

«Балапан» кіші топ

№	Баланың аты-жөні	Туған жылы,күні	Қабылданған күні
1	Азатқызы Марьям	18.05.2023	03.10.02025
2	Ақан Ахмедияр Еркебұланұлы	30.07.2023	03.12.02025
3	Ақбота Дамелия Дастанқызы	24.02.2023	03.06.02025
4	Аманғалиева Томирис Мирасқызы	28.01.2023	28.07.02025
5	Аяпберген Назира Асқарбекқызы	05.04.2023	03.06.02025
6	Әбдісаттар Балауса Бигелдіқызы	31.05.2023	27.02.02026
7	Ғазиз Әлім Сабитұлы	25.06.2023	25.07.02025
8	Ғазиз Гүлім Сабитқызы	25.06.2023	25.07.02025
9	Дінмұхамедұлы Мұхаммеддин	30.05.2023	03.06.02025
10	Ербатыр Тасним Қайырханқызы	07.09.2023	24.07.02025
11	Ермахан Ерсұлтан Ақылбекұлы	01.08.2023	03.09.02025
12	Жарылғасын Падиша Ақжолқызы	31.01.2023	03.06.02025
13	Жәнібек Шахназ Азаматқызы	18.04.2023	03.06.02025
14	Жұмабек Ибраһим Ерланұлы	18.05.2023	11.02.02026
15	Муратов Данияр Миржанұлы	03.06.2023	21.07.02025
16	Мұрат Асылым Какімбекқызы	08.11.2023	03.10.02025
17	Мұрзағұлова Аяла Аманжолқызы	17.11.2023	03.06.02025
18	Нұрмғали Айару Дулатқызы	13.02.2023	11.03.02026
19	Самат Талшын Бауыржанқызы	12.01.2023	02.07.02025
20	Сатыбалды Мағжан Ғалымжанұлы	31.03.2023	03.06.02025
21	Суюнов Армат Адлетович	22.01.2023	03.06.02025
22	Тлеген Мұхаммеддин Нұрболатұлы	18.08.2023	03.06.02025
23	Төребек Ясина Мейірбекқызы	31.05.2023	03.06.02025

Форма №052-2/у «ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

Д/с 149444
772

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

[Handwritten signature]

ЕСТЬ

Азаркузи
царав

keep

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Wm 52-2

група

[illegible]

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 (согласно форме № 035/у «Форма учета медицинских услуг»).

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Ф.И.О врача
от	до			
			Зурева	

Иммунопрофилактические мероприятия согласно форме № 065/у «Карта профилактических прививок» 4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № 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»)

Таблица 7. Профилактические осмотры

Параметры	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет
Дата обследования	2025						
Возраст ребенка (на момент осмотра)	22						
Рост	85						
Вес	11						
Жалобы	нет						
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров						
Группа здоровья	Г А						
Медицинская группа для занятий физкультурой							
Рекомендации	общее						

Осмотры специалистов

V. 2025г

Педиатр (в т.ч. ЧСС в мин. АД 3 раза)		
Хирург (ортопед)		
Невропатолог (в 1 год)		
Отоларинголог	СТОМАТОЛОГ	
Офтальмолог	СТОМАТОЛОГ	
Логопед (с 3-х лет)		
Стоматолог (ежегодно)	106к	СТОМАТОЛОГ
Другие специалисты	234к	
Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на я/гл.)		
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующие заболевания)	здоров	
Оценка физического развития	среднее	
Оценка нервно-психического развития	норм	
Группа здоровья	гр. 1г. ВА	
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)	1. Полноц. питан. 2. витамин. терап.	
Подпись врача педиатра		

2025.

Эпикриз

Ребенок оформляется в Муниципальную 777
работ и развивается соответственно по
возрасту. Привит по календарю. Кв. 2
учебы по составу. Малов нет.

Об-но: хорошие навыки плавания.

Зев спокоен. Вн и аппетит
хороши. Жиров нет. Мышцы
уши не увеличены. Мышцы
маленькие безболезненные. Сухая и
гиперв в носу.

Др: Внимательный ребенок.

Ер. ЗД. ДА

Вр. Зоканова Л.В.

17.07.25
медицинская
сестра
Зав. п.



Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрлігі Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

ТН 01

КУЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің
2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген
№ 065/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 065/ у
Утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

КАРТА

профилактических прививок

2023 года " " взят на учет

Берілме

БСР 02

249 к. 5

ТН 01

Для организованных детей наименование детского учреждения

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

Азаматжол Марьям

2. Дата рождения

18.05.2023г.

3. Индивидуальный идентификационный №

4. Домашний адрес: населенный пункт

улица Юмарталового 32-2.

Дом

корпус

квартира

Отметки о перемене адрес

№: 87023768832. Марьям

№: 940307450592.

R - Манту

Диаскентест

Дата получ	серия	Рез.т	Дата получ	серия	Рез.т

3. мм
3. мм
4. мм
4. мм

прививка против полиомелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V1	18.07.23	V3E1V1V	45	V4	19.09.23	2м 2м	683230628	
V2	20.09.23	W20982M		V5	20.05.25	участки		
V3	26.09.23	V3E1V1V	1м					

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V1	18.07.23	0,5	V3E1V1V	аква	м		
	V2	20.09.23	0,5	W20982M	аква	м		
	V3	26.09.23	0,5	V3E1V1V	аква	м		
Ревакцинация	2	20.05.25	0,5		участки	м		

* Препараты обозначены 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	12.12.23		0,5	034180041	Вакцинация			
		12.12.23	0,5	035071V	Вакцинация	нб		
		20.03.24	0,5	035071V	Вакцинация	нб		
Ревакцинация	12.12.23		0,5	034180041	Вакцинация			
		20.03.24	0,5	035071V	Вакцинация	нб		
		20.05.25	0,5	002309013	Вакцинация	нб		

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V0	12.12.23	0,5	0133N037H		нб	
V	20.03.24	0,5	0133N037H		нб	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V0	12.12.23	0,5	0133N037H		нб	
V	20.03.24	0,5	0133N037H		нб	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	12.12.23		0,5	0133N037H	Вакцинация	нб		
		20.03.24	0,5	0133N037H	Вакцинация	нб		
		20.05.25	0,5	0133N037H	Вакцинация	нб		

Дата снятия с учета

Причина

Подпись

Карта заполняется в лечебно-профилактической организации (ФАП) при входе ребенка на учет.
В случае выезда ребенка (ребенка) на руки родителям выдается справка о проведенных прививках.
Карта остается в организации.



Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 17.07.2025

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

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

АЗАТҚЫЗЫ МАРЬЯМ

3. Туған күні (Дата рождения): 18.05.2023

4. Мекенжайы (Адрес):

РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақтобынская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, УЛИЦА: Пожарская, ДОМ: 32, КВАРТИРА: 2

5. Медицинское заключение:

Здоров. Эпид. окружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

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

220053

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





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

Ахсан Аманжол

ИИФ

Дата рождения 01.01.2023

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Астана қаласы Төле би ауданы 12А-49

Сведения о законных представителях:

Аманжол - Жамбыл А.

88026257746 (мобильный)

Поликлиника прикрепления г. Астана ТТК

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) 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

Жоспарлары тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері

Данные плановых углубленных медицинских осмотров

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

General
Dorchester
Barnstable
Mass
Sept 20
1862

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

Зерт. №, уявці (назва) несеттү, додиге және баскалар)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
04K	02/10/24	негативті нәтиже
04K	02/10/24	БН
негативті	02/10/24	БН
	24/09/25	негативті нәтиже



Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 01.12.2025

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің шіндетін 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

2. Пациенттің тең, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество пациента):

АҚАН АХМЕДИЯР ЕРКЕБҰЛАНҰЛЫ

3. Тұған күні (Дата рождения):

30.07.2023

4. Мекенжайы (Адрес):

РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, ПРОСПЕКТ: Тәуелсіздік, ДОМ: 12

5. Медицинское заключение:

Ребёнок был на приеме и осмотрен врачом. Здоров. Кал на ял не обнаружен. Эпид.окружение чистое. Допускается в детский сад.

