесте / Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы / Характеристика организаций

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

4. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің "Мектепке дейінгі, мектеп жасындағы балаларды, сондай-ақ техникалық және кәсіптік, орта білімнен кейінгі және жоғары білім бору ұйымдарының білім алушыларын қоса алғанда, халықтың ынсаналы топтарына профилактикалық медициналық қарап-тексерулерді жүргізу қағидаларын, көлемі мен мерзімділігін бекіту туралы" 2020 жылғы 15 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-264/2020 бұйрығына сәйкес профилактикалық медициналық қарап-тексерулердің мәліметтері (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № № 21820 болып тіркелген) /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)).

Кесте / Таблица 7. Соңғы күнтізбелік жылдағы профилактикалық тексерулер туралы мәліметтер*
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	30.06.2025
Бойы /Рост	120
Салмағы/Вес	35
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі және ілеспе аурулар) / Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Денсаулық тобы / Группа здоровья	I группа здоровья
Дене шынықтыру сабақтар үшін медициналық тобы / Медицинская группа для занятий физической культурой	
Ұсыныстар /Рекомендации	

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

хирург здоров
невропатолог здоров
офтальмолог здоров
отоларинголог здоров

"Ақтөбе облысының
денсаулық сақтау басқармасы"
мемлекеттік мекемесінің шаруашылық
жүргізу құқығындағы
№ 7 Қалалық емханасы"
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны

Эпикриз

Ребенок оформляется в детский сад
Жалоб нет. Ребенок от 1 беременности, 1 родов, родился весом 3500гр, длиной 51 см. Закричал сразу. Не привит согласно календарю. На «Д» учете у невропатолога не состоит. Осмотрен узкими специалистами, патологий нет

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

Физ оправление в норме.

Диагноз: здоров

АНЫҚТАМА МЕН ЕҢБЕК ЖАРАМСЫЗДЫҒЫ ҮШІН
БИН 201240014656

Др:

Жунисова

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы №175 бұйрығымен бекітілген № 065/у нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ММ ШЖҚ «Әйтеке би аудандық аурухана» МКК ГКП «Айтекебийская районная больница» на ПХВ	Медицинская документация Форма № ТБ 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года №175

Профилактикалық екпелердің
Картасы
Карта
Профилактических прививок

2022 года «20» 01.

Для организованных детей наименование детского учреждения взят на учет

1.ФИО (при его наличии) Аалерген Мұхаммед

2.Дата рождения 7. 11. 2021 ж.

3.ИИН

4.Домашний адрес:населенный пункт Дүйсенгалиев ДА.

улица дом корпус квартира

Отметки о перемене адреса

Прививка против туберкулеза

Туберкулёзные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод(дата,причина)
дата	результат		7.11.2021		0,05.		Тік шешесінде
		Вакцинация					3мм болуы 3мм
		ревакцинация					6мм кесілуі 3мм
							1с рубчик 3мм.

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
7.XI 2021.	5.03.22	Т3Н077г	4.04.22	4.06.22	И3Е021г.			
7.XI.2021.	20.04.22	Х013В91г						

Прививка против дифтерии,коклюша,столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т°)	Местная	
Вакцинация	7.XI 2021.	5.03.22	0,5.	Т3Н077г	АКДС+ХИБ-Вив+ГепВ.		нб.	
Ревакцинация	7.XI 2021.	20.04.22	0,5.	Х013В91г	Бектанша		нб.	
	7.XI 2021	11.06.22	0,5	И3Е021г	Бектаншы			

*Препарат обозначать буквами :АКДС-адсорбированная,коклюшно-дитерийно-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			0,5		ВГВ			
Ревакцинация	7.XI 2022	5.03.22	0,5	T3M0771	АКДС+ХИБ+ВГВ+ИПВ		Н/Б.	
		11.06.22	0,5	U3E0211	ВГВ			
		23.11.23	0,5	202205027	ВГА1			
		30.05.24	0,5	202205021	ВГА2			

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата,причина)
				Общая (Т*)	Местная	
07.11.2021	21.10.22	0,5	0131W017			
	05.02.24	0,5	0133W034			

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	7.XI 2021.	5.03.22.	0,5	EK6020	Пневмокок. Превенар.		Н/Б.	
Ревакцинация	7.XI. 2021.	11.06.22	0,5.	ET6182.	Превенар 2		Н/Б.	

Дата снятия с учета_____Подпись_____

Причина_____

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

В случае выезда из города (района) на руки выдаётся справка о проведённых прививках.

Карта остаётся в организации.

"Ақтөбе облысының
денсаулық сақтау басқармасы"
мемлекеттік мекемесінің шаруашылық
жүргізу құқығындағы
№ 7 Қалалық емханасы"
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны

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

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 30.06.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №7" на праве хозяйственного ведения государственного учреждения "Управление здравоохранения Актюбинской области"

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Аяпберген Муслім Асқарбекұлы

3. Туған күні (Дата рождения): 07.11.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , УЛИЦА:

5. Медицинское заключение:

Здоров.Эпид окружение чистое.

6. Рекомендации (при необходимости):

Может участвовать в спортимном кружке.

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

Хабибуллаева Ш.Н 217473

Мөр
(Печать)

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

Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі
«BZ ASTANA MEDICAL CENTER»
Товарищество с ограниченной ответственностью
БСН/БИН 191240008913

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

1.Общие положения

Фамилия,имя,отчество(при наличии) ребенка

Дата рождения 17.03.2026

Пол мужс.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Астана Орда 22 Г к1 кв 11.

Сведения о законных представителях:

Ахмова Зия.

Поликлиника прикрепления

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 организация

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

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 30.08.25	
Рост	105
Вес	18.
Заключительный диагноз(в том числе основной и сопутствующие заболевания)	
Группа здоровья	I группа здоров
Медицинская группа для занятий физической культурой	
Рекомендации	

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

Эпикриз

Ребенок от 4 беременности, 4 родов

Родился(лась) с весом 3,700 кг, ростом 52 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит 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 , безболезненый.

Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров. 4 дн I

Школу, Детсад посещать может

Врач:

Medical center «Univer» «BZ Холдинг» Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі Товарищество с ограниченной ответственностью БСН 191240008913

Medical center «Univer» Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі Товарищество с ограниченной ответственностью «BZ Холдинг» БСН 191240008913 Алматы қаласы

Может посещать ДОУ

Ұйымдардың коды
Код организации по ОКПО

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 ШЖҚ «№ 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 екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

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

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

_____

1.Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Батыгов Ахмет Мощуда
2.Туған күні (Дата рождения) 14.03.21 3.ЖСН (И
4.Мекен жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный п
көшесі (улица) _____ үй(дом)_____ корпус_____ пәтер(квартира)_____
Мекен жайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Алматы орда 227+11

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		18.05.21	0,05	0379	1.11. 4.11 3.11 - 4.11
		қайта егу ревакцинация					6.11 - 4.11 12.11 - 4.11

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
14.03.21	02.10.21	T3H017	14.03.21	03.03.22	H3E741	03.03.23	08.11.23	ИПВ. ИПВ
14.03.21	18.01.22	H00A011	14.03.21	08.09.22	H2H002	2 жасқа		

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		02.12.21	0,5	T3H072	АКДС	отр	отр	
		18.01.2022	0,5	H00A011	АКДС	отр	отр	
		03.05.2022	0,5	H3E741	АКДС	отр	отр	
Қайта егу Ревакцинация		03.03.2023	0,5	H0H021	АДС-М	нб	нб	

• Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, кокжөтел – 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 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		14.05.21	0,5	19004	ВГВ	нб	нб	
		02.12.21	0,5	93+072	Эвер-2	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация		03.03.22	0,5	143271	ВГВ-3	нб	нб	

Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
14.03.21	14.05.22	0,5 мл	0130Р107	нб	нб	

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
14.03.21	12.05.22	0,5 мл	0130Р107	нб	нб	

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		01.12.21	ЕК6020	0,5	Пентаксим	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация		03.03.22	ЕК6020	0,5		нб	нб	
		03.03.23	ЕК6020	0,5		нб	нб	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____
Қолы (Подпись)_____
Себебі (Причина) _____
Карта баланы есепке алғанда балалар емлеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады
Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.
Карта ұйымда қалады.
Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ДЛП) при взятии ребенка на учет.
В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.
Карта остается в организации.

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

Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Medical center «Univer» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 191240008913

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 05.09.2025

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): БАҚЫТОВ АХМЕТ АЯНҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 14.03.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс-2 , ДОМ: 22 Г

5. Медициндық қорытынды:
Медицинское заключение:
Здоров.Эпид окружение чистое

6. Ұсынымдар (қажеттілігі бойынша):
Рекомендации (при необходимости):
может посещать ДДУ

7. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және анықтаушы дәрігер, анықтама берген:
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
ҚҰДАШЕВА АЙДАНА ҚОСАМАНҚЫЗЫ 196742

Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Medical center «Univer» Товарищество с ограниченной ответственностью (печать)

ПРИЛОЖЕНИЕ
к «Инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 026/у-3
Паспорта здоровья ребенка»

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

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ
БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ

Баланын аты-жөні, әкесінін аты\Ф.И.О. ребенка Бегзодов Дисултан

Ұлты\Национальность Казак **Туған күні/Дата рождения** 17.04.2021

Жынысы: ер/әйел (қажеттісінің астын сызу керек)\Пол: **мужской/женский** (подчеркнуть)

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

г. Казалы Сыдыгулова 4.

телефон (тұрғылықты орны)**телефон** (места жительства)

Қызмет көрсететін емхана\Обслуживающая поликлиника

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

Қанның тобы\Группа крови **Резус-фактор**

Мүгедектік\Инвалидность

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру Среднего общего образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Школа-интернат		Орта жалпы білім беру Профессионального образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

3. ИММУНДЫҚ АЛДЫН АЛУ ІС-ШАРАЛАРЫ
ИММУНОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Алдын алу егулері/Профилактические прививки

Егулер Прививка	Егу Вакцинация			Қайта егу Ревакцинация			
	I	II	III	I	II	III	IV
Полиомиелит (күні/дата)	19.01.2012	20.03.2012	17.05.2012				
Жасы/Возраст							
Серия/Серия	77V	011V	021				
Мөлшері/Доза	0,5	0,5	0,5				
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)							
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							
Күл ауруы, көкжөтел, сіреспе (күні) Дифтерия, коклюш, столбняк (дата)	19.01.2012	20.03.2012	17.05.2012				
Жасы/Возраст							
Серия/Серия	31077084	1551					
Мөлшері/Доза	0,5	0,5	0,5				
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)							
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							
Паротит (күні/дата)	03.2012						
Жасы/Возраст							
Серия/Серия	93074						
Мөлшері/Доза	0,5						
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)							
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							
Қызылша (күні) Корь (дата)	03.2012						
Жасы/Возраст							
Серия/Серия	013014						
Мөлшері/Доза	0,5						
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)							
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							

Егулер Прививка	Егу Вакцинация			Қайта егу Ревакцинация			
	I	II	III	I	II	III	IV
"В" гепатит (күні)/Гепатит "В" (дата)	19.01.2012	20.03.2012	17.05.2012				
Жасы/Возраст							
Серия/Серия	7W37C098	1941					
Мөлшері/Доза	0,5	0,5	0,5				
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)							
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							
Қызылша (күні)/Краснуха (дата)							
Жасы/Возраст							
Серия/Серия							
Мөлшері/Доза							
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)							
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							

Туберкулезге қарсы егулер (БЦЖ)/Прививки против туберкулеза (БЦЖ)

	Егу Вакцинация			Қайта егу Ревакцинация			
	I	II	III	I	II	III	IV
Жасы/Возраст							
Күні/Дата	17.05.2012						
Мөлшері/Доза	0,05						
Серия/Серия	0,05						
Нәтижесі/Результат	Ушін						
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							

Эпидемиялық көрсеткіштері бойынша егулер/Прививки по эпидемиологическим показателям

Аты/Название _____	Егу Вакцинация			Қайта егу Ревакцинация			
	I	II	III	I	II	III	IV
Күні/Дата							
Жасы/Возраст							
Серия/Серия							
Мөлшері/Доза							
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)							
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							

Күні Дата	Стоматолог тексеруінің мәліметтері (формула) Данные осмотра стоматолога (формула)	Тазалаудың нәтижесі Результаты санации

Күрттардан тазарту/Дегельминтизация

Тексеру күні Дата обследования	Нәтижесі Результат	Емдеу күні Дата лечения	Пайдаланылған препарат Использованный препарат	Бақылау анализі Контрольные анализы	
				Күні Дата	Нәтижесі Результат

5. ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЖӘНЕ ҚҰРАЛ-САЙМАНДЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР
ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Зертханалық зерттеулердің мәліметтері/Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтіжесі Результат

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

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

Параметрлері Параметры	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 года	3 жаста в 3 года
Тексеру күні/Дата обследования		15.02.23	
Баланың жасы (тексерген кездегі) **Возраст ребенка** (на момент осмотра)		1 год 3 мес	
Бойы/Рост		78	
Салмағы/Вес		11,0	
Шағымы\Жалобы		ясоу	
Мамандардың тексеруі\Осмотры специалистов			
Педиатр		рекомендации	
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог (1 жастан/в 1 год)			
Стоматолог (жыл сайын/ежегодно)			
Өзге де мамандар **Другие специалисты**			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабырғақтарына несеп, нәжіс анализі) **Лабораторные данные** (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)		в N	
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізі, ілеспелі аурулар) **Заключительный диагноз** (в том числе основные и сопутствующие заболевания)		реки соу	
Табиғи дамуын бағалау **Оценка физического развития**		осно	
Жүйке психикалық дамуын бағалау **Оценка нервно-психического развития**		соотв возр	
Денсаулық тобы **Группа здоровья**		1 гр	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) **Рекомендации** (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)		режим питан	
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ			

13. АНЫҚТАМАЛАРҒА АРНАЛҒАН ОРЫН
МЕСТО ДЛЯ СПРАВОК

2025 ж. Берілді Бегіді Айсұлтан
2025 ж. Асылы
диспансерінің бақылау
бөлімі отты

Ата-анасының қолы

Анықтама осы бақылауда
берілді

Әр 1 жылдар

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

QAZAQSTAN

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

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

Дата выдачи 03.07.2023г

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) Бегәділ Айсұлтан Қайратұлы

3. Туған күні (Дата рождения) 17.04.2021г

4. Мекенжайы (Адрес) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД: АКТОБЕ, улица Ретива 2/2 кв 86

5. Медициналық қорытынды (Медицинское заключение)
Здорова

6. Ұсынымдар (при необходимости) Эпид окружение чистое

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

Мөр (Печать)

71
46ф

...стан Республикасы Денсаулық сақтау ...нистрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	...ЖЖ бойынша ұйым коды ...ы организации по ОКПО
Ұйымның атауы Наименование организации	...стан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің ...20 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

2021 года "15" ... взят на учет 75 20.19.210/п

Для организованных детей наименование детского учреждения 8 775 423 53 34/ц

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Бердібай Дінсұлтан Канатұлы
2. Дата рождения 17.04.21
3. Индивидуальный идентификационный номер
4. Домашний адрес: населенный пункт ___ улица реб прибыло 15х21

Дом ___ корпус ___ квартира ___

Отметки о перемене адрес Мерсеева 2-11 – 81

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		вакцинация	17.04.21	19.04.21	0,05	0179	1 мес. 3 мес. 4 мес.
		ревакцинация					6 лет 11 лет

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
1 мес	23.07.22	ВМК77V	4б 4б		V4	6 мес		
			4б 4б		V5	9 мес		
			4б 4б					

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку Общая (Т°)	Реакция на прививку Местная	Медицинский отвод (дата, причина)
Вакцинация	1 мес	23.07.22	0,5	ВМК		4б	4б	
						4б	4б	
						4б	4б	
Ревакцинация		6 мес.	0,5			4б	4б	

* Препараты обозначать буквами: АКК – 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 (дата, причина)
						Общая (Т°)	Местная	
Вакцинация V1		17.11.21	0,5	194		нб	нб	
V2	1 мес	24.01.22	0,5	ГЗМ		нб	нб	
						нб	нб	
Ревакцинация						нб	нб	
						нб	нб	

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т°)	Местная	
V	6.09.22	0,5	0130N	нб	нб	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т°)	Местная	
V	6.09.22	0,5	0130N	нб	нб	

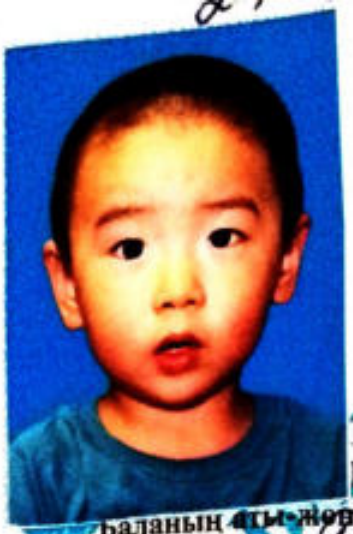
Прививка против других инфекций АКК

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т°)	Местная	
9 мес	24.01.22	0,5	2N6020	нб	нб	нб	
					нб	нб	

я с учета) _____

Подпись _____

ляется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках ется в организации.



ПРИЛОЖЕНИЕ
к «Инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 026/у-3
Паспорта здоровья ребенка»

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

Е СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ
БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ

Баланын аты-жөні, экесінін аты\Ф.И.О. ребенка _____

Ұлты\Национальность _____ **Туған күні/Дата рождения** _____
Жынысы: ер/әйел (қажеттісінін астын сызу керек)**Пол: мужской/женский** (подчеркнуть)
Мекен-жайы (немесе интернат мекемесінін мекен-жайы)**Домашний адрес** (или адрес интернатного учреждения) _____

телефон (тұрғылықты орны)**телефон** (места жительства) _____
Қызмет көрсететін емхана\Обслуживающая поликлиника _____

телефон (мед/ұйым.)**телефон** (мед/орг.) _____
Қаннын тобы\Группа крови _____ **Резус-фактор** _____
Мүгедектік\Инвалидность _____

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру Среднего общего образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Школа-интернат		Орта жалпы білім беру Профессионального образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

3. ИММУНДЫҚ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ
ИММУНОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Алдын алу егулері/Профилактические прививки

Егулер Прививка	Егу Вакцинация I	Егу Вакцинация II	Егу Вакцинация III	Қайта егу Ревакцинация I	Қайта егу Ревакцинация II	Қайта егу Ревакцинация III	Қайта егу Ревакцинация IV
Полиомиелит (күні/дата)	08.03.22	10.09.22					
Жасы/Возраст	2 дня	4 мес					
Серия/Серия							
Мөлшері/Доза	0,5	0,5					
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)	н	н					
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							
Күл ауруы, көкжөтел, сіреспе, к.ш.ж. Дифтерия, коклюш, столбняк (дата)	08.03.22	10.09.22					
Жасы/Возраст	2 дня	4 мес					
Серия/Серия							
Мөлшері/Доза	0,5	0,5					
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)	н	н					
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							
Паротит (күні/дата)	31.05.23						
Жасы/Возраст	3 мес						
Серия/Серия							
Мөлшері/Доза	0,5						
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)	н						
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							
Қызылша (күні) Корь (дата)	31.05.22						
Жасы/Возраст	3 мес						
Серия/Серия							
Мөлшері/Доза	0,5						
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)	н						
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							

Егулер Прививка	Егу Вакцинация I	Егу Вакцинация II	Егу Вакцинация III	Қайта егу Ревакцинация I	Қайта егу Ревакцинация II	Қайта егу Ревакцинация III	Қайта егу Ревакцинация IV
"В" гепатит (күні/дата) Гепатит "В" (дата)	08.02.22	03.03.22					
Жасы/Возраст	1 дня	1 мес					
Серия/Серия							
Мөлшері/Доза	0,5	0,5					
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)	н	н					
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							
Қызылша (күні) Краснуха (дата)							
Жасы/Возраст							
Серия/Серия							
Мөлшері/Доза							
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)							
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							

Туберкулезге қарсы егулер (БЦЖ)/Прививки против туберкулеза (БЦЖ)

	Егу Вакцинация I	Егу Вакцинация II	Егу Вакцинация III	Қайта егу Ревакцинация I	Қайта егу Ревакцинация II	Қайта егу Ревакцинация III	Қайта егу Ревакцинация IV
Жасы/Возраст							
Күні/Дата							
Мөлшері/Доза							
Серия/Серия							
Нәтижесі/Результат							
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							

Эпидемиялық көрсеткіштері бойынша егулер/Прививки по эпидемиологическим показателям

Аты/Название _____	Егу Вакцинация I	Егу Вакцинация II	Егу Вакцинация III	Қайта егу Ревакцинация I	Қайта егу Ревакцинация II	Қайта егу Ревакцинация III	Қайта егу Ревакцинация IV
Күні/Дата							
Жасы/Возраст							
Серия/Серия							
Мөлшері/Доза							
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)							
КОЛЫ/ПОДПИСЬ							

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

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

Параметрлері Параметры	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 года	3 жаста в 3 года
Тексеру күні/Дата обследования			
Баланың жасы (тексерген кезде) **Возраст ребенка** (на момент осмотра)			
Бойы/Рост			85 см
Салмағы/Вес			12 кг
Шағымы\Жалобы			
Мамандардың тексеруі\Осмотры специалистов			
Педиатр	11.04.23 синдыстілмен		
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог	23/12 01 группа риск		
Отоларинголог			
Невропатолог (1 жастағы/1 год)			
Стоматолог (жыл сайынғы/ежегодно)			
Өзге де мамандар **Другие специалисты**	стоматолог 11.04.23		
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, тиек құрт, қабырғақтарына несеп, нәжіс анализі) **Лабораторные данные** (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі, ілеспелі аурулар) **Заключительный диагноз** (в том числе основные и сопутствующие заболевания)			
Табиғи дамуын бағалау **Оценка физического развития**			
Жүйке психикалық дамуын бағалау **Оценка нервно-психического развития**			
Денсаулық тобы **Группа здоровья**			
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) **Рекомендации** (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)			
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ			

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Қалалық емхана
мемлекеттік
қазыналық кәсіпорны
Батыс де...
амбулаториясы

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

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 03.07.2023г

Нұсқаның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на праве хозяйственноведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты(Фамилия, имя, отчество)Бихожа Диас

3.Туған күні (Дата рождения): **06.07.2021г**

3.Мекенжайы (Адрес):Республика Казакстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская Актобе

4.Медицинское заключение Здоров. Эпид окружение чистое

5.Рекомендации Может посещать садик

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

Вр: Кожахметов Е.С

Мер
(Печать)

ИСАНОВА МАДИНА ЕРБУЛАТОВНА
ДӘРІГЕР
ВРАЧ

...аулық сақтау министрлігі ...истерство здравоохранения Республики ...хстан	...Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы «23»карашадан №63 бұйрығымен бекітілген №001-1/е нысанды медициналық құжаттама
...ының атауы № 4 КДЕ ...именование организации ГП № 4.	Медицинская документация Форма №063-у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907.

АЛДЫН АЛА ЕКПЕЛЕР КАРТАСЫ.

...епке алынды « 08 » 07 2021 жыл. Ұйымдасқан мекемелер үшін балалар мекемесінің атауы ГП №4 ПА 1020-32пр

1.Аты-жөні Бихожа Диас 2.Туған күні 06.07.2021

3.Мекен-жайы,елді мекен г. Актобе көшесі Б.Ахтанова 16А үй 1 пәтер 51

Мекен-жайы туралы мәлеметтер т. 8701 407 2187 отыр от матери

50422

Туберкулез ауруына қарсы екпе.