6. Рекомендации (при необходимости):

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

ТУРЕМУРАТОВА МАРҒУТА АДИЛБЕКОВНА

204866



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

XIII V₁
T V₂
II V₃

ҚҰЖ бойынша ұйым же
Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау м. а. 2020 жылғы «30» қазан №175 бұйрығымен
бекітілген 065/е нысаны медициналық құжатты
Медицинская документация Форма №065/у
Утверждена приказом м. а. Министра здравоохранения Республики Казахстан
«30» октября 2020 года №175

Профилактикалық екіпелердің КАРТАСЫ КАРТА профилактических прививок

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

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы

(для организованных детей наименование детского учреждения)

иссл 20077111

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

Ахмет Ахмедов

2. Туған күні (Дата рождения)

30/11/23

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

Батона 2

көшесі (улица)

үй(дом)

10955511 124-49

корпус

пәтер(квартира)

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

8702625446

Туберкулез ауруына қарсы екіп / Прививка против туберкулеза

БҰС

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	30/11/23	31/11/23	0,05	03716091	1200 - не п/м
	қайта егу ревакцинация					3100 - 6100 - 12100 -

Полиомиелитке қарсы екіп / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
11 30.07.23	24.10.24	8084611						
12 30.07.23	09.12.24	8085411						

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпке дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V1 30.07.23	24.10.24	0,5	8084611	20101111			
	V2 30.07.23	09.12.24	0,5	8085411	20101111			
Қайта егу Ревакцинация								

*Препараттар мына әріптермен: АКДС — адсорбтелген, көкжөтел — вакцинасы, АДС — адсорбтелген дифтерия — сіріспе АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіріспе курамында антиген Мо, 11111111 азайтылған АД — адсорбтелген дифтерия АС — адсорбтелген сіріспе К — КОК-жөтел вакцинасы.

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

Вирусі гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

ВГГ

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	30/11/23	30/11/23	0,5	031180042	ВГГ	105	105	
	12.01.24	12.01.24	0,5	031180042	ВГГ			
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

КРК

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	
30.07.23	06.08.24	0,5	0132N05874			

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

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

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе / Прививка против других инфекций

Трексер-В

	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	30/07/23	06/08/24	0,5	117431	Трексер-В			
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

(Подпись)

Себебі(Причина)

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

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

Карта ұйымда қалады.

Қолы



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

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Аббота Дамелия Вистандури
ИНН _____

Национальность коренная Дата рождения 24.02.2023

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) _____

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

Место работы матери/ законного представителя _____

Телефон матери/ законного представителя 87053609070 мать

Ф.И.О. год рождения отца _____

Место работы отца _____

Телефоны отца _____

Поликлиника прикрепления _____

Группа крови _____ Резус - фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

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

Диагноз (кол МКБ-10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Примечание к форме №052-2/

Жесткомеры терпеть не могут медицинский текстер, маминтер/ Данные плановых и/или плановых исследований осмотров 5-7 жести (исключение бариатрия) В возрасте 5-7 лет (перед школой) (в 6 лет)

Параметры	5 жести В 5 лет	Местные дефини (6 жести) За 1 год до школы (в 6 лет)	Местные дефини (7 жести) Перед школой (в 5 лет)
Текстер, куди, дата исследования	29.12.24		
Базисный жести/ Возраст ребенка (на момент исследования)	1,5		
Бойи/ Рост			
Самый/ Вес			
Шляпы/ Желуди	200		
Маминтерный текстер/ Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург (оптокед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невролог			
Стоматолог			
Еще де маминтер/ Другие специалисты			
Зертизматик маминтер (каинный жалты анализ, шек куди кайришактарына несе, неже анализ)			
Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глисты)			
Кортызматик анализ/ Заключение анализ			
Табити дамун багалау / Оценка физического развития			
Жулие исследование дамун багалау/ Оценка нервно-психического развития			
Дамундук тоби/ Группа здоровья			
Дене шымыктырумен анализистин медицинский тои/ Медицинская группа для занятий физкультурой			
Спортмен багалак немесе спорттык бинмен анализистин устаныстар/ Рекомендации к занятиям спортом, багалами для спортивными танцами			
Устанымдар (серушугу, реском, тымактыгу, шыныгу, жалты және тушту тымакты били беру мекемесине туку билими жагыры мамундук мекемеси және баскалар) (отловление реском, питание, закаливание, доступ к коррекционному типу, улучшение общего и повышенным содержанием образования)			
Коди/ Подпись			

Зертизматик тертизматер / Лабораторные исследования

Зертизматик тертизматер маминтер / Данные лабораторных исследований

Зертизматик тертизматер (каин, несе, неже және баскалар) / Вид исследования (кровь, моча, кал)	Куди Дата	Шляпы Результат
200	29.12.24	каин
200	29.12.24	каин
200	29.12.24	каин

Анфима Данила
Дата 29.11.2024

Эпикриз

Ребенок от беременности, 1 родов. Родился в срок с массой тела 32
ростом 55 см.

Растет и развивается соответственно возрасту и полу. Прививки по календарю, факто + регулярные.

Аллергоанамнез без особенностей. Наследственность не отягощена.

Из перенесенных заболеваний: ОРЗ

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Зев - спокоен.

Дыхание через нос свободное. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД- 22 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС- 110 в мин.

Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Диагноз: Здоров(а)

НПР 1 уровень

ФР- нормосомия

Группа здоровья 2А

Дет сад/ Школу посещать может.

Врач:



М. Рязанская

Профилактикалық екепелерді картасы
КАРТА профилактических прививок

Форма № 065/е нысынды
Форма № 065/у

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

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Аубота Далимжан
2. Туылған күні (Дата рождения) 24.02.2023 иин
3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес населенный пункт:) Копейцево
Көшесі (улица) _____ үй(дом) _____ корпус пәтер (квартира) 55
Мекен жайы ауысқаны уралы белгілер (Отметки р перемене адреса) 87053609040

Туберкулез ауруына қарсы екеп/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский от (дата, причина)
Күні дата	Нәтижесі результат					
		Егу вакцинация	<u>24.02.2023</u>	<u>28.02.23</u>	<u>0.05</u>	<u>0371</u>
		Қайта егу ревакцинация				<u>жү - пәт 40</u> <u>жү - пәт 40</u> <u>жү - пәт 40</u> <u>жү - пәт 40</u>

Полиомиелитке қарсы екеп/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
<u>24.02.2023</u>	<u>28.02.23</u>	<u>0.05</u>	<u>0.05</u>					
<u>24.02.2023</u>	<u>28.02.23</u>	<u>0.05</u>	<u>0.05</u>					

Күл.көкжөтел,сіреспеге қарсы екеп/Прививка против дифтерии,коклюша,столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екепге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицинал қайшылықт Медицинск отвод
						Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация	<u>24.02.2023</u>	<u>28.02.23</u>	<u>0.5</u>	<u>138.02.14</u>	<u>АКДС + ККЖ + СТБ</u>	<u>жү</u>	<u>жү</u>	
	<u>24.02.2023</u>	<u>28.02.23</u>	<u>0.5</u>	<u>138.02.14</u>	<u>АКДС + ККЖ + СТБ</u>			
Қайта егу Ревакцинация								

*Препараттар мына аніптермен белгіленеді: АКДС-адсорбтелген,көкжөтел-дифтерия-сіреспе вакцинасы. АДС-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС-М-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, иБД-адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС-адсорбированный столбнячный анатоксин, К-коклюшная вакцин



«№3 қалалық емхана» МК»

ГКП «Городская поликлиника №3»

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-17/5/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысандағы медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-17/5/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 02.12.2024

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

2. Пациенттің теі, аты, екесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АҚБӨТА ДАМЕЛИЯ ДАСТАНҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 24.02.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД: АҚТӨБЕ, СТ. РАЗИНА 55

5. Медицинское заключение: Здорова

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

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

Кузгазиева Амансұлу Дүйсеновна



Мер
(Печать)

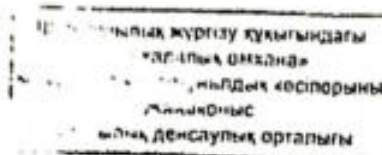
Таблица №7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	29.11.2019
Рост	
Вес	
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Детский
Группа здоровья	
Медицинская группа для физической культурой	Базис - базис
Рекомендации	Рекомендуется

* 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 (ПМПК)

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



2

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

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Аманжолбе Талыш Миралиев
ИИ

Дата рождения 08.01.2023

Пол мел

Домашний адрес (или адрес организации интернатного
типа)

м.с. Мамановское ул. Жары 17

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ГП №4 ЦСЗ, Кемесай

Группа крови - Резус-фактор -

Инвалидность (да/нет) нет группа -

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

Диагноз (код МКБ-10)* Здоров

Дата взятия на диспансерный учет -

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

[illegible]