Туберкулез сынамасы			Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Медициналық қайшылықтар (күні,себебі)
Күні	Нәтижесі						
		Егу Вакцинация	06.07.21	07.07.21	0,05	0370	жоқ.
		Қайта егу Ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екпе.

Туған жылы	Күні	Сериясы	Туған жылы	Күні	Сериясы	Туған жылы	Күні	Сериясы
	03.03.23	Q5-229V		11.05.23	V31229V			
	10.04.23	Q5-0914						

Гемофилияға, күл, көкжөтел,сіреспеге қарсы екпе.

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене серпілісі		Медициналық қайшылықтар (күні,себебі)
						Жалпы (t^0)	Егілген жерде	
Егу Вакцинация		03.03.23	Q5	V31229V	АКДС+ГепВ+КПК2			
		10.04.23	Q5	Q0809W	АКДС+ГепВ+КПК2			
	V3	11.05.23	Q5	V31229V	АКДС+ГепВ+КПК2			
Қайта егу Ревакцинация								

Вирусты гепатитке қарсы екпе.

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене серпілісі		Медициналық қайшылықтар (күні,себебі)
					Жалпы (t^0)	Егілген жерде	
06.02.21	06.02.22	0,5	20004	ВГВ	нб	нб	
	03.03.23	0,5	V3N229V	АБКДС+ХИБ+ВГВ			
	11.01.23	0,5	[illegible]	АКДС+ВГВ			
				АКДС+ВГВ			

Паратитке қарсы екпе.

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы		Екпеге дене серпілісі Егілген жерде
					Жалпы (t^0)	Жалпы (t^0)	
Егу Вакцинация		31.01.23	0,5	0131+1031	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация							

Қызамық,қызылшаға қарсы екпе.

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы		Екпеге дене серпілісі
					Жалпы (t^0)	Жалпы (t^0)	
Егу Вакцинация		31.01.23	0,5	0131+1031			
Қайта егу Ревакцинация							

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе КВЗ

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене серпілісі		Медициналық қайшылықтар (күні,себебі)
					Жалпы (t^0)	Егілген жерде	
	31.01.23	0,5	FH150	Ревакцинация			

Есептен шығару күні _____ Қолы _____

Себебі _____

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 Балатова Медина

ИИН

Дата

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Алтын орда 34811

Сведения о законных представителях:

Мама: Шаталова Айдана Шаталізқызы

Папа: Балатов Тауат

Поликлиника прикрепления Дітсл аудандық ауруханасы

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	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	общая	коррекционная	общая	коррекционная	общая	коррекционная

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	100см
Вес	17кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров.
Группа здоровья	1А.
Медицинская группа для занятий физической культурой	Основное.
Рекомендация	ЗОЖ

* 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

Психолог кеңесі: 10.07.2025.
Бала дамуы жас ерекшелігіне сай. Дамуы қалыптағы шамалы тұрақ

10.07.2025г Хирург
здорова вр. Брагов. И.Р

10.07.2025г. Невролог
ОП-спокойная. Ф.И. Нефедов

10.07.2025 стоматолог
прта здорова вр: Фи[illegible]ня

10.07.2025г. Педиатр
Ф.И: Здорово. Вр.: Аитуганова

10.07.2025г. Нейрохирург
Ф.И: здоров Вр.: Аитуганова

«АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНЫҢ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРУДЫҢ»
МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІНІҢ ШАРУАШЫЛЫҚ
ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ
«ОЙЫЛ АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ»
МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫНЫҢ

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 1876

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 10.07.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Уилская районная больница" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): БОЛАТОВА МЕДИНА ТАНАТҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 03.03.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , РАЙОН: Уилский , СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Уилский , АУЛ(СЕЛО): Уил , УЛИЦА: Берсиева , ДОМ: 6

5. Медицинское заключение:

Здорова. Эпид. окружение чистое. За последние 2 недели инфек. заболеваниями не болела

6. Рекомендации (при необходимости):

ЗОЖ

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

АЙТУГАНБЕК ГУЛФАЙРУС АЙТУГАНБЕКОВНА 237442

Айтуганбек Гулфайрус Айтуганбекқызы
ДӘРІГЕР
ВРАЧ

М.П.
(Печать)

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

Приложение 3 к приказу Исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка ЕРҒАЗЫ АЙША МИРАМБЕКҚЫЗЫ

Дата рождения 25.08.2021

Пол ☐ мужской ☑ женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , УЛИЦА: Газизы Жубановой , ДОМ: 50, КВАРТИРА: 18

Сведения о законных представителях:
Мать КАЗБЕКОВА УМИТ ГАРИБУЛЛАКЫЗЫ 8708318154

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

Группа крови II группа Резус-фактор +

Инвалидность Нет

Состоит ли ребенок на диспансерном учете ☐ да ☑ нет

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
07.2023	№4 Балбөбек					

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

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

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	12.08.2025
Рост	103
Вес	20,8
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Общий медицинский осмотр
Группа здоровья	I группа (здоровые дети)
Медицинская группа для занятий физической культурой	Основной
Рекомендации	Эпид окружение чистое

** 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

ШЖК «Жа Қалалық емхана» МКК · ГКП «Ерекше
ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗ ПАРАКТАР ЖӘНЕ АНЫҚТАМА ҮШІН

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлы тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері 3-5 жаста

Данные плановых углубленных медицинских осмотров в возрасте 3-5 лет

Параметрлері Параметры	3 жаста В 3 года	4 жаста В 4 года	5 жаста В 5 лет
Тексеру күні/Дата обследования		12.08.2025	
Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования		4 г	
Бойы/рост		20,8 см	
Салмағы/вес		104 см	
Шағымы/ жалобы		нет	
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр		12.08.2025г Здорова	
Хирург ортопед		здорова	
Офтальмолог		здорова	
Оториноларинголог		здорова	
Невропатолог		здорова	
Стоматолог		здорова	
Өзге де мамандар/Другие спец.			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс) Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на я/глист)		ОАК ВЫ ОАМ ВЫ	
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз		Здорова	
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития		Норма	
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка НПР		I гр	
Денсаулық тобы Группы здоровья		I гр	
Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой		основной	
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар Рекомендации к занятиям спортом, бальными или танцами	Спорттың түрі (көрсетілсін) Вид спорта (указать)	Айғақталған/ шектелген/ қарсы айғақталған (астын сызу керек) Показано/ограничено/противопоказано (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов			
Қолы/Подпись			

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

Эпикриз

Дата: 12.08.2025г

Ребенок от 4 беременности, от 4 родов.

Родился(лась) с весом 3,500 кг ,ростом 52 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по возрасту Контакт с tbs –.

На «Д» учёте не состоит

Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний: ОРЗ

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

Диагноз: Здоров

НПР 5 ч

ФР- норма

Группа здоровья: 1

Школу/Детсад посещать может

Врач: Кулмамбетшерова К.Ж.

Зав.ПМСП: Бошоев А.С. 12.08.2025.

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК · ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ
ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗ ПАРАКТАР ЖӘНЕ АНЫҚТАМА ҮШІН

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Код организации по БИН
Ұйымның атауы Наименование организации		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

КАРТА
профилактических прививок 20 21 года «03» 10 взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения

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

2. Дата рождения 25.08.2021

3. Индивидуальный идентификационный номер

4. Домашний адрес: населенный пункт Бейтур улица 17-

Дом корпус 46. квартира

Отметки о перемене адреса г. Жубанов 50-18
8708 318 1554

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
Дата	Результат						
04.03.24	отр	вакцинация		18.02.21	0.05	97211	1ай – [illegible] 3ай 2ай – [illegible] 3ай
		ревакцинация					6ай – [illegible] 3ай 7ай – [illegible] 3ай

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
25.08.21	04.05.23	U3V229V	4б					
	05.06.23	W0A961M	4б					
	14.09.23	V3C501V						
	02.11.23	2K1802P132						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация		25.08.21	0,5	034-A		нб	нб	
Ревакцинация		04.05.23	0,5	U3M229V	гексакцин	нб	нб	
Вакцинация		05.06.23	0,5	W0A96M	пентаксим	нб	нб	
Ревакцинация		14.09.23	0,5	V3E501V	гексаксим	нб	нб	
Вакцинация								
Ревакцинация								
Вакцинация			ВГ, В					
Ревакцинация								
Вакцинация		14.09.23	0,5	V3E501V	гексаксим	нб	нб	
Ревакцинация								

* 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 паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	

Прививки против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
25.08.21	02.11.23	0,5	013L N07B			

Прививка против других инфекций _____

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация		04.05.23	0,5	GA2H6B	пневмо 21	нб	нб	
Ревакцинация								
Вакцинация								
Ревакцинация								

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.

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

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 12.08.2025

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЕРГАЗЫ АЙША МИРАМБЕККЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 25.08.2021

4. Мекенжайы (Адрес): КАЗАХСТАН, АКТЮБИНСКАЯ, АЛГИНСКИЙ ГОРОД РАЙ.ЗНАЧ.: Алга , УЛИЦА: Байтурсынова , ДОМ: 17, КВАРТИРА: 44

5. Медицинское заключение:

Здорова

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое

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

ЕРЖАН АЯНА ТҰРЛЫБЕККЫЗЫ 246340

Мер (Печать)

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК • ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ • ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗ ПАРАҚТАР ЖӘНЕ АНЫҚТАМА ҮШІН

Республика Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

Форма 026/у. Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения

ребенка Ермахан Ерасыл А

Дата рождения 23.06.21 Пол муж.
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Абылкайыр хан 79 кв 69
Сведения о законных представителях: мама Тоспеген Айдана
Мекемтқызы папа Ақтаңбек Азатбек

Поликлиника прикрепления ГП №2
Группа крови_____ Резус-фактор_____
Инвалидность (да/нет) группа нет
Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) не состоит
Диагноз (код МКБ-10) * здоров
Дата взятия на диспансерный учет не состоит
*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 (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

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь	—	Дифтерия	
Коклюш	—	Туберкулез	
Скарлатина	—	Эпидемический паротит	
Брюшной тиф	—		
Ветряная оспа	2024		
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 [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 от	до	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача
02.06.2025		Стоматолог	здоров	
02.06.2025		педиатр	здоров	

Қазақстан Республикасы
"Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы"
мемлекеттік мекемесінің
шаруашылық жүргізу құқығындағы
"№2 қалалық емханасы"
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны
Ақтөбе қаласы, Ахтанов көшесі, 50

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	02.06.2025
Рост	98,0.
Вес	15,0.
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Группа здоровья	I.
Медицинская группа для занятий физической культурой	общая основная
Рекомендации	ЗОЖ, ПП, профилактика ОКИ.