Имя (фамилия, имя, отчество)	Возраст (лет)	Место рождения (с/б/п)	Дата рождения (д/м/г)
Иванов Иван Иванович	45	г. Москва	15.03.1978
Петров Петр Петрович	38	г. Ленинград	22.07.1985
Сидоров Сергей Сергеевич	52	г. Новосибирск	10.11.1968
Климов Алексей Алексеевич	41	г. Екатеринбург	05.09.1979
Васильев Владимир Владимирович	35	г. Челябинск	18.04.1988
Попов Павел Павлович	29	г. Самара	03.12.1992
Морозов Михаил Михайлович	48	г. Пермь	27.06.1975
Кузнецов Дмитрий Дмитриевич	33	г. Волгоград	12.08.1990
Лебедев Александр Александрович	40	г. Саратов	01.05.1983
Зайцев Евгений Евгеньевич	37	г. Оренбург	14.02.1986
Ильин Игорь Игоревич	43	г. Астрахань	25.10.1977
Смирнов Николай Николаевич	50	г. Магнитогорск	08.01.1970
Михайлов Роман Романович	31	г. Кемерово	19.03.1991
Федотов Алексей Алексеевич	46	г. Иркутск	07.04.1974
Харьков Сергей Сергеевич	39	г. Красноярск	21.09.1984
Миронов Александр Александрович	44	г. Хабаровск	16.07.1976
Павлов Павел Павлович	36	г. Владивосток	09.11.1987
Соколов Дмитрий Дмитриевич	42	г. Якутск	23.05.1979
Борисов Борис Борисович	51	г. Владикавказ	11.02.1969
Воробьев Владимир Владимирович	34	г. Махачкала	04.08.1993
Григорьев Григорий Григорьевич	47	г. Симферополь	28.12.1973
Давыдов Дмитрий Дмитриевич	32	г. Севастополь	17.06.1994
Жуков Алексей Алексеевич	49	г. Керчь	02.03.1971
Зинин Евгений Евгеньевич	38	г. Феодосия	13.09.1985
Куликов Константин Константинович	53	г. Евпатория	26.01.1967
Левин Павел Павлович	30	г. Симферополь	08.04.1992
Мельников Михаил Михайлович	45	г. Севастополь	19.07.1978
Новиков Николай Николаевич	37	г. Керчь	05.10.1986
Осипов Олег Олегович	41	г. Феодосия	22.02.1981
Петухов Павел Павлович	35	г. Евпатория	14.05.1989
Романов Роман Романович	28	г. Симферополь	07.11.1995
Савин Сергей Сергеевич	43	г. Севастополь	29.08.1976
Тихонов Алексей Алексеевич	40	г. Керчь	11.03.1983
Устинов Дмитрий Дмитриевич	36	г. Феодосия	03.06.1990
Филиппов Владимир Владимирович	50	г. Евпатория	18.09.1970
Хохлов Павел Павлович	33	г. Симферополь	06.12.1991
Цыганов Евгений Евгеньевич	46	г. Севастополь	24.04.1975
Чайков Алексей Алексеевич	39	г. Керчь	09.07.1984
Шаров Дмитрий Дмитриевич	44	г. Феодосия	15.10.1977
Шестаков Сергей Сергеевич	31	г. Евпатория	02.01.1993
Щеголев Михаил Михайлович	48	г. Симферополь	27.05.1974
Юсупов Алексей Алексеевич	37	г. Севастополь	10.08.1986
Яковлев Павел Павлович	42	г. Керчь	21.11.1979

Зеркальные зертуелер / Laboratoriyede isletilsevneni
Зертикаллык зертуелердин маалыматтар /
Дашыкы лабораториялык ислетуелер

[illegible]

Вирусты
гепатитке қарсы екпе.

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпе рез.
					Жалпы (1°)
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215

Медицин қайшылы
1215
1215
1215
1215

Гепатитке қарсы екпе.

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпе рез.
					Жалпы
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215

Медицин қайшылы
1215
1215
1215

Қызылша, қызылшаға қарсы екпе.

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпе рез.
					Жалпы
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215

Медицин қайшылы
1215
1215
1215

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе.

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпе рез.
					Жалпы
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215
24.12.44	19.01.45	3.0	1215	1215	1215

Медицин қайшылы
1215
1215
1215



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің міндетін атқарушының
нұсқадағы медициналық құжаттама
Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего
обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября
2020 года № КР ДСМ-175/2020

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 25.07.2025

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

Пациенттің тегі, аты, есімінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АМАНГАЛИЕВА ТОМИРИС МИРАСҚЫЗЫ

Туы (Дата рождения): 28.01.2023

Адрес: Республика: Казахстан, Область: Актюбинская, Город обл.знач.: Ақтөбе, Сельский округ: Новый, Ауыл(село): Жанақоныс,
Улица: Достур, Дом: 17

Төсекке заңдаушы:

Табалық (при необходимости):

ЖЕНІЕ ЧИСТОЕ

Медицинское (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: Аманжол Аманжол



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

ЖСН

Үйінді мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы)/Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) *Сейфуллин*

Заңды өкілдер туралы мәліметтер / Сведения о законных представителях:

Диспансерлік есепке алу күні/Дата взятия на диспансерный учет

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

[illegible]

"Ақтөбе облысының
денсаулық сақтау басқармасы"
мемлекеттік мекемесінің ~~медициналық~~
жүргізу құқығындағы
№ 7 Қалалық емханасы"

Ребенок оформился в детский

Жалоб нет. Ребенок от 2 беременности, 2
родов, родился весом 840 гр, длиной 50
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 опрвление в норме.

Диагноз: здоров

вр.





"Ақтебе 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 Назира Аскарбекқызы

3. Тұған күні (Дата рождения): 05.04.2023

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

5. Медицинское заключение:

Здоров. Эпид. окружение чистое.

6. Рекомендации (при необходимости):

Может участвовать в спортивном кружке.

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

Хабибуллаева Ш.Н.



Мөр
(Печать)

Ақпарат

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

Профилактикалық екіпелердің

Картасы

Карта

Профилактических прививок

2020 года «___» _____ взят на учет
Для организованных детей наименование детского учреждения

1. ФИО (при его наличии)

Алпысбаева Назира Асқарбекқызы

2. Дата рождения 05.04.2023

3. МНН

4. Домашний адрес: населенный пункт

улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____

5. Сметки о перемене адреса

Прививка против туберкулеза

Туберкулёзные пробы		Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод(дата, причина)
дата	результат	05.04.2023	06.04.23	0,05	03716054	1-й - отриц - 3 мес
	Вакцинация					2-й - отриц - 4 мес
	ревакцинация					3-й - отриц - 12 мес

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
05.04.2023	15.07.2023	V3N246V						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	05.04.23	15.07.23	0,5	V3N246V	АДС+В+К+И+ПВ			
Ревакцинация		22.08.23	0,5	V3M571M	АДС+В+К+И+ПВ			

*Препарат обозначать буквами: АДС-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	05.04.2023	05.04.23	0,5	0341Y005C	ВГВ	Н/Б	Н/Б	
Ревакцинация	05.04.2023	15.07.23	0,5	03N246V	ВГВ	Н/Б	Н/Б	
		10.02.24	0,5	V3M571M	ВГВ	Н/Б	Н/Б	

Прививка против паротита

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

Прививка против кори КПК

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
05.04.2023 ДМН	23.11.2023	0,5	0132N071P	ДПН Н/Б	Н/Б	
1 ное	26.04.24	0,5	0133N067H	Н/Б	Н/Б	

Прививка против других инфекций Тревенар

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	05.04.23	15.07.23	0,5	GA2168	Тревенар	Н/Б	Н/Б	
Ревакцинация		10.02.24	0,5	V3M571M	Тревенар	Н/Б	Н/Б	
		26.04.24	0,5	GN6037	Тревенар	Н/Б	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 проведенных прививках.
Карта остаётся в организации.

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

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бап болса) ЖС... Идісаттар Балмұса Б

Туган күні 31.05.2023

Жынысы Әсем

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның

мекенжайы) п. Новогет

Заңды өкілдер туралы мәліметтер:

Тіркеу емханасы ТТНЧ "ҰЗС Жамағаны"

Қан тобы _____ Резус-факторы _____

Мүгедектік (иә / жок) иә топ

Бала диспансерлік есепте тұрма (иә / жок)

Диагноз (АХЖ-10 коды)* Здоров

Диспансерлік есепке алу күні _____

* B20-B24, F00-F99 диагноздарды қоспағанда

1-кесте. Ұйымдардың сипаттамасы

[illegible]

Проф осмотр 2025

Вес	12	85
Рост		
Педиатр	-	08.08.2025 д.г. Зверова
Невропатолог		04.09.25 Зверова
Окулист		07.08.2025 М. Зверова
ЛОР		14.08.25 Зверова
Хирург		04.08.2025 Зверова
Психолог		
Стоматолог		

Отт 08 08.08.2025 - 118-1171, 109-4,
УБ. П-0,9, 111-4.