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотра 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

Менсім мыңдағы ДДО
Зер ЖШС № 2
02.06.25

Приложение 7 к приказу Исполняющего обязан
министра здравоохранения Республики Каза
от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175
Форма № 0
"КАРТА профилактических прив

Форма № 065/у "КАРТА профилактических прививок"

2021 года "07" июня взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения ПГК2

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Ермохан Ерасыл Азгыбекулы
2. Дата рождения 23.06.2021
3. Индивидуальный идентификационный номер
4. Домашний адрес: населенный пункт Аршалайорда улица 79 Б 39

Дом корпус квартира

Отметки о перемене адреса:

Прививка против туберкулеза

Туберкулиновые пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		вакцинация	2 дня	23.VI.21	0,05	0572009	1 мес прививк 4 мес 6 мес прививк 5 мес 12 мес прививк 6 мес
		ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V1 1г 2мес	26.08.2022	0,5	V3N229V	мб				
V2 1г 3мес	27.09.2022	0,5	V0D351M	мб				
V3 1г 6мес	24.12.2022	0,5	V3N229V	мб				
R 2г 10мес	15.04.2024	0,5	Y0A511M	мб				

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку: Общая (Т	Местная	Медицинский отвод
Вакцинация	V1 1г 2мес	26.08.2022	0,5	V3N229V	АКДС+Hib, ИПВ, ВГВ	мб	мб	
	V2 1г 3мес	27.09.2022	0,5	V0D351M	АКДС+Hib, ВГВ	мб	мб	
	V3 1г 6мес	24.12.2022	0,5	V3N229V	АКДС+Hib, ИПВ, ВГВ	мб	мб	
Ревакцинация	R 2г 10мес	15.04.2024	0,5	Y0A511M	АКДС+Hib	мб	мб	

* 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	V1 Сроч	24.08.21	0,05	20004	ВПВ	нб	нб	
	V2 1г 2мес	28.08.22	0,5	АКДС+Hib+ИПВ+ВГВ	ВГВ	нб	нб	
	V3 1г 6мес	24.12.22	0,5	V3 N229V	АКДС+Hib+ИПВ, ВГВ	нб	нб	
ПГА вакц	V1 2г 4мес	22.10.2023	0,5	202205027	ВГА,	нб	нб	
ПГА RV	V2 2г 11мес	06.2024	ср.	АВ202309013	ВГА	нб	нб	

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т°)	Местная	
V1 1г 1мес	23.07.2022	0,5	0131N017	нб	нб	
Дим	02.04.23	0,5	0133N058A	нб	нб	

Стр. 4 ф. № 065/У

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод(дата, причина)
				Общая	Местная	
V1 1г 1мес	23.07.2022	0,5	0131N017	нб	нб	
Дим	02.04.2023	0,5	0133N058A	нб	нб	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод(дата, причина)
						Общая (Т°)	Местная	

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

Қазақстан Республикасы
"Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы"
мемлекеттік мекемесінің
шаруашылық жүргізу құқығындағы
"№2 қалалық емханасы"
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны
Ақтөбе қаласы, Ақтөбе көшесі, 58

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушы 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген 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

Берілген күні 03.06.2025

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

Пациенттің аты-жөні (Фамилия, имя, отчество пациента) Ермахан Ерасыл

Туған күні 23.06.2021

Мекенжайы РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ Актюбинская, ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ. Актобе, УЛИЦА Жангелдина, ДОМ 74Б

Анкеталық деректер мен идентификаторлар анықтамаға берілді

ГУЛЖАН БОЛАТОВНА 244768

Мөр
(Печать)

2

ние к приказу
авоохранения
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
Тоймолтаев Нурахмед Д

Дата рождения

Пол мужск

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
г Актобе Тасбулсінов 124-3

Сведения о законных представителях:
мама
Толмужанбетова Т

Поликлиника прикрепления Центр, ПСК

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

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлары тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері

Данные плановых углубленных медицинских осмотров

1 жастан – 3 жаска дейін/В возрасте 1-3 лет

Параметрлері Параметры	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 год	3 жаста в 3 год	4 жас В 4 год
Тексеру күні/Дата обследования				12.07.25
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)				4,4 год
Бойы/Рост				102
Салмағы/Вес				15кг
Шағымы/Жалобы				нет
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов				
Педиатр				
Хирург (ортопед)				
Офтальмолог				
Отоларинголог				
Невропатолог				
Стоматолог				
Өзге де мамандар Другие специалисты	Психолог			
Зертханалық мәліметтер(қанның жалпы анализі,ішек құрт қабыршақтарына несеп , кажс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови , анализ мочи , кал на яйца глист)				ОАК - 12.06.25 ОАМ - 12.06.25 КСК - 12.06.25
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз				здоров
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития				норм
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития				норм
Денсаулық тобы Группа здоровья				I гр
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану ,шынығу,жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление , режим , питание , закаливание , поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов , учреждение с повышенным содержанием образования)				
Қолы/Подпись				

Зертханалық зерттеулердің мәліметтері /

Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови , мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	12.07.25	[illegible]
ОАМ	12.07.25	[illegible]
кал на яйца	12.07.25	[illegible]

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

КАРТА
профилактических прививок
20___ года "____" _____ взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения ГП-1

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Кенжебай Нурахмед
2. Дата рождения 7.03.2021
3. Индивидуальный идентификационный номер г Актобе
4. Домашний адрес: населенный пункт ____ улица (Лермонтова 55/Т-14)

Дом _____ корпус _____ квартира Бастыс-2

Отметка о перемене адреса т. 8775 853 8826
Пушкина 12А-3

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
10.05.21, 01 г 04.03.2021 г Россия 0,1 мл 1 мл 21 р. 10 — отр		вакцинация		8.03.21	0,05	C03798	214 1 мес — пол 3 3 мес — пуб. 6 мес — пуб. пуб. 5 мес
16.05.25, 0,1 с 3.09.2024 с 10.05.26, пр Россия р. лев — отр		ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

	Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V1	07.03.21,	17.08.25,	0,5 C XX461V						
V2	07.03.21	17.06.25,	0,5 C 00C431M						
V3	07.03.21	18.07.25,	0,5 XX1473V						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация V1	07.03.21,	17.02.25,	0,5	XX461V	Пентаксим			
V2	07.03.21,	17.06.25,	0,5	00C431M	Пентаксим			
V3	07.03.21,	18.07.25,	0,5	XX1473V	Пентаксим			
Ревакцинация								

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

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский о (дата, причин
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация		7.03.24	0,5	14004	ВГВ	–	–	
V2		17.02.25	0,5	X3C46N	Энджерикс			
		17.07.25	0,5	X31473K	Энджерикс			
Ревакцинация								

Прививка против паротита ЖПК.

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский от (дата, причин
					Общая (Т*)	Местная	
V	07.03.2017.	20.11.2017	0,5	0433N001B			

Прививка против кори

Дата			Серия	Реакция на прививку		Медицинский от (дата, причин
				Общая (Т*)	Местная	

Прививка против других инфекций Превенар 13.

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский от (дата, причина
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация								
V4 07.03.2017.		20.11.2017.	0,5	GN7785	Превенар 13.			

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.

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 18.07.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью "ТТи К"

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): КЕНЖЕТАЙ НҰРАХМЕД ДАЯНҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 07.03.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс 2 , ДОМ: 338А

5. Медицинское заключение:

Ребенок был на приеме и осмотрен врачом. Здоров. Кал на я\г не обнаружен. Эпид.окружение чистое. Допускается в дет\сад

6. Рекомендации (при необходимости):

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

ТУРЕМУРАТОВА МАРФУГА АДИЛБЕКОВНА 204866

Мор
(Печать)

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
[illegible] Стефан
И

Дата рождения 16.03.2021 г
Пол муж
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Боген-2-49Д-76

Сведения о законных представителях:
Боргомбаева Аружан

Поликлиника прикрепления ТТиК
Группа крови _____ Резус-фактор _____
Инвалидность (да/нет) нет группа _____
Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____
Диагноз (код МКБ- 10)* не состоит
Дата взятия на диспансерный учет _____
*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

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

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	21.04.25г	Hb-121 г/л
		Z-6 7 г/л
ОАМ	21.04.25г	СОЭ-3
		арт пр-ть
Кал на яйца	21.04.25г	Яйца не обнар.

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлары терендетілген медициналық тексеру мәліметтері/Данные плановых углубленных медицинских осмотров 5-7 жаста (мектепке барар алдында) / **В возрасте 5-7 лет** (перед школой)

Параметрлері Параметры	5 жаста В 5 лет	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста) За 1 год до школы (в 6 лет)	Мектепке барар алдында (7жаста) Перед школой (в 7 лет)
Тексеру күні/Дата обследования 21.04.25г			
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)			
Бойы/Рост 92 см			
Салмағы/Вес 14			
Шағымы/Жалобы нет			
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр Б.: здоров			
Хирург (ортопед) Б.: здоров			
Офтальмолог Б.: здоров			
Отоларинголог Б.: здоров			
Невропатолог Б.: здоров			
Стоматолог Б.: здоров			
Өзге де мамандар /Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі ,ішек құрт қабырғаларына несеп нәжіс анализі) ОАК, ОАМ, кал на яйца глист Лабораторные данные (общий анализ крови , анализ мочи , кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз Б.: здоров			
Табиғи дамуын бағалау /Оценка физического развития средний			
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития			
Денсаулық тобы /Группа здоровья I			
Дене шынықтырумен айналасатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой основная			
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар Рекомендации к занятиям спортом , бальными или спортивными танцами	Спорттың түрі (көрсетілсін) Вид спорта (указать)	Айғақталған / шектелген / қарсы айғақталған (астын сызу керек) Показано / ограничено / противопоказано (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану ,шынығу,жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление , режим , питание , закаливание , поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов , учреждение с повышенным содержанием образования)			
Қолы/Подпись			

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования 21/10/25г	
Рост 98 см	
Вес 14 г	
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья 1 гр.	
Медицинская группа для занятий физической культурой основная	
Рекомендации полноценное питание	

* 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 СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН.
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ
ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Этапный эникриз

Ребенок от 1 беременности. 1
При рождении вес 3500 кг. Рост 54 см.
Рос и развивался по возрасту. Осмотрен узкими специалистами. Привит по календарю. На «Д» учете не состоит. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легкие везикулярное дыхание. Тоны сердца ясное, ритмичные. Живот мягкий, безболезный. Сон и аппетит не нарушен. Стул и диурез в норме.
Эпид. окружение чистое.
Группа здоровья I

Диагноз: Здоров (а)

Бала денсаулығы паспорты
Паспорт здоровья ребенка

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ «ТТ и К» ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН. ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

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 22.04.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью "ТТи К"

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): КОРГАНБЕКОВ АЛАН АСЫЛБЕКОВИЧ

3. Туған күні (Дата рождения): 16.03.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , РАЙОН: Алгинский , ГОРОД РАЙ.ЗНАЧ.: Алга , УЛИЦА: Уалиханова , ДОМ: 10

5. Медицинское заключение:

ДЗ Здоров
Эпид окружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

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

КЕНЖЕҒАЛИЕВА ДИНАРА БОЛАТХАНҚЫЗЫ 241810

Мер
(Печать)

прив. г. Пруд

ҰУЖОК бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО	

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 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

Профилактикалық екпелерінің
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) Корошубаев Аян

2. Туған күні (Дата рождения) 16.03.2014

3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт): Сошный

көшесі (улица) _____ үй (дом) _____ корпус _____ пәтер (кв.) 66

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

Ф 747 / 2020 63

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене сергіпісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Еліпген жерде Местная	
Егу Вакцинация		16.03.14	0,5	19004		нет	нет	
		22.07	0,5	735 14	имм	нет	нет	
		06.12.21	0,5	204	имм	+	+	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене сергіпісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Еліпген жерде Местная	
	12.05.22	0,5	013		+	+	

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививки против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медицинал (дата,
күні дата	нәтиже результат						
		Егу вакцинация		210321	0,05	0379	
		Қайта егу ревакцинация					

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

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

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

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС - адсорбталған, кокжөтел-дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС - адсорбталған дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС-М-анатокс адсорбталған дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған, АД - адсорбталған дифтерия анатоксині, АС - адсорбталған сіреспе анатоксині, К - кокж вакцинасы.

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

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	120522	0,5	013	ъ	ъ	

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		21.11.21	0,5	0573	гепатит	ра	ра	
Қайта егу Ревакцинация		06.12.10	0,5	102	грип	ъ	ъ	
		120522	0,5	0112	грип	ъ	ъ	

Есептен шығарылу күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

Карта баланы есепке алғанда балалар - 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.