Отт 05 08.08.2025 - в центре

как же ил 08.08.2025 - не обсервиров

Эпикриз 08.08.2025

Ребенок от беременности 1 родов. Родила в с весом 3430
рост 53

Не Состоит на «Д» учете При осмотре жалоб нет. Состояние
удовлетворительное. Кожные покровы и- видимые слизистые
чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические
лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание.
Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий,
безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
Физиологическое отправление в норме.

НПР. Состояние безвредно

Д/С: Зверова

Г.з.д.д.д.д.д.д. I ф

И.И. Устинова 21.7





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 25.02.2026

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

1. ЖСН

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

ӘБДІСАТТАР БАЛАУСА БІГЕЛДІҚЫЗЫ

3. Туган күні (Дата рождения): 31.05.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Новый, АУЛ(СЕЛО): Жанаконыс, УЛИЦА: Саяхат, ДОМ: 45

5. Медицинское заключение:

Соматически здорова

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое

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

ШӘКІРОВА ИЗАТ ТАЛҒАТҚЫЗЫ

243483

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения Республики
Казахстан

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің
м.а 2020 жылғы «30» қазаннан №175 бұйрығымен бекітілген
№65/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы № 4 КДЕ
Наименование организации ГП № 4.

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

АЛДЫН АЛА ЕГІЛУ КАРТАСЫ.

Есепке алынды «___» ___ 20___ жыл. Ұйымдасқан мекемелер үшін балалар мекемесінің атауы

1. Аты-жөні Жүсіптар Бамаур

2. Туған күні 31.05.2023

3. Мекен-жайы, елді мекен _____ көшесі _____ үй _____ пәтер _____

Мекен-жайы ауысқаны туралы белгілер Сахаруз

870895516094

Туберкулез ауруына қарсы екпе.

Туберкулез сынамасы			Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі)
күні	нәтижесі						
		Егу Вакцинация	1.06.23	31.05	037 Q109		12.06.23
		Қайта егу Ревакцинация					12.06.23

Полиомислитке карсы екпе.

Туған жылы	Күні	Сериясы	Туған жылы	Күні	Сериясы	Туған жылы	Күні	Сериясы
1969.05.05	30.05.07				2004.04.01	01.08.07		
2005.01.08	08.01				2005.01.08			

Темофилияға, күл, көкжөтел, сіреспеге карсы екпе.

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттын атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар
						Жалпы (r ⁰)	Егілген жерде	
Егу								
Вакцинация	19.01.07	25.01.07	0.5	38501	Гемор	МБ		
	20.01.07	26.01.07	0.5	38501	Гемор	МБ		
	21.01.07	28.01.07	0.5	38501	Гемор	МБ		
Қайта егу								
Ревакцинация	22.01.07	29.01.07	0.5	38501	Гемор	МБ		

**Вирусты
гепатитке қарсы екпе.**

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар
					Жалпы (t ⁰)	Егілген жерде	
V.31.05.83	01.05.84	0,5	034120004	ВННЗ			
V.19.09.83	01.01.85	0,5	30501	ВННЗ			
21.11.83	17.05.84	0,5	30501	ВННЗ			
05.08.80	01.09.84						

Паротитке қарсы екпе.

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар
					Жалпы (t ⁰)	Егілген жерде	
Н.11.13.83	01.05.84	0,5	034120013	ВННЗ			
26.07.84	01.09.84						

Қызамық, қызылшаға қарсы екпе.

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар
					Жалпы (t ⁰)	Егілген жерде	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе.

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар
					Жалпы (t ⁰)	Егілген жерде	
19.09.83	01.05.84	0,5	034120013	ВННЗ			
21.11.83	01.09.84						
26.07.84	01.09.84						

Есептен шығару күні _____
 Лебегі _____

Қолы _____

ЖАУАПкершілік шектелген серіктестік
«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАНЫ



Приложение к приказу
Министерства 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

Тазир Жума Садырұлы

ИИН

Дата рождения 25.06.2023

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) 2 Антобе Баты-2 дом 55 кв 22

Сведения о законных представителях:

мать

Поликлиника прикрепления Улсе Тел

Группа крови IIp

Резус-фактор

Принципиальное отличие методики заключается в том, что в ней не используются традиционные методы измерения, а применяются современные методы измерения, основанные на использовании компьютерной техники.

Данные плановых углубленных медицинских осмотров

1 жастағы - 3 жасқа дейін	В	возрасте 1-3 лет
---------------------------	---	------------------

[illegible]Зертханалық зерттеулердің мәліметтері /
Даньные лабораторных исследований

	Күні Дата	Нәтижесі Результат
Зерттеудің түрлері (қан, несп, нәжіс және басқалар) Вид исследованный (крови , мочи, кала)		
СЭМ	29.07.85	негативті
САУ	29.07.85	негативті
История болезни	29.07.85	негативті

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	28.07.15
Рост	84
Вес	16 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	I гр
Медицинская группа для занятий физической культурой	Основная
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

Этапный эпикриз

Ребенок от ТТ и К беременности.

При рождении вес 3800 кг. Рост 56 см.

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

Эпид. окружение чистое.

Группа здоровья

Диагноз: Здоровья



Бала денсаулыгы паспорты
Паспорт здоровья ребенка

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министрство здравоохранения Республики Казахстан Уйымның атауы Наименование организации	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО Қазақстан Республикасы / Денсаулық сақтау а. 2020 жылғы «30» қазан №175 бұйрығымен бекітілген 065/е нысаны медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года №175
--	---

Профилактикалық екепелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

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

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Ғажиз Әлім
 2. Туған күні (Дата рождения) 25.06.23
 3. ЖСН(ИНН) _____
 4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) 2 Ақтобе
 көшесі (улица) Батыс - 2 үй (дом) 0017 03 А - 22
 корпус _____ пәтер (квартира) _____
 Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екеп / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	25.06.23	26.06.23	3.05	0376900	бай - нәтижесі
	қайта егу ревакцинация					бай - нәтижесі

Полиомиелитке қарсы екеп / Прививка против полиомиелита

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

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

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

*Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АҚДС — адсорбтелген, көкжөтел — вакцинасы, АДС — адсорбтелген дифтерия — сіріспе АДС — М-анатоксин — адсорбтелген дифтерия-сіріспе құрамында антиген молекулалары азайтылған. АД — адсорбтелген дифтерия АС — адсорбтелген сіріспе К — КӨК-жөтел вакцинасы.

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

Вирусті гепатитке карсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге денерациясы Реакция на прививку		Медициналық айшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	25.06.23	25.06.23	0,5	0341 4009	ВТ, В	ИИ	ИИ	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке карсы екпе / Прививка против паротита

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

Қызылшаға карсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге денерациясы Реакция на прививку		Медициналық айшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
25.06.23	25.07.24	0,5	013320084	ИИ	ИИ	

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екпе / Прививка против других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге денерациясы Реакция на прививку		Медициналық айшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	25.06.23	25.07.24	0,5	94268	Медвар	ИИ	ИИ	
Қайта егу Ревакцинация								

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

Себебі (Причина) _____

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

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

Карта ұйымда қалады.



ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«ТТИК»
МЕДИЦИНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР

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 25.07.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью "ТТИК"

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ФАЗИЗ ӘЛІМ САБИТҰЛЫ

3. Туган күні (Дата рождения): 25.06.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ: Актобе Батыс2 Дом 25а-22

5. Медицинское заключение:
Д/З Здоров

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид окружение чистое. Кал на я/глист не обнаружено. Может посещать ДДУ.