МО «Эпеос»
Медициналық Орталығы
Аудандық қарасы
№ 29. 07 2025

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Мырзахм

Дата рождения 25.02.2022

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Алматы Орда 11-111-29

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления "Ана и Мир женщины"

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

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

Диагноз (код МКБ-10)* Z00

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	общая	коррекционная	общая	коррекционная	общая	коррекционная
29.07.25	+					

МО «Эпеос»
Медициналық Орталығы
Ақтөбе қаласы
20 21 ж

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	29.07.2022
Рост	112 см
Вес	17 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	2 - группа
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	допущена в детский сад

* При отсутствии сведений об актуальных сведениях о 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

«Эпеос»
...ональдық Орталығы
...ағарма қалпы
11.05.07 20

Дәрігерлер тізімі

2. Педиатр –

3 Невропатолог –

4 Лор –

5 стоматолог –

6 Хирург –

Бөлімшенің

МО «Элеоз» Медицинский Орталыгы

Дата Эпикриз в ДДУ, школу.

№ 12 23 а

ФИО

Вес

Рост

Ребенок от 16 доношенной беременности, 16 срочных родов. Родился весом 3200 рост 52 крик сразу. П-, новорож-денности без особенностей. Растет и развивается соответствен-но возрасту. От сверстников не отстает

Привит согласно плану, Наследственность и аллергоанамнез не отягощен,

На «Д» учете не состоит, состоит Д/з

Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. 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

Группа зд.

Физ.разв.

Физ.гр.

Рекомендовано:

1.Режим

2.Сбалансированное питание.

3. Витаминотерапия

4. профилактика простудных заб.

5.Закаливание, массаж.

6. прогулка на свежем воздухе

7.

Эпид.окружение

Педиатр:

АНЫКТАМА ҮШІН ДЛЯ СПРАВОК

МО «Элеос»
Медициналық Орталығы
Ақтөбе қаласы
№ 12 «29» 07 2025 ж

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. ЖСН [redacted]
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) Мырзалиев Арман
3. Туған күні (Дата рождения): 28.02.2021г
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , УЛИЦА Батис-2 ДОМ 1 а Г-6
5. Медициналық қорытынды: Заключение Диспансерное наблюдение не допускается в детский сад
6. Рекомендация (при необходимости)
7. Фамилия, имя, отчество врача и идентификатор врача, выдавшего справку М.С

Мер
(Печать)

ДЛЯ СПРАВОК

Денсаулық сақтау ... "Женщины"
Мемлекеттік ... 240002914
Республика Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы
«23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген
№ 063 /е нысанды
медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма № 063 /у
Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық егулердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

2021 жылы (года) «04» 03 ... есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ТОО Куанышы
(для организованных детей наименование детского учреждения) Петропавловск
1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) [illegible]
2. Туған күні (Дата рождения) 25.02.2021
3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Бишек
көшесі (улица) ... үй(дом) ... корпус 12 пәтер(квартира) 77
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о переменах адреса) 8777 792 1767

Туберкулез вирусына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы: күні дата	нәтижесі результат		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайтымсыздық (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
		Егу вакцинация	25.02.2021	27.02.21	0,05	[illegible]	1 мес – туб 4 мес
		Қайта егу ревакцинация					3 мес – коп 4 мес 6 мес – дпт 4 мес 12 мес – дпт 4 мес

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
25.02.21	27.02.21	[illegible]	2 мес	V3	25122	0,5	[illegible]	
25.02.21	15.04.21	[illegible]	3 мес	V4	18122	0,5	[illegible]	

25.02.21 22.04.21 W3863

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Енгізгеннен кейінгі реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Енгізген жерде Местная	Медициналық қайтымсыздық Медицинский отвод
Егу Вакцинация V1	25.02.21	29.04.21	0,5	R21/24	АКДС+Гепатит В			
V2	25.02.21	15.06.21	0,5	[illegible]	[illegible]			
V3	25.02.21	27.12.21	0,5	7341[illegible]	[illegible]			
Қайта егу Ревакцинация RV1	25.02.21	22.04.21	0,5	KJB63	RV [illegible]			

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, қорғасынсызданған мөлшері қайтылаған. 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.

Прил
Министр
Респ
от 19 декабр

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Николаев П.Р.

Дата рождения 22.06.2021

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Сакибая батыра 40 В-45
Тел 8702 031 50-26

Сведения о законных представителях:
мама Тақсенкова Қарлығаш Жасұланқызы
16.1.2002 ор.орд. РК отц Нурбеков
Нұрлыгер 27.02.1997 ор.ф. РК

Поликлиника прикрепления ТОО Мир женщин

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

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлары терендетілген медициналық тексеру мәліметтері/Данные плановых углубленных медицинских осмотров 5-7 жаста (мектепке барар алдында) / В возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметрлері Параметры	5 жаста В 5 лет	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста) За 1 год до школы (в 6 лет)	Мектепке барар алдында (7жаста) Перед школой (в 7 лет)
Тексеру күні/Дата обследования	26 VIII 25		
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)	4г 9мес		
Бойы/Рост	106		
Салмағы/Вес	15 кг		
Шағымы/Жалобы	вет		
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр	здоров		
Хирург (ортопед)	здоров		
Офтальмолог	здоров		
Отоларинголог	здоров		
Невропатолог	здоров		
Стоматолог	здоров		
Өзге де мамандар /Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі ,ішек құрт қабырғақтарына несеп , нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови , анализ мочи , кал на яйца глист)	в норме		
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз	здоров		
Табиғи дамуын бағалау /Оценка физического развития	средний		
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития	нормальное		
Денсаулық тобы /Группа здоровья	I A		
Дене шынықтырумен айналасатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой	основная		
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсыныстар Рекомендации к занятиям спортом , бальными или спортивными танцами	Спорттың түрі (көрсетілсін) Вид спорта (указать)	Айғақталған / шектелген / қарсы айғақталған (астын сызу керек) Показано / ограничено / противопоказано (подчеркнуть)	
Ұсыныстар (оқуыңу, режим, тамақтану ,емделу,жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мектепке мектебі және басқалар) Рекомендации (оздоровление , режим , питание , закаливание , поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов , учреждение с повышенным содержанием образования)	Заключение поступление		
Қолы/Подпись			

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

Зерттеулердің түрлері (қан , несеп , нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови , мочи , кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	25 VIII 25	Hb-120 г лейк 7,8.109 СОЭ-5мм/ч
ОАМ	25 VIII 25	белок нет эп-1-2 в п/з
		лейк-0-1 в п/з
К/я	26 VIII 25	

ЖШС "Жоғары жіктегі ... ЛАБОРАТОРИЯ
НӘЖІСТЕ ХҚТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫ ТАБЫЛМАДЫ
26.08.25 20__ г.
ДАРІГЕР КОПы
ПОДПИСЬ ВРАЧА

26 VIII 2026 Дородовый патронаж

Ребенок от беременности, II срочных родов с весом 2780, рост 51 см

Рос и развивался соответственно возрасту

Осмотрен узкими специалистами.

Состояние ребенка удовлетворительное.

Кожные покровы чистые, обычной окраски

Передвижения глаз не увеличены.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные.

Живот мягкий, б/б. Стул и мочеисп в норме

Ds: Здоров

гр зд II А

ИПР соответствует возрасту

вр Шаменова М.М

ДДУ посещать допускается

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	26 VIII 25 г
Рост	106
Вес	15 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	I А
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	Закаливание

* 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

Қазақстан Республикасы Ақтобе қаласы
Республика Казахстан город Актобе
ЖШС/ТОО «Мир Женщины»
БСН/БИН 191240002914
Адрес: Батыс-2 дом 4Д и.п.1, 8(7132) 45-69-19
Email: mir-zhenshiny.aktobe@yandex.kz

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 26.08.2025 .

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): НҰРАБЕКОВ АЛИНҰР ЖӨДІГЕРҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 22.06.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , ПРОСПЕКТ: Санкибай Батыра , ДОМ: 40В/1

5. Медицинское заключение:

Здорова

Группа здоровья 1

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое

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

ЖАМЕКЕЕВА МАЛИКА МУСТАФАЕВНА 210781

Қазақстан Республикасы Ақтобе қаласы Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «Мир Женщины» ТОО БСН/БИН 191240002914 РК город Актобе
АНЫҚТАМАЛАР МЕН ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗДЫҚ ПАРАҚТАР ҮШІН
ДЛЯ БОЛЬНИЧНЫХ ЛИСТОВ и СПРАВОК

Мер

(82)

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі Министерства здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы №175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама.
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 № 175

Казакстан Республикасы Актобе каласы
Республика Казахстан город Актобе
ЖШС/ТОО «Мир Женщины»
БСН/БИН 191240002914
Адрес: Батыс-2 дом 4Д, т. 1, 8(7132) 45-69-19
Email: mir-zhenshiny.aktobe@mail.kz

Ребенок прививки

КАРТА
профилактических прививок

20 21 года «22» июня взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения _____

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

2.Дата рождения 22.06.2021

3.ИИН(индивидуальный идентификационный номер) _____

4.Домашний адрес: населенный пункт г. Актобе улица Сакенова Кошкарбаева

5.Дом _____ корпус 41 / 1 квартира 45

Отметки о перемене адреса ХА2 031 32 21

Прививки против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Дозы	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
Дата	Результат						
		Вакцинация	22.06.21	23.06.21	0,05	[illegible]	[illegible]
		Ревакцинация					7 лет [illegible] 6 лет [illegible] 12 лет [illegible]

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
22.06.21	14.10.21	Т34672						
	15.01.25	056491м						
	20.05.25	085X834Ym.						

Прививка против, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	22.06.21	14.10.21	0,5	Т34672	АКДС	нет	нет	
		15.01.25	0,5	056491м	АДС-М	нет	нет	
		20.05.25	0,5мл	085X834Ym	АДС-М	нет	нет	
Ревакцинация								
	XII класс							

*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 (дата, причина)
						Общая (Т°)	Местная	
Вакцинация	22.06.21	[illegible]	0,5	[illegible]	КПК	нб	н	
	[illegible]	14.8.21	0,5	[illegible]	[illegible]	нб	б	
		20.01.24	0,5 мл	V3140Ба	Рв Вак	н/б		
Ревакцинация		20.12.24	0,5 мл	[illegible]	Рв Вак	н/б	н/б	

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т°)	Местная	
22.06.21	22.11.24	0,5	0133N058A	нб	нб	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т°)	Местная	
22.06.21	22.11.24	0,5	0132N058A	н/б	н	

Прививка против других инфекций РКК

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т°)	Местная	
Вакцинация	22.06.21	14.8.21	0,5	T3H079A	Бритикс	н/б	б	
Ревакцинация	22.06.21	27.12.24	0,5	K892W	Инвелес	нб	н	

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

ПРИЛОЖЕНИЕ
к «Инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 026/у-3
Паспорта здоровья ребенка»

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА
(код формы по ОКУД - 026/у-3)
БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ
(ОКУД бойынша коды 026/у-3)

СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ
БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ

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

Ұлты\Национальность _____ Туған күні/Дата рождения 01 [illegible] 2021г

Жынысы: ер/әйел (қажеттісінің астын сызу керек)\Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

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

_____

телефон (тұрғылықты орны)\телефон (место жительства)

Қызмет көрсететін емхана\Обслуживающая поликлиника

_____

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

Қанның тобы\Группа крови _____ Резус-фактор _____

Мүгедектік\Инвалидность _____

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру Среднего общего образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Школа-интернат		Орта жалпы білім беру Профессионального образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

производстве

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

Аллергия

Вакциналық дәрілік, аллергиялық, аурулар Вакциональная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллергия Аллергия	Басталу жасы С какого возраста	Диагноз кім жасады Кем установлен диагноз

2. АНАМНЕСТИКАЛЫҚ МӘЛІМЕТТЕР
АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Ата-аналары туралы мәліметтер\Сведения о родителях