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

Туремуратова МА

216733

Мөр
(Печать)

ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
ОТБАСЫН

2

ТАЛЫҒЫ

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



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

Общие положения

или, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Ахмет Тимур Советов

ИИН

Дата рождения 25.06.2023

Пол мальчик

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

г. Астана Батыс-2 кв. 250-22

Сведения о законных представителях:

мать

Поликлиника прикрепления

г. Астана

Группа крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) 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

Жестардыры терендетилген медициналык осмотров

Данные плановых исследований

ЖАСТАН - 2 МААНА АСТАН - 1	ЖАСТ
----------------------------	------

	1 жаста м 1 год	2 жаста м 2 год	3 жаста м 3 год	4 жаста м 4 год
Параметры		850475		
Текстура кути/Дата обследования				
Баланс жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)		82		
Боиль/Рост		88		
Самалты/Вес		13		
Шатымы/Жаныбы		wei		
Мамандардын тексеруу/ Осмотры специалистов				
Недизатр	✓			
Хирург (ортопед)	✓			
Офтальмолог	✓			
Отоларинголог	✓			
Невропатолог	✓			
Стomatолог	✓			
Өзге де мамандар				
Другие специалисты				
Зертханалык маалыматтер/Каннин жалпы анализ, ишек курт кабаршактарынын неспет, кожес анализ				
Лабораторияные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)				
Корыткылдык диагноз Заключительный диагноз				
Табити дамуун багылуу Оценки физического развития				
Жүжөк психикалык дамуун багылуу Оценка нервно-психического развития				
Денсаулык тобуй Группа здоровья				
Учурнамалдар (суугуучу, режим, тамактануу, шыныгуу, жалпы жане тууску тигилдей бйлым берүү мекемесине түзүү болупунун жогорку мазмундагы мекемеде жане баскалар) Рекомендации (ооздорловдонсе, режим , питание , вакцинацияне , поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов , учреждение с повышенным содержанием образования)				
Котом/Подпись				

Зертханалық зерттеудердің мәліметтері /
 Ғылыми-лабораториялық зерттеулердің нәтижелері

Данные лабораторных исследований

Зерттеудің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследования (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАЩ	24.07.18	результат не определен
ОАЩ	24.07.18	результат не определен
ОАЩ	24.07.18	результат не определен

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	15.04.15
Рост	85
Вес	13
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Невроз
Группа здоровья	II
Медицинская группа для занятий физической культурой	Особо опасен
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

ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖАУАПКЕРЛІГІ
Ребенок от 7 беременности.При рождении вес 3800 кг. Рост 50 см.

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

Эпид. окружение чистое.

Группа здоровья II

Диагноз: Здоров (зд)

Бала денсаулығы паспорты
Паспорт здоровья ребенка



«ТТ и К»
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
П. СЕМЕЙКОВ

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

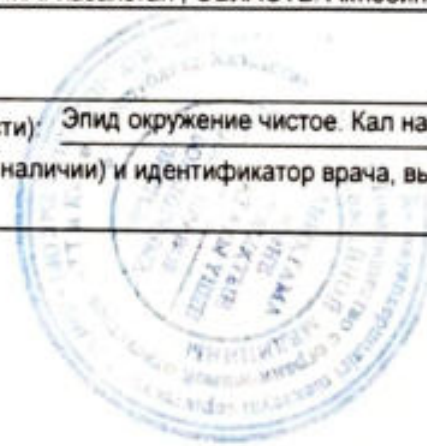
Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 25.07..2025

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

1. _____
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ҒАЗИЗ ГҮЛІМ САБИТҚЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 25.06.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе Батыс2 Дом 25а-22
5. Медицинское заключение: Д/З Здорова
6. Рекомендации (при необходимости): Эпид. окружение чистое. Кал на я/глист не обнаружено. Может посещать ДДУ.
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: Туремуратова М.А. 216745



Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан Ұйымнатыауы Наименование организации	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО Қазақстан Республикасы/Денсаулық сақтау және 2020 жылғы «30» қазан №175 бұйрығымен бекітілген 065/е нысанда медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом и о Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года №175
---	---

**Профилактикалық екінелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

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

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы

(для организованных детей наименование детского учреждения)

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

2. Туған күні (Дата рождения)

3. ЖСН(ИИН)

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

көшесі (улица)

корпус _____ пәтер(квартира)

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіне / 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	25.06.23	26.06.23 905	905 0326904	16 елді мекен 30 елді мекен - пәтер
		қайта егу ревакцинация				60 елді мекен - пәтер 12 елді мекен - пәтер

Полиомиелитке қарсы екіне / Прививка против полиомиелита

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

Құл, көкжотел, сіріспеге қарсы екіне / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

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

*Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС — адсорбцияланған, коклюш — вакцинасы, АДС — адсорбцияланған дифтерия — сіріспе АДС — М анатоксин — адсорбцияланған дифтерия-сіріспе құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД — адсорбцияланған дифтерия АС — адсорбцияланған сіріспе К — КОК-жотел 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

ВГ, В^е

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге денерекциясы Реакция на прививку		Медициналық айшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	25.06.23	25.06.23	0,5	0341 9009	ВГ, В ^е	ИИ	ИИ	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

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

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

КПК

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге денерекциясы Реакция на прививку		Медициналық айшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
1, 25.06.23	25.07.24	0,5	0133 и 0014	ИИ	ИИ	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе / Прививка против других инфекций

ПМД

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге денерекциясы Реакция на прививку		Медициналық айшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	1, 25.06.23	25.07.23	0,5	94468	превак	ИИ	ИИ	
Қайта егу Ревакцинация								

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

(Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

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

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

Карта ұйымда қалады.



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

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

1. Общие положения

Ф.И.О.ребенка

Тилерек Мухаммедович

Национальность _____ Дата рождения 18.08.2023

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

д. Мубаллох 508-65

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

Карен А 1996

Место работы матери/ законного представителя

Телефон матери/ законного представителя

Ф.И.О. год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Группа крови

Резус - фактор

Инвалидность (да/нет)

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступлени я	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Обще е	коррекционно е	Обще е	коррекционно е	Обще е	коррекционно е

Таблица 7. Профилактические осмотры.

Параметры	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет
Дата обследования	1-2						
Возраст ребенка (на момент осмотра)	2/2025						
Рост	1,4						
Вес	85						
Жалобы	13						
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	нет						
Группа здоровья	Здоров						
Медицинская группа для занятий физкультурой	IIa						
Рекомендации	Д/к посещать мошет						



Дата

Вес

Рост

Специалист	Заключение
Хирург	
Лор	
Невропатолог	
Окулист	
Стоматолог	

Эпикриз

Ребенок от II беременности, от I родов.

Родился(лась) с весом 3,560 кг, ростом 54 см.

Растет и развивается соответственно возрасту.

Прививки

На «Д» учете не состоит

Наследственность неотягощена.

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:

Группа здоровья

НПР

ФВ

Врач:



Дружеское
пожелание
от мамы
25.04.2025, 14





«№4 қапалық емхана»
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорыны

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 02.04.2025

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

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

ТЛЕГЕН МУХАММЕДДИН НУРБОЛАТУЛЫ

3. Туган күні (Дата рождения): 18.08.2023

4. Мекенжайы (Адрес):

РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА: Братьев Жубановых, ДОМ: 308, КВАРТИРА: 65

5. Медицинское заключение:

эпид окружения чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

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

КАБДРАХИМОВА АЛЬМИРА ЕЛДОСОВНА



Мөр

*состав на ср
от 1.04.2025
де врач*

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министрлік медициналық
Республикасы Қазақстан
Ұйымдастыру
Наименование организации

ҚҰЖА бойынша ұйым қолы
Қол организации (т) (СБД)
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі м.а. 2020ж
«10» қазан № 175 бұйрығымен бекітілген
№ 005 е-мәзірі медициналық құжаттары
Медициналық документация Форма № 065/у
утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения
РК «10» октября 2020 года № 175

Профилактикалық екселердің
КАРТАСЫ
КАРТА
Профилактических прививок

2023 жылғы (года) «21» 1-III есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения) 20 ж

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

2. Туған күні (Дата рождения) 18.08.2023ж

3. Индивидуальный идентификационный номер

4. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) көшесі (улица) Ж. Мұсағалиев (дом) 708 корпус пәтер (квартира) 65.

Мекен-жайы ауысканы 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	29 ж	20/11/23	0,05	03716	1 мсе - 1 жасқа дейін
		қайта егу ревакцинация				091	2 мсе - 1 жасқа дейін
							6 мсе - 1 жасқа дейін
							12 мсе - 1 жасқа дейін

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

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

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

- * Препараттар мына праттермен белгіленеді: АК/Ж - адсорбцияланған дифтерия-сүтсіз вакцина, АД/Ж - адсорбцияланған дифтерия-сүтсіз анатоксин, АД/Ж - М-анатоксин-адсорбцияланған дифтерия-сүтсіз анатоксин, құрамында антигены жоқ дифтерия-сүтсіз анатоксин.
- * Препараттар белгіленуі: АК/Ж - адсорбцияланған, коклюш-дифтерия-столбняк вакцина, АД/Ж - адсорбцияланған дифтерия-столбняк анатоксин, АД/Ж-М-анатоксин - адсорбцияланған дифтерия-столбняк анатоксин сүтсіз анатоксин, АД - адсорбцияланған дифтерия-столбняк анатоксин, АС - адсорбцияланған столбняк анатоксин, К - коклюш вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рож.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	09.08	19/08/2005	0,5	03410 0040	18/15	4/8	4/8	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Туған жылы Дата рож.	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 рож.	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 рож.	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 базалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады.
Қаладан (аудандан) көннен келде қолына егілген туралы анықтама беріледі. Карта ұйымда қалады.
Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при выписи ребенка на учет.
В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках. Карта остается в организации.

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Бражур М. Кемел

ИИН 15

Дата рождения 04.09.2025

Пол жес.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Бр. Жибеккеевская 308 кв.30

Сведения о законных представителях:

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

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлары тереңдетілген 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 (7 жаста) Перед школой (в 7 лет)
Тексеру күні/Дата обследования	30.05.25		
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)	1.9 ай		
Бойы/Рост	86		
Салмағы/Вес	10.1		
Шағым/Жалобы			
Мемнелердің тексеру/ Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог			
Стоматолог			
Өзге де мамандар /Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарының несеп, нәрсе анализі)			
Лабораториясыз дағды (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз	Здоров		
Заключительный диагноз	Здоров		
Тобын дамуын бағалау /Оценки физического развития	Среднее		
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценки нервно-психического развития	7		
Денсаулық тобы /Группа здоровья			
Дене шымықтырумен айналасатын медициналық топ			
Медицинская группа для занятий физкультурой			
Спортпен балдық немесе спорттық биімен айналысуға ұсынымдар	Спорттың түрі (көрсетілісін)	Айлықталған / шектелген / қарсы айлықталған (астын сызу керек)	
Рекомендация и занятия спортом, балыны или спортивными танцами	Вид спорта (указать)	Показано / ограничено / противопоказано (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (оқыту, режим, тамақтану, шымығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар)			
Рекомендации (здоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение о повышенным содержанием образования)			
Қалы/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	30.07.15
Рост	88
Вес	16
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров.
Группа здоровья	1
Медицинская группа для занятий физической культурой	10 не все
Рекомендации	

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

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

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

* при наличии

Эпикриз

Ребенок от 1 беременности, от 1 родов.

Родился(лась) с весом 3,4 кг, ростом 52 см.

Растет и развивается соответственно возрасту.

Привит по возрасту.

Контакт с tbs-отрицает.

На «Д» учете не состоит.

Наследственность не отягощена.

Объективно: общее состояние удовлетворительное.

Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не

увеличены. Кожные покровы чистые, обычной

окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий,

безболезненный. Стул и диурез в норме.

*Здоров
общее
развитие
норм*

D/S: Здоров

Группа здоровья I

НПР I гр I кв

ФР средняя

Врач: Абдрахманов



Профилактикалық екепелерді картасы
КАРТА профилактических прививок

Форма № 065/е нысынды
Форма № 065/у

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) Ерболат Митович Койманжыгу
2. Туылған күні (Дата рождения) 7.09.23 ИИН 2000000000000
3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес населенный пункт:) _____
Көшесі (улица) _____ үй (дом) _____ корпус пәтер (квартира) _____
Мекен жайы ауысқаны уралы белгілер (Отметки р перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екеп/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Күні Дата	Нәтижесі результат					
		Егу вакцинация	7.09.23	0,05	01370	100-3
		Қайта егу ревакцинация				300-3
						100-3
						100-3

Полиомиелитке қарсы екеп/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
7.09.23	24.09.23	030157H				17.10.23	24.10.23	10040185
7.09.23	24.09.23	030157H				20.05.24	24.05.24	030157H
7.09.23	24.09.23	030157H						

Күл.көкөкөтел,сіреспеге қарсы екеп/Прививка против дифтерии,коклюша,столбняка

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация	7.09.23	0,5	030157H				
	24.09.23	0,5	030157H				
	24.09.23	0,5	030157H				
Қайта егу Ревакцинация	20.03.25	0,5	030157H				

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

Вирусі гепатитке қарсы/Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация	V1	28.09.23	0,5	2004	БГ4Б4			
	V2	28.09.24	0,5	1301546				
	V3	28.09.24	0,5	W3C2830				
Қайта егу Ревакцинация	0,5							

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паратита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V	14.10.24	0,5	0134058A			

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V	18.10.24	0,5	01330408A			

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе /Прививка против других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
Егу Вакцинация	V1	28.09.24	0,5	C, N, J, B, S			
	V2	3.10.24	0,5	K, P, B, S			
	V3	10.10.24	0,5	K, P, B, S			
Қайта егу Ревакцинация							

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

Себебі (Причина) _____

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

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

Карта ұйымда қалады.

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

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

Карта остается в организации.



Қазақстан Республикасы
Мемлекеттік қорғаныш
қоспалары

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 30.07.2025

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

2. Пациенттің тең, аты, екенінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЕРБАТЫР ТАСНИМ ҚАЙЫРХАНҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 07.09.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, УЛИЦА: Братцев Жұбановых, ДОМ: 308, КВАРТИРА: 50

5. Медицинское заключение:
адам окружение чистое

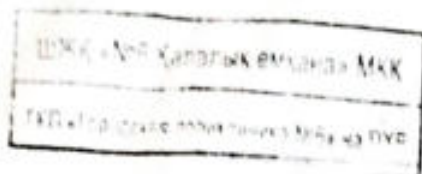
6. Рекомендации (при необходимости):

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

КАБДРАХИМОВА АЛЫМИРА ЕЛДІСОВНА

238636

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



Приложение
Исполняющего
Министра Здра
Республики Каз
октября 2020 год
175/2



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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка ЕРМАХАН ЕРСҰЛТАН АҚЫЛБЕКҰЛЫ

Дата рождения 01.08.2023

Пол ☒ мужской ☐ женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ПРОСПЕКТ:
Абилкайыр Хана, ДОМ: 79, КВАРТИРА: 59

Сведения о законных представителях:

Мать ТӨЛЕГЕН АЙДАНА МАҚСАТҚЫЗЫ

Поликлиника прикрепления ГКП "Городская поликлиника №6" на ПХВ ГУ УЗ Актыбінской 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 тип	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

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

код (дат
причина)

Жоспарлы тереңдетілген медициналық тексеру маңиметтері 3-5 жаста

Приложение к форме №052

Параметрлері	Данный плановых углубленных медицинских осмотров в возрасте 3-5 лет		
Параметры	3 жаста В 3 года	4 жаста В 4 года	5 жаста В 5 лет
Тексеру күні/Дата обследования	01.08.2023		
Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования			
Бойы/рост	210 см		
Салмағы/вес	89		
Шағым/жалобы	13		
Мамандардың тексеруі	нег		
Осмотры специалистов			
Педиатр	Здоров		
Хирург ортопед			
Офтальмолог			
Оториноларинголог	Здоров		
Невропатолог			
Стоматолог	Здоров		
Өзге де мамандар/Другие спец.			
Зертханалық маңиметтер (қанның жалпы анализі, ішек қырт қабыршақтарына несеп, нәжіс)	Кам не ер 01.08.25 - 01.08		
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз/Заключительный диагноз	Здоров		
Табиғи дамуын бағалау/Оценка физического развития	среднее		
Жүйке психикалық дамуын бағалау/Оценка НПР	соотв. возр		
Денсаулық тобы I ретпесі/группы здоровья	I		
Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ/Медицинская группа для занятий физкультурой	основная		
Спортпен балдық немесе спорттық биімен айналысуға ұсынымдар	Спортпен түрі (жаратқын) Вид спорта (указать)	Айықталу/ин/шектелген/көрсетілген/айықталу (жасын сызу керек)	
Рекомендация к занятиям спортом, балдымен немесе тандымен		Показано ограничено против. (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (сәуле, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету тәсілдері білім беру мекемесіне түсу білімінің жоғары мазмұнды мекемесі және балдымен) Рекомендации (обязательные, режим, питание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов)	Дисциплина		

Эпикриз

Дата: 01.08.2014

Ребенок от II беременности, от II родов.