	Аты-жөні, туған жылы Ф.И.О., год рождения	Білімі Образование	Жұмыс орны, жұмыс телефоны Место работы, телефон
Анасы **Мать**	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Әкесі **Отец**	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Отбасының мінездемесі: толықсыздық емес (керектінін астын сызу керек)
Характеристика семьи: полная/неполная (нужное подчеркнуть)
Тұрмыстық жағдайы\Жилищно-бытовые условия [illegible]

Отбасының анамнез (аурушаңдығы)\Семейный анамнез (заболевания) [illegible]

Мектептен тыс сабақ\Внешкольные занятия

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

Күні Дата	Стоматолог тексеруінің мәліметтері (формула) Данные осмотра стоматолога (формула)	Тазалаудың нәтижесі Результаты санации

Күрделі тағайындау/Дегельминтизация

Тексеру күні Дата обследования	Нәтижесі Результат	Емдеу күні Дата лечения	Пайдаланылған препарат Использованный препарат	Бақылау анализі Контрольные анализы	
				Күні Дата	Нәтижесі Результат

5. ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЖӘНЕ ҚҰРАЛ-САЙМАНДЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР
ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Зертханалық зерттеулердің мәліметтері/Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК. Hb - 120 г/л	04.08.2023г	
Л - 6,0·10⁹/л		6 N
Тр - 4,2·10¹²/л		
СОЭ - 2 мм/ч		

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (кровь, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК 9 ж. бес- 1017, Р-ЧЯП- тысаз	04.08 2023г.	6 N
кал на яйца- отрицательно	04.08 2023г	6 N

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

Күні Дата	Зерттеулердің түрлері Вид исследований	Нәтижесі Результат	Пленкадағы жазылатынның мөлшері (см х см) Размер поля на пленке (см х см)	Бір түсірімнің дозасы (МЗВ) Доза за один снимок (МЗВ)	
				Тура Прямой	Қыры Боковой

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

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

Параметрлері Параметры	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 года	3 жаста в 3 года
Тексеру күні/Дата обследования		04.08.2023г.	
Баланың жасы (тексерген кезде) Возраст ребенка (на момент осмотра)		2 года	
Бойы/Рост		94см	
Салмағы/Вес		12 кг	
Шағымы\Жалобы		нет	
Мамандардың тексеруі\Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог			
Стоматолог (жыл сайын/ежегодно)			
Өзге де мамандар Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабырғақұрттарына есеп, нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі, ілеспелі аурулар) Заключительный диагноз (в том числе основные и сопутствующие заболевания)			
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития			
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития			
Денсаулық тобы Группа здоровья			
Ұсыныстар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу бізгеніне жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)			
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ			

Дата 04.08.2023 Эпикриз в ДДУ, школу

ТОО «Эпвось» Медициналық Орталығы Ақтөбе қаласы № 10 «04» 08 20

ФИО Глазуй Е.Г.

Вес 3500 грамм 01.07.2021г.

Рост 54 см

Ребенок от I доношенной беременности, I срочных родов. Родился весом 3500 г, рост 54 см, крик сразу. П-, новорож-денности без особенностей. Растет и развивается соответствен-но возрасту. От сверстников не отстает —

Привит согласно плану, привит Наследственность и аллергоанамнез не отягощен, —

На «Д» учете не состоит, состоит Д/з здоров

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. I группа

Физ.разв. Соответствует возрасту

Физ.гр. Основная

Рекомендовано: Вакцинация в детской поликл. по месту жит.

1. Режим
2. Сбалансированное питание.
3. Витаминотерапия
4. профилактика простудныхзаб.
5. Закаливание, массаж.
6. Прогулка на свежем воздухе
7.

Эпид.окружение чистое

Педиатр:

Медицинский центр «Эпвось» Акционерлік қоғамы Ақтөбе қаласы Анықтамалар үшін / Для справок

Ақтөбе қаласы Білім беру бөлімінің Дәрігер / Врач

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН.
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

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 06.10.2023

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью "ТТи К"

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

3. Туған күні (Дата рождения): 01.07.2021

4. Мекенжайы (Адрес): АКТЮБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ, АКТОБе Батыс 2 С Татеулы 6

5. Медицинское заключение:

Здоров Кал на я/глист отрицательный

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

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
Уайсбаева Гульнар Укасовна 1751

Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 063 - есеп нысаны Медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 063/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық егілердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок
есепке алынды (принята на учет)

20 21 жылы (года) «24» 08

Ұйымдастырылған балалар үшін балалар мекемесінің атауы ДТ ЛК
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Пятунин Ерасыл Темірханович
2. Туған күні (Дата рождения) 01.07.2021
3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____
көшесі (улица) Ораз Тәжібаев үй(дом) 6 корпус 58 пәтер(квартира) 8776 798 8209.
Мекенжайды ауыстыру туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулезге қарсы егіс
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қарсылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	01.07.2021	02.07.21	0,05	9050	1 мес – пуп 3 см 5 мес – пуп 3 см 6 мес – пуп 3 см 11 мес – пуп 3...
		қайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы егіс
Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
				14.06.03.22, 18.04.20 24.				

Күл, коклюшке, сіреспеге қарсы егіс
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Емге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қарсылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Г) Общая (ТР)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар ұяшаға әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбцияланған коклюшті – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбцияланған дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбат – екі дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған, АД – адсорбцияланған дифтерия анатоксині, АС – адсорбцияланған сіреспе анатоксині, К – коклюшке 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

Вирусты гепатитке қарсы екпе
Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препаратты атауы Наименование препарата	Екпеге және реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Енгізілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	01.07.21	01.07.21	0,5	UTY20004	КДТВ	чб		
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита ЖПК

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге және сериясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Енгізілген жерде Местная	
01.07.21	08.08.22	0,5	01608N108A	нб	н	

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

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

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций) ДТП В

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препаратын атауы Наименование препарата	Екпеге және реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Енгізілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	01.07.21	08.08.22	0,5	ETG182	КДТВ		чб	
Қайта егу Ревакцинация								

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

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

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

Приложение 3 к приказу Исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка РЫСБЕКҚЫЗЫ АСЫЛЫМ

Дата рождения 15.04.2021

Пол ☐ мужской ☑ женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , ПРОСПЕКТ: Санкибай Батыра , ДОМ: 253/1 , КВАРТИРА: 19

Сведения о законных представителях:
Мать ЖОЛЕКЕНОВА НАЗЕРКЕ ЕСЕНГАЛИЕВНА

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

Группа крови I 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

ШЖҚ «№6 Қалалық ем... ГКП «Городская поликлиника №6

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлы тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері 3-5 жаста

Данные плановых углубленных медицинских осмотров в возрасте 3-5 лет

Параметрлері Параметры	2жаста В 2 года	3 жаста В 3 года	4 жаста В 4 лет
Тексеру күні/Дата обследования		20.06.25	10.07.25
Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования			4г
Бойы/рост			104
Салмағы/вес			15
Шағымы/ жалобы			нет
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр			здоров
Хирург ортопед			
Офтальмолог			
Оториноларинголог			
Невропаталог			
Стоматолог			здоров
Өзге де мамандар/Другие спец.			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс) Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на я/глист)			ОАС ОАМ кал на я/гл
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз			здоров
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития			нет нужды весы, рост соответствует возрасту
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка НПР			
Денсаулық тобы Группы здоровья			I А
Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой			–
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар Рекомендации к занятиям спортом, бальными или танцами	Спорттың түрі (көрсетілсін) Вид спорта (указать)	Айғақталған/ шектелген/ қарсы айғақталған (астын сызу керек) Показано ограничено против. (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов			здор
Қолы/Подпись			

ШЖК «№6 Қаладық емхана» МКК

Эпикриз

Дата: 11 07 23

Ребенок от III беременности, от III родов.

Родился(лась) с весом 3,200 кг ,ростом 57 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по календарю. Контакт с tbs –.

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: Здорова

НПР Уровень

ФР- нормосомия

Группа здоровья: I А.

Школу/Детсад посещать может

Врач:

Зав.ПМСП:

ЕНБЕККЕ ЖАРАМСЫЗ ІАРАКТАР ЖӨНІНДЕ АНЫҚТАМА ҮШІН

Допускается в ДОУ.

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «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

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 11.07.2025

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): РЫСБЕКҚЫЗЫ АСЫЛЫМ

3. Туған күні (Дата рождения): 15.04.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , ПРОСПЕКТ: Санкибай Батыра , ДОМ: 253/1 , КВАРТИРА: 19

5. Медицинское заключение:

Дата приема: 11.07.2025
ФИО: РЫСБЕКҚЫЗЫ АСЫЛЫМ
Дата рождения: 15.04.2021
Т - 36,6
Жалобы: нет.
Диагноз: Здорова
Эпид.окружение чистое.
Кап на я/глист 10.07.2025- отрицательный

Врач: Маканбетиярова Н.У.

6. Рекомендации (при необходимости):

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

СЫЙХОВА МЕНСЛУ МУКАНГАЛИЕВНА 217090

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

ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗ ПАРАҚТАР ЖӨНІНДЕ АНЫҚТАМА

Мөр (Печать)

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

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

2021 жылғы (года) «19» 04 есепке алынды (взят на учет)

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

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

2. Туған күні (Дата рождения) 15.04.2014

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт Нур-Султан үй(дом) 148 корпус пәтер(квартира) 158
көшесі (улица)

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о месте жительства) 87716507132

Туберкулезге қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

Туберкулез							
күні дата	нәтижесі результат					Серия	Медициналық отвод (дата, себеп)
13.VI.25	Д1	29.09.2011	15.04.21	15.04.21	005	0576	1 мес пол. 4 шт
		вакцинация				214	3 мес пол. 4 шт
							6 мес пол. 4 шт.
		кайта егу ревакцинация					12 мес пол. 4 шт.

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
2018 V1	23.11.22	005	8 мес	04.05 V4	23.2.23	12 мес	17.5	17532
2018 V2	16.01.23	005	11 мес					
V3	22.03.2023	005	3 мес 22 дня					

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препаратты атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V1	23.11.22	0,5	005	АКДС	нет	нет	
	V2	16.01.23	0,5	005	АКДС	нет	нет	
	V3	22.03.23	0,5	[illegible]	АКДС	нет	нет	
Қайта егу Ревакцинация	R1	04.11.24	0,5	005	АКДС			

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АД – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – коклюшная 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: Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
Егу Вакцинация	15.04.21	15.04	0,5	19004	ВПВ,	н/б	н/б.	
	V2	23.11.22	0,5	0417	ВПВ	н/б	н/б	
	V3	24.03.23	0,5	21229	[illegible]	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация								
	V1	22.08.23	0,5	20210802В	ВП+А	н/б	н/б	
	V2	22.11.23	0,5	20210904В	ВП+А			

Паротитке қарсы екпе/ Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку: Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
V1	19.04.22	0,5	0130N1077	н/б	н/б	
Ревак	26.01.24	0,5	0135K0370	н/б	н/б	

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

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: Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
цинация	V1	19.04.22	0,5	6002	Превенар	н/б	н/б	
ита егу акцинация	V2	23.11.22	0,5	1506	превенар	н/б	н/б	
	V3	24.03.23	0,5	3506	превенар	н/б	н/б	

ітен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы (Подпись) _____

іебі (Причина) _____

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

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

Карта ұйымда қалады.

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

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

Карта остается в организации.

Medical center «Univer»
Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 191240008913

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
Голик Аяулым Койпатыкызы

Дата рождения

Пол жен.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
А/о 119 кв 67

Сведения о законных представителях:
папа- Кузембаев К. С
мама- Айбасова А М
8 701301 7009

Поликлиника прикрепления BZ Холдинг univer клиник

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да\нет) нет группа –

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

Диагноз (код МКБ-10)* –

Дата взятия на диспансерный учет –

*За исключением диагнозов B20-B24 ,F00-F99

Таблица 1. Характеристика организация

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

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	26.06.25
Рост	
Вес	
Заключительный диагноз(в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здорова
Группа здоровья	II гр
Медицинская группа для занятий физической культурой	I гр
Рекомендации	ЗОЖ

*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:

Вес:

Окулист: Офтальмолог

Лор:

Хирург: Здорова

Невроватолог:

Стоматолог:

Педиатр: Здорова

ОАК: гемо-127, лейко-5, тромб-210, СОЭ-5 мм/час

ОАМ: норма

Кал на я\г: отрицательный

Medical center «Univer» «BZ Холдинг»

Эпикриз

Ребенок от_____беременности,от_____родов.