Родился(лась) с весом 3300 кг, ростом 54 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по календарю Контакт с tbs - от

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 увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров

НПР средняя

ФР- соответ

Группа здоровья: II

Школу/Детсад посещать может

Врач:

Зав.ПМСП:



Дополнительно в ДДЗ

21.11.23 пайыз на үч п 9 без привив.

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

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

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА

профилактических прививок
еселке аталды (взят на учет)

20 жылғы (год) и

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ДПБЗ

(для организованных детей наименование детского учреждения)

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

2. Туған күні (Дата рождения) 01.02.13

3. ИИН(ЖСН)

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Астана қаласы қорыс 39 пәтер (квартира) 103
көшесі (улица) 1-көш. үй (дом) 87082096488

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отсутствует ли адрес)

Астана қаласы 11-1-көш 115

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

87000204584

АУ 49-99

Туберкулез сынамалары		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылық
күні дата	нәтижесі результат					(күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
	егу					
	вакцинация					
	қайта егу					
	ревакцинация					

Полноммелитке қарсы екпе
Прививка против полноммелита

Туған жылы Дата рож- дения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
<u>11.05.11</u>	<u>10.05.14</u>	<u>V3.05.11</u>	<u>03</u>	<u>16.12.14</u>	<u>2.05.11</u>	<u>03</u>		
<u>12.08.11</u>	<u>19.05.14</u>	<u>КСВ.11.0</u>	<u>03</u>	<u>16.12.14</u>	<u>2.05.11</u>	<u>03</u>		

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы		Медицинал қайшылық Медицинский отвод
						Реакция на прививку	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	
Егу								
Вакцинация	<u>11.05.11</u>	<u>10.05.14</u>	<u>0,5</u>	<u>V3.05.11</u>	<u>АКДС</u>	<u>шб</u>	<u>шб</u>	
	<u>12.08.11</u>	<u>19.05.14</u>	<u>0,5</u>	<u>КСВ.11.0</u>	<u>АДС-М</u>	<u>шб</u>	<u>шб</u>	
Қайта егу								
Ревакцинация	<u>11.05.11</u>	<u>10.05.14</u>	<u>0,5</u>	<u>V3.05.11</u>	<u>АКДС</u>	<u>шб</u>	<u>шб</u>	

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

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

Вирусі гепатитке каршы екпе
Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттын атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	1.08.23	10.08.23	0,5		ВРЗ	иә	иә	
	V ₁	10/08/24	0,5	V32540	препарат	иә	иә	
	V ₂	12/08/24	0,5	V32540	препарат	иә	иә	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке каршы екпе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V, PNA	10/08/25	0,5	ВРЗ			

Қызылшаға каршы екпе
Прививка против кори

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

Басқа жұқ

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата				
Егу Вакцинация	V ₁ 05.11	10/08/24	0,5	СХ9420	препарат	иә
Қайта егу Ревакцинация	V ₂	10/08/24	0,5	СХ9420	препарат	иә
	V ₃	12/08/24	0,5	НР4361	препарат	иә

Есептез шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

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

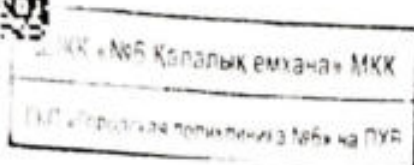
Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

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

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

Карта остается в организации.



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 02 нысанды медициналық құжаттама

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

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи **02.09.2025**

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

1. Пациент

2. Пациенттің төп, аты, өксінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЕРМАХАН ЕРСУЛТАН АҚЫЛБЕКҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 01.08.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА, Казахстан, ОБЛАСТЬ, Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, ПРОСПЕКТ: Абылхайыр Хана, ДОМ: 79, КВАРТИРА: 59

5. Медицинское заключение:

Здоров

Эпид. окружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

Детский сад посещать

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

НУГМАНОВА ИНДИРА СИРЕНБАЕВНА

221835



Мер
(Печать)

Pharmaceuticals, Inc., 1000
N. 1st St., Suite 100, St. Paul, MN 55101

—தேவநாபதேவன்

Имя Степан
Дата рождения 31.01.2023

Дата рождения 31.07.1990

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации): ул. Косовская 36

Сведения о законных представителях

Полуклиника прикрепления

Имя	Ваня
Почтовый ящик	Ваня

Минимальность (допуст.) $\gamma_{\min}$ $\gamma_{\min}$ $\gamma_{\min}$

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

Диплом (код МКБ-10)* *уаааа*

Дата взятия на диспансерный учет 20.03.2003

• За исключением B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организации

Таблица 2. Алтерпронаменител

Аллергия (естественная) <u>да</u>				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания
-	-	-		
-	-	-		
-	-	-		
-	-	-		

*Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

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

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

Таблица №. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию

(далее - ПМПК)*

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

МЕДОСМОТР

Рост: 105

Вес: 18

Окулист:

Дор:

Хирург:

Невропатолог:

Стоматолог:

Педиатр:

ОАК: сд
ОАМ: сд
Кал на кт: сд

Заведующий
Дор: Заведующий
Хирург: Заведующий
Невропатолог: Заведующий
Стоматолог: Заведующий
Педиатр: Заведующий

Эпикриз
содержит сведения
относительно

Эпикриз

Ребенок от IV беременности от IV родов

Родился(лась) с весом 3500 кг, ростом 58 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит сд Контакт с lbs - отрицает.

На «Д» учёте зам

Наследственность не отягощена.

Из перенесенных заболеваний: ОРЗ

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые.

обычной окраски.

Зев спокоен. Периферические лимфоциты не увеличены.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечные тоны ясные.

Ритмичные.

Живот мягкий, безболезненный.

Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров(а)

НПР I уровень

ФР- нормосомия

Группа здоровья: 2А

Школу, Детсад посещать может

Врач:

Н.А. Гаурашвили





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

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

Форма № 027/у

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

Дата выдачи 03.06.2025

Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "Медикер Илек"

Идентификация (Фамилия, имя, отчество пациента) Жарылгасын Падиша Ақжолқызы

Дата рождения 31.01.2023

Адрес Республика Казахстан Актобинская область Актобе Алтын Орда 201

Медицинское заключение: атический здоров

Комментарии (при необходимости): Эпид окружение чистое. Посещение бассейна разрешено.

Имя, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ДАУЛОВА АНАР ГАБИДЕНОВНА



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрлігі Министрство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

БСН бойынша ұйым коды
код организации по ОКПО
Код организации по БИН

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің
2020 жылығы «30» қазандағы №ҚР ДСМ -175/2020
бұйрығымен бекітілген №065 нысанды медициналық
құжаттама

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

"КАРТА профилактических прививок" 20__ года "___"___"___" взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Жароулы Жансая Ахметовна

2. Дата рождения 31.01.2023

3. Индивидуальный идентификационный номер

4. Домашний адрес: населенный пункт, улица Алтын Орда

Дом 201а корпус _____ квартира 36

Отметки о перемене адреса

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата причина)
Дата	Результат						
		Вакцинация	31.01.2023	11.01.23	0.6		
		Ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
1. 20.12.24	03.01.23	4085114	2013					
2. 12.05.25	0.6	4085114	2015					
3. 23.04.23	0.5	4314734	2010					

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т°)	местная	
Вакцинация	31.01.2023	20.12.24	0.3	4314734	БЦЖ-АССМ	нет	нет	
	31.01.2023	23.04.25	0.5	4085114	дифтерия	нет	нет	
	31.01.2023	23.04.25	0.5	4314734	коклюш	нет	нет	
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 вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	21.01.2023	19.11.24	0,5	0344	ГЕП-В	нет	нет	
	21.01.2023	19.12.24	0,5	0344	ГЕП-В	нет	нет	
	31.01.2023	24.04.25	0,5	0344	ГЕП-В	нет	нет	
Ревакцинация	21.01.2023	19.12.25	0,5	0344	ГЕП-В	нет	нет	

Прививка против паротита КПК

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод	
				Общая (Т*)	Местная		
21.01.2023	16.11.24	0,5	01330058А	нет	нет		

Прививка против кори

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

Прививка против других инфекций ПЧБ

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	21.01.2023	08.11.24	0,5	017361	ПЧБ	нет	нет	
		25.04.25	0,5	017361	ПЧБ	нет	нет	
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



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

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

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Алибек Шахназ Азаматқызы

ИИН 2000000000000

Дата рождения 18.04.2023.

Пол жес

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Батыс 2. дом 4Д п.п. 15.