Родился(лась) с весом _____кг, ростом _____см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по возрасту 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 , безболезненый.

Стул и диурез в норме

Диагноз: Здорова II гр

Школу, Детсад посещать может

Врач: Кудашова

Дубликат

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Medical center «Univer» Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 131240008913	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы «30» қазандағы №ҚР ДСМ -175\2020 бұйрығымен бекітілген № 065 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации **ТОО «BZ» Холдинг**	7пед	Медицинская документация Форма № 065 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «20» октября 2020 года №ҚР ДСМ -175\2020

Профилактикалық екпелердің КАРТАСЫ
КАРТА профилактических прививок

20___ жылғы (года) «_____»_____ есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы **BZ Холдинг UNIVER поликлиникасы**
(для организованных детей наименование детского учреждения)

гчество) Серик Асылым Кайратқызы

3. Туған күні (дата рождения) 27.05.2021ж
4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) А/О 119
көшесі (улица) _____ үй(дом) _____
корпус _____ пәтер(квартира) _____
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87013017009

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	24 05 21	28 05 21	0,05	0579621	1мес- пол 4мес 3мес- дит 4мес
		қайта егу ревакцинация					6мес- Руб 4мес 12мес- Руб 4мес

Прививка против полиомиелита

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

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								
Қайта егу Ревакцинация								

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	29.05.21	29.05.21	0,5	20003	BIB	нет	нет	
Қайта егу Ревакцинация								

Прививка против паротита КПК

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
29 05 21	16.11.23	0,5	013 2 M033A	нет	нет	
доп	23.05.24	0,5	013 3N058A	нет	нет	

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 отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Medical center «Univer»

Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 191240008913

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 26.06.2025

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): СЕРИК АСЫЛЫМ КАЙРАТКЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 27.05.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс 2 , ДОМ: 11Д/1

5. Медицинское заключение:

Здорова, Эпид окружение чистое, кал на я/г отрицательный!!!

6. Рекомендации (при необходимости):

Может посещать ДДУ!!!

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

РАХМЕТОВА ДІЛНАЗ ТИМУРҚЫЗЫ

Мер
(Печать)

«№3 қалалық емханасы» МКК

ГКП «Городская поликлиника №3»

Приложение
к Инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 026/у-3
"Паспорт здоровья ребенка"

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

(Код формы по ОКУД - 026/у-3)

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

(ОКУД бойынша кодтын нысаны 026/у-3)

1. БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ / ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Баланын аты-жөні, әкесінің аты / Ф.И.О. ребенка Жүйірберген Айдана Жолдасбекқызы

Ұлты / Национальность қазақ Туған күні/ Дата рождения 01.04.2011

Жынысы: ер/әйел (кажеттісінін астын сызу керек)

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Мекен-жайы (немесе интернат мекемесінің мекен-жайы) / Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Алтын орда 23 Д

Телефон (тұрғылыкты орны) / Телефон (места жительства)

Қызмет көрсететін емхана / Обслуживающая поликлиника ГП№3

_____ телефон (мед/ұйым) телефон (мед/орг.) 94175

Қаннын тобы / Группа крови _____ Резус - фактор _____

Мүгедектік / Инвалидность _____

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру Среднего общего образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ (жалғасы) / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ (продолжение)					
	Кәсіби білім беру Профессионально		Мектеп-интернат Школа-интернат		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

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

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

Аллергия

Вакциналық, дәрілік аллергиялық аурулар Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген	Бастапқы жасы Возраст начала	Диагноздың қою жылы Год установления диагноза	Ескерту Примечание
	жоқ			

2. АНАМНЕСТИКАЛЫҚ МӘЛІМЕТТЕР / АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Ата-аналары туралы мәліметтер / Сведения о родителях

	А.Ж.Ә., туған жылы Ф.И.О. год рождения	Білімі Образование	Жұмыс орны, жұмыс телефоны Место работы, телефон
Анасы Мать	Ермекбаева Г	высшее	Универ. Назарбаева
Әкесі Отец	Умерарин Ж	высшее	ИП

Отбасының сипаттамасы - толық/толық емес (қажеттісінің астын сызу керек).

Характеристика семьи (полная/неполная (нужное подчеркнуть).

Тұрмыстық жағдайы / Жилищно-бытовые условия удовл

Отбасылық анамнез (аурушаңдық) / Семейный анамнез (заболевания) не отм

Мектептен тыс сабақ / Внешкольные занятия

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

Сабақтың түрлері Вид занятий	Жасы/аптадағы сағаттар / Возраст/часов в неделю							
	10 жас / 10 лет		12 жас / 12 лет		14-15 жас / 14-15 лет		16-17 жас / 16-17 лет	
Спорт (қайсысы екенін көрсету, оның ішінде би) Спорт (указать какой, в том числе танцы)								
Музыка								
Шет тілі / Иностран.язык								
Өзге де сабақтар (көрсету керек) Другие занятия (указать)								

5. ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЖӘНЕ ҚҰРАЛ-САЙМАНДЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР
ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Зертханалық зерттеулердің мәліметтері / Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	11.06.24	Нб - [illegible]
		Лейко - 6,5
		СОЭ - 10
ОАМ	11.06.24	Бел. [illegible]
МК	11.06.24	отр.

Флюорографиялық (рентгендік) зерттеулердің мәліметтері

Данные флюорографических (рентгеновских) исследований

Күні Дата	Зерттеулердің түрлері Вид исследования	Нәтиже Результат	Пленкадағы жазықтықтың мөлшері (см х см) Размер поля на пленке (см х см)	Бір түсірімнің дозасы (МЗВ) Доза за один снимок (МЗВ)	
				Түзу прямой	Қыры боковой

6. БАЛАНЫҢ САЛМАҚ-БОЙ КӨРСЕТКІШТЕРІ
МАССО-РОСТОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕБЕНКА

Жасы / Возраст	Салмағы/Вес (кг)	Бойы/Рост (см)
1 жас / 1 год		
2		
3 жас -	94 кг	92 см
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

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

Маман Специалист	Есепке алынған күн Дата взятия на учет	Маманға келуін бақылау Контроль посещения специалиста							Есептен шығарылған күні Дата снятия с учета
Диагноз		белгіленген назначено	келуі явка	белгіленген назначено	келуі явка	белгіленген назначено	келуі явка	белгіленген назначено	Себебі Причина

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

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

Параметрлері Параметры	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 года	3 жаста в 3 года
Тексеру күні Дата обследования			11.04.24
Баланың жасы (тексерген кездегі) Возраст ребенка (на момент осмотра)			3 лет
Бойы / Рост			92 см
Салмағы / Вес			14 кг
Шағымы / Жалобы			нет
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр Хирург (ортопед)	26.04.24.	Хир. патология нет	
Невропатолог (1 жаста)/(в 1 год)	29.04.24	Здорова.	
Отоларинголог	26.04.24	Здорова	
Офтальмолог	3.05.24	Здорова	
Логопед (3 жастан бастап) / (с 3-х лет)			
Стоматолог (жыл сайын) / (ежегодно)	26.04.24	Здорова.	
Өзге де мамандар Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтері (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарынанесеп, нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)			

Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі, ілеспелі аурулар) Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)			Здоров.
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития			среднее
Жүйке-психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития			НПР-I
Денсаулық тобы Группа здоровья			I
Ұсынымдар (сауығу, режім, тамақтану, шыныгу жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу, білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования)			Режим дня посещать школу
Дәрігер педиатордың қолы Подпись врача педиатра			

АЖИГАЛИЕВА ВРАЧ АЖИАН МУХАНБЕТОВНА

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

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

Дата 11.06.2014

Ф.И.О Тәжіғұлова Айранқыз

Рост 92 см

Вес 14 кг

Ребенок от IV доношенной беременности III срочных родов. Родился весом 4,500, рост 57, крик сразу. Период новорожденности без особенностей. Растет и развивается соответственно по возрасту. От сверстников не отстает_____. Привит согласно по плану_____
Наследственность и аллергоанамнез не отягощен_____.
На «Д» учете не состоит, состоит Д/з_____
Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены.
В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме.

Диагноз Здорова

Группа.зд. I

Физ.разв. средное

Физ.гр. основная

Рекомендовано:

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

Эпид.окружение: чистое

Педиатр:

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ППК	Медицинская документация Форма № 063/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
прививок

2021 ж. «04» 03 есепке алынды (взят на учет)

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

2. Туған күні (Дата рождения) 01.04.2021

3. Мекенжайы: әлді мекен (Домашний адрес: населенный пункт Актобе
көшесі (улица) ул. Сердженкова үй(дом) 74 корпус пәтер(квартира)

Мекенжайы ауысуы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8705 531 4535 Гульнар

Күні Дата	Түрі Вид	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	(күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
	егу вакцинация	01.04.21	03.04.21	0,05	0379	1.м - оң 5 см 3.м - оңа 5 см 6.м - оңа 3 см
	қайта егу ревакцинация					12.м оңа 3 см

Полиомиелитке қарсы екпе/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата
V1 3 м	22/VII 21г	0392710		V4 4 т	20 21г	2м	01.02.2020
V2 7 м	12/XI 21г	V0A9611		V5 6 т	01.11.23г	W0A9611	
V3 9 м	12/I 22	0310711					

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Мед. қайта Мед.
Егу Вакцинация	V1 3 м	22/VII 21г	0,5	0392710	АКДС вакцина	нб	нб	
	V2 7 м	12/XI 21г	0,5	V0A9611	АКДС вакцина	нб	нб	
	V3 9 м	12/I 22г	0,5	0310711	АКДС вакцина	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	RV1 6 т	01.11.23г	0,5	W0A9611	АКДС вакцина			

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия сіресне вакцина, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіресне анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіресне анатоксин антиген мөлшері азайтылған АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіресне анатоксин 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 – 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	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
Ер	01.04.21	01.04	0,5	1904	АКДС	нб	нб
	V2 3 м	22/VII.21 г	0,5	73 22 211	гексавакцина	нб	нб
	V3 9 м	12/I.22 г	0,5	03 10 22	гексавакцина	нб	нб
	ВГВ1	5/VII.23 г	0,5	20210523		нб	нб
	ВГВ2	4/I.24 г	0,5	26220524		нб	нб

Паротитке қарсы екпе/ Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қ Медицински
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V1	8.12.22	0,5	078	нб	нб	
ТД КПК	4/I.24 г	0,5	6133 и 1349	нб	нб	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

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

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
Ер	V1 пневмо 3 м	22/II.21 г	0,5	0572	превенар 13	нб	нб
Кызы	V2 9 м	17/XI.21 г	0,5	0572	превенар 13	нб	нб
	V3	8.12.22	0,5	6020	превенар 13	нб	нб

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.

При выезде из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.

«№3 қалалық емханасы» МКК

ГКП «Городская поликлиника №3»

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 11.06.2024

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ТӘҢІРБЕРГЕН АЙДАНА ЖАҢАБЕККЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 01.04.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , ДАЧНЫЙ КООПЕРАТИВ: Саздинский , ДОМ: 74

5. Медицинское заключение:
здорова

6. Рекомендации (при необходимости): эпид окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
АЖИГАЛИЕВА АЙЖАН МУХАНБЕТОВНА 79130

Мөр
(Печать)

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

ПРИЛОЖЕНИЕ
к заполнению
формы 026/у-3
«Паспорт здоровья ребенка».

ПАСПОРТ ЗДОРО
(код формы по О
БАЛА ДЕНСАУЛ
(ОКУД бойынша ко

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ
БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ

Баланың аты-жөні, әкесінің аты/Ф.И.О. ребенка Торебек Ибрагим Мейрбекулы

Ұлты/Национальность Казак **Туған күні/Дата рождения** 09.01.2021

Жынысы/пол(қажеттісінің астын сызу керек)\Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

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

Телефон (тұрғылықты орны)**телефон** (место жительства)

Қызмет көрсететін емхана\Обслуживающая поликлиника

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

Қанның тобы\Группа крови _____ **Резус-фактор**

Мүгедектік\Инвалидность

Түскен айы, жылы. Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру Среднего общего образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

Түскен айы, жылы. Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Школа-интернат		Орта жалпы білім беру Профессионального образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

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

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

Аллергия

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

I.АНАМНЕСТИКАЛЫҚ МӘЛІМЕТТЕР
АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Ата-аналары туралы мәліметтер\Сведения о родителях

	А.Ж.Ә. туған жылы Ф.И.О., год рождения	Білімі Образование	Жұмыс орны, жұмыс телефоны Место работы, телефон
Анасы Мать	Торебек Айзат	среднее	
Әкесі Отец	Торебек Мейірбек	среднее	

Отбасының сипаттамасы – толық\толық емес (қажеттісін жеңдегу керек)
Характеристика семьи – полная\неполная (нужное подчеркнуть)
Тұрмыстық жағдайы\Жилищно-бытовые условия Удовлетворительные

Отбасылық анамнез (аурушаңдық)\Семейный анамнез (заболевания)
Отрицает

Мектептен тыс сабақ\Внешкольные занятия _____

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

Сабақтың түрлері Вид занятий	Жасы/айтадағы сағаттар Возраст/часов в неделю						
	10 жас 10 лет		12 жас 12 лет		14-15 жас 14-15 лет		16-17 жас 16-17 лет
Спорт (қайсысы екенін көрсету, оның ішінде би) Спорт (указать какой, в том числе танцы)							
Музыка							
Шет тілі Иностранный язык							
Өзгеде сабақтар (көрсету керек) Другие занятия (указать)							

Бұрын ауырған аурулар\Перенесенные заболевания

Аурулар Заболевания	Күні Дата	Аурулар Заболевания	Күні Дата
Қызылша\Корь	нет	Дизентерия\Дизентерия	нет
Көк жөтел\Коклюш	нет	Дифтерия\Дифтерия	нет
Скарлатина\Скарлатина	нет	Туберкулез\Туберкулез	нет
Іш сүзегі\Брюшной тиф	нет	Ревматизм\Ревматизм	нет
Желшешек\Ветряная оспа	нет	Эпидемиялық паротит\Эпидемический паротит	нет
Қызыл жөті\Краснуха	нет		
Вирусты гепатит (А,В,С,Д) Вирусный гепатит (А,В,С,Д)	нет		

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

Күні Дата	Диагноз, аралық тексерулер Диагноз, промежуточные осмотры	Мекеме Учреждение

3. ИММУНДЫҚ АЛДЫН АЛУ ІС-ШАРАЛАРЫ
ИММУНОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Алдын алу егулері/Профилактические прививки

Егулер Прививка	Егу Вакцинация I	II	III	Қайта егу Ревакцинация I	II	III	IV
Полиомиелит (күні/дата)	13.IX.20	20.X.20	24.XI.20	14.IV.22	27.V.22	27.VI.22	
Жасы/Возраст							
Мөлшері/Доза	0,5	0,5	0,5	0,5			
Серия/Серия	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
Салу тәсілі/Способ введения	в/м	в/м	в/м	в/м			
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)	н/б	н/б	н/б	н/б			
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ							
Күл өнірі, коклюш, столбняк (күні) Дифтерия, коклюш, столбняк (дата)	13.IX.20	20.X.20	24.XI.20	27.V.22			
Жасы/Возраст							
Серия/Серия	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
Мөлшері/Доза	0,5	0,5	0,5	0,5			
Салу тәсілі/Способ введения	в/м	в/м	в/м	в/м			
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)	н/б	н/б	н/б	н/б			
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ							
Паротит (күні/дата)							
Жасы/Возраст							
Серия/Серия							
Мөлшері/Доза							
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)							
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ							
Қызылша (күні) Корь (дата)	14.IV.22	13.VI.22					
Жасы/Возраст							
Серия/Серия	[illegible]	[illegible]					
Мөлшері/Доза	0,5	0,5					
Салу тәсілі/Способ введения	в/м	в/м					
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)	н/б	н/б					
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ							

Егулер Прививка	Егу Вакцинация I	II	III	Қайта егу Ревакцинация I	II	III	IV
"В" гепатит (күні) Гепатит "В" (дата)	[illegible]	[illegible]	[illegible]	18.IV.23			
Жасы/Возраст	[illegible]						
Мөлшері/Доза	0,5	0,5	0,5	0,5			
Серия/Серия	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
Салу тәсілі/Способ введения	в/м	в/м	в/м	в/м			
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)	н/б	н/б	н/б	н/б			
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ							
Қызылжөтел (күні) Краснуха (дата)							
Жасы/Возраст							
Серия/Серия							
Мөлшері/Доза							
Салу тәсілі/Способ введения							
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)							
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ							

Туберкулезге қарсы егулер (БЦЖ)/Прививки против туберкулеза (БЦЖ)

Егулер Прививка БЦЖ	Егу Вакцинация I	II	III	Қайта егу Ревакцинация I	II	III	IV
Жасы/Возраст	1 мес						
Күні/Дата	10.VIII						
Мөлшері/Доза	0,05						
Серия/Серия	[illegible]						
Нәтижесі/Результат	р/м						
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ	[illegible]						

Эпидемиялық көрсеткіштері бойынша егулер/Прививки по эпидемиологическим показателям

Аты/Название БЦЖ	Егу Вакцинация I	II	III	Қайта егу Ревакцинация I	II	III	IV
Күні/Дата	13.IX.20	20.X.20	24.XI.20	27.V.22			
Жасы/Возраст							
Мөлшері/Доза	0,5	0,5	0,5				
Серия/Серия	[illegible]	[illegible]	[illegible]				
Салу тәсілі/Способ введения	в/м	в/м	в/м				
Реакция (тез, жайлап) Реакция (немедленная, замедленная)	н/б	н/б	н/б				
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ							

Күні Дата	Стоматолог тексеруінің мәліметтері (формула) Данные осмотра стоматолога (формула)	Тазалаудың нәтижесі Результаты санации

Құрттардан тазарту/Детельминтизация

Тексеру күні Дата обследования	Нәтижесі Результат	Емдеу күні Дата лечения	Пайдаланылған препарат Использованный препарт	Бақылау анализі Контрольные анализы	
				Күні Дата	Нәтижесі Результат

I. ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЖӘНЕ ҚҰРАЛ-САЙМАНДЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР
ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Зертханалық зерттеулердің мәліметтері/Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ЖОК от 26.03.24	НВ 115 г/л, Эрит 4,8	
	Лей-4,2; СОЭ-5	
ОАМ от 26.03.24	Отн 1,012	
	Лейкоциты	
Кал на я/г № 2440	не обн	

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

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

Параметрлері Параметры	1 жаста В 1 год	2 жаста В 2 года	3 жаста В 3 года
Тексеру күні/ Дата обследования		26.03.24	
Баланың жасы (тексерген кезде) **Возраст ребенка** (на момент осмотра)		2 г 5	
Бойы/Рост		104	
Салмағы/Вес		16,5	
Шағымы/Жалобы		нет	

Мамандардың тексеруі/Осматры специалистов

Педиатр		Здоров	
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог		Глазное дно в норме 27.03.24	
Отоларинголог		Ухо 27.03.24	
Невропотолог (1 жастан/ в 1 год)			
Стоматолог (жыл сайын/ ежегодно)		Кариес в норме	
Өзге де мамандар **Другие специалисты**		Здоров	
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс анализі) **Лабораторные данные** (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)		Норма Норма	
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі, ілеспелі аурулар) **Заключительный диагноз** (в том числе основные и сопутствующие заболевания)		Здоров	
Табиғи дамуын бағалау **Оценка физического развития**		Соответствует возр.	
Жүйке психикалық дамуын бағалау **Оценка нервно-психического развития**		Нормосомна	
Денсаулық тобы **Группа здоровья**		I гр зд	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесі және басқалар) **Рекомендации** (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)		- режим - питание - оздоровить	
ҚОЛЫ/ПОДПИСЬ		в/рач	

Қазақстан Республикасы
Ақтөбе облысының
денсаулық сақтау басқармасы
мемлекеттік мекемесінің
шаруашылық жүргізу құқығындағы
«№5 Қалалық емхана» ...
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны

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

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

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: У фтизиатра «Д» учете не состоит

Дата выдачи: 28.03.2024

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) **ТӨРЕБЕК ИБРАҺИМ МЕЙІРБЕКҰЛЫ**

3. Туған күні (Дата рождения) **09.07.2021**

4. Мекенжайы (Адрес) **ГОРОД РЕСП.ЗНАЧ: Алматы, РАЙОН ВНУТРИ ГОРОД: Алатауский, УЛИЦА Абылхайырхана 62/1 39**

5. Медициналық қорытынды (Медицинское заключение): Диагноз: Здорова Гр. Зд. I

6. Рекомендации (при необходимости)

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

Врач: Ахметова К.А 19867

Мөр
(Печать)

Рост - 53
вес - 3,300

Эпикриз

Ребенок от I беременности .от I срочных родов (преждевременных)родов

Вес/о 104 кг_ рост/о 165 см_

Рос(ла) и развивалась(лся)соответственно по возросту.

Прививки по календарю (по индивидуальному графику).

Инфекционными заболеваниями болел не болел

На.,Д.,учете (**состоит**) (не состоит) не состоит

Обьективно;Жалоб нет.Срстояние удовлетворительное.

Зев спокоен.Кожа чистая,обычной окраски.

В легких дыхание везикулярное,хрипов нет.Сор-тоны ритмичные,ясные.

Живот мягкий,б/б.Физ.отправления в норме

Диагноз : Здоров

НПР : Соответ. по возр

ФР : Нормосомия

Физ.гр : Основная

Врач: Алешова

Допускается в ДОУ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 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 от «23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 21 жылғы (года) «21» 07 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) Торебек Ибрахим Мирзоевич

2. Туған күні (Дата рождения) 09 07 2021

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт _____ үй(дом) 62 корпус 2 пәтер(квартира) 39
көшесі (улица) А хана

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87771994410.

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	09 07 21	10 07 21	0,05	05706050.	
		қайта егу ревакцинация					

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
V1	13.11.21	05 C 3L271	V4	14.07.22	1802			
V2	20.12.21	1017	V5	28.02.23	0910			
V3	22.12.21	3W077						

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V1	13.11.21	0,5	3L271	АКДС-вакцина	нб	нб	
	V2	20.12.21	0,5	1017	АКДС-вакцина			
	V3	22.12.21	0,5	3W077	АКДС-вакцина			
Қайта егу Ревакцинация	V4	28.02.23	0,5	0910	АДС-М			

• 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: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Енілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
Егу Вакцинация	09.07.21	09.07	0,5	20009	V1 ЕТВ	нб	нб	
		13.11.21	0,5	21271	[illegible]			
	V2	22.12.21	0,5	310721	[illegible]			
Қайта егу Ревакцинация	V3	13.VIII.23	0,5	31.23	[illegible]			

Паротитке қарсы екпе/ Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку: Енілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
V1 КПК	13.11.21	0,5	21371			
V2	22.12.21	0,5	21433			

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку: Енілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Енілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Егу Вакцинация	V1	13.11.21	0,5	0572	превиар	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	V2	22.12.21	0,5	402	превиар			
	V3	13.VIII.22	0,5	0402	превиар			

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

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

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

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.