Сведения о законных представителях:

ата - Куржанов Азамат - обр - высшее,

мүдб - ТОО А-Текон - электромонтер, мамн -

Ахметбекова Барина - обр - высшее, мүдб - ип

Поликлиника прикрепления ТОО «Мир Женщины»

Группа крови — Резус-фактор 45-69-19

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

иже психикалык дамуун багыту
енка нервно-психического

Исследования психики и психического здоровья
психики и психического здоровья
психики и психического здоровья

Яке психикалык дамуун багдалуу
енке нервно-психического
ивития
исаулык тобу/Группа здоровья
не шыныктыруумен
налыстан топ
лининская группа для занятий

Яке психикалык дамуун багдалуу
жана нервно-психического
ивитня
исалык тобу/Группа здоровья
не шыныктыруумен
налыстын топ
психическая группа для занятий

Lat	
Alt	
Standard	

Lat	
Alt	
Standard	

Lat	
Alt	
Standard	

Сведение о профилактических осмотрах за последний календарный год

Параметры	Сведение о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	30.09.2022
Рост	90 см
Вес	12 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	ДВ Зерков
Группа здоровья	1А
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	30 кг

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

Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию

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



Этапный эпикриз

Ребенок от 2 беременности. Вес при рождении 3400. рост 53 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 легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. ритмичные. Живот мягкий, Безболезненный. Сон и аппетит не нарушен. Стул и диурез в норме. Эпид окружение чистое. Группа здоровья «Д» Егр

Диагноз: Здоров(а)

Вр: Оразалина О.Ж

О.Ж.
после родов
состояние
хорошее





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: 30.09.2025г

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

1.

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЖӘНІБЕК ШАХНАЗ АЗМАТҚЫЗЫ.

3. Туған күні (Дата рождения): 18.04.2023г

4. Мекені (Адрес): Ақтөбе қаласы, Батыс 2-дом 4Г кв.15

5. Медицинская документация
Здравоохранения
АНЫҚТАМАЛАР
МЕН ЕҢБЕККЕ
ЖАРАМДЫЛЫҚ
ПАРАҚТАР ҮШІН

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

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

Оразалина Орынгуль Жумагалиевна



Мер

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Құжат бойынша ұйым жолы Қол қойылған до СЖТБ
Ұйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі м.а. 2020 жылғы «10» қазандағы №175 бұйрығымен бекітілген № 065 «Түпсіз» медициналық құжаттарға Медициналық документация Форма №065-у Утверждена приказом м.а. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 г. №175

**Профилактикалық екепелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

2023 жылғы (года) «04» 18 есепке алынды (взят на учет)

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

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Мәжібек Махмат
2. Туған күні (Дата рождения) 18.04.2023
3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) с. Бозой
көшесі (улица) _____ үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____
Мекен-жайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екеп / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшы- лықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация		<u>20.04.23</u>	<u>0.05</u>	<u>034</u>	
		қайта егу ревакцинация	<u>1 ай күк</u>	<u>Зайыр</u>	<u>Бәкі</u>	<u>Дәлі</u>	

Полиомиелитке қарсы екеп / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
<u>04.04.23</u>	<u>с</u>	<u>U3M246</u>						
<u>16.08.23</u>	<u>с</u>	<u>W04961</u>						
<u>20.09.23</u>	<u>с</u>	<u>V3E501</u>						

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екепке дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Енгізілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		<u>04.04.23</u>	<u>0.5</u>	<u>с U3M246</u>	<u>ген сә</u>	<u>4/0</u>		
		<u>16.08.23</u>	<u>0.5</u>	<u>с W04961</u>	<u>ген сә</u>	<u>4/0</u>		
		<u>20.09.23</u>	<u>0.5</u>	<u>с V3E501</u>	<u>ген сә</u>	<u>4/0</u>		
Қайта егу Ревакцинация								



Приложение к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года №1
«бенка»

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

1. Общие положения

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

Дата рождения

Пол

Пол муж
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) 1904 222/57 кв. 12

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления

Група крови

Инвалидность (да/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 организация

[illegible]

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-1/2020 "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	22.04.2025
Возраст	96 см
Вес	16,2 кг
Включительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Группа здоровья	II гр.
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	Зок.

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

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-педагогическую консультацию

(далее – ПМПК)*

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

МЕДОСМОТР

Рост: 96 см
Вес: 16,2 кг

Окулист:

ЛОР:

Хирург:

Невропатолог:

Стоматолог:

Педиатр:

Диагностика состояния здоровья
ОАК: НГВВ-12/14, лейкоц. 4,3, тромбоциты 199, СОЭ 2

ОАМ: в норме

Кал на АЧ: отрицательно.



Эпикриз

ребенок от 5 беременности, от 1 родов.

родился(лась) с весом 4,145 кг, ростом 54 см.

настел и развивается соответственно по возрасту.

Привит Контакт с fbs – отрицает.

на «Д» учете не состоит.

наследственность не отягощена.

из перенесенных заболеваний : ОРЗ

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледной окраски.

из спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены.

легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

сердечные тоны ясные,

ритмичные.

живот мягкий, безболезненный.

тул и диурез в норме

Диагноз:

гепатит.

Доклад. Детсад посещать может

врач:

Васильева Л.И.



230518551477

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республика Казахстан Уйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы «30» қазан № 175 № 065/е нысаны медициналық құжаттама Медицинская документация Форма №065/у Утверждена приказом м.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175
---	--

10 нео.

Профилактикалық екпелердің

КАРТАСЫ

КАРТА

профилактических прививок

2023 жылғы (тода) «05» 22 есепке алынды (взята на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы

ГПНЗ

(для организованных детей наименование детского учреждения)

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

Жумабек Ибрагим Ермакулы

2. Туған күні (Дата рождения)

28.05.2023

3. ИИН(ЖСН)

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

Саяр. Мемлекетов

үй(дом)

228

корпус

37

пәтер(квартира)

12

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

87085429204 Алматы

8778.4237204 Ерлан.

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		18.05.2023	19.05.23	0,05	03718 037	1 мес - лар 4 мм 3 мес - лар 7 мм
	қайта егу ревакцинация						6 мес - лар 6 мм 12 мес -

Полномнелитке қарсы екпе

Прививка против полиомнелита

Туған жылы Дата ро- ждения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V13.0	18/05/23	V3E501V		13	18/05/23	V3E501V		
V2.4.мсе	18/05/23	05.000000/01						

Күл, кокжотел, сіреспеге қарсы екпе

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V13.0	18/05/23	0,5	V3E501V	АКДС	КС	КС	
	V2.4.мсе	18/05/23	0,5	05.000000/01	АКДС	КС	КС	
	V3.5.0	18/05/23	0,5	V3E501V	АКДС	КС	КС	
Қайта егу Ревакцинация					БГВ			

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

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

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	18.05.23	18.05.23 0,5		03413 0040	АГВ1	нб	нб	
	V2	18/05/23 0,5		V32501V	гексавакс	нб	нб	
	V3	18/05/23 0,5		V32501V	гексавакс	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	✓							
	✓							

**Паротитке карсы екпе
Прививка против паротита**

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

**Қызылшаға карсы 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	
V2	20/05/23	0,5	013211033A	нб	нб	

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V1, 3м	17/05/23	0,5	СН 6087	МИБ	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	V2	18/05/23	0,5	СН 6087	МИБ	нб	нб	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____

Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

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

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

Карта ұйымда қалады.

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

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

Карта остается в организации.



Қазақстан Республикасы 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 11.02.2026

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЖҰМАБЕК ИБРАНИМ ЕРЛАНҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 18.05.2023

4. Мекенжайы (Адрес): АКТЮБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ АКТОБЕ САЗДИНСКОЕ ЛЕСНИЧЕСТВО: 228

5. Медицинское заключение:

Здоров. Эпид. окружение чистое. ДДУ посещать может.

6. Рекомендации (при необходимости).

ЗОЖ

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

БОБРОВА ЛЭЗИЗА МЭЛСОВНА



242281

Қазақстан Республикасы,
Денсаулық сақтау министрлігі,
2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына
қосымша
Форма № 052-2/у

Паспорт здоровья ребенка

ГКП «Городская поликлиника №7» на ПХВ

1. Жалпы ережелер / Общие положения

Туған күні / Дата рождения 03.06.13 Жынысы / Пол _____

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

Заңды өкілдер туралы мәліметтер / Сведения о законных представителях:

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления

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

Мүтедектік (иә / жок)/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 коспаганда/*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Кесте / Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы / Характеристика организаций

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

1000000



Меморандум
 Директору
 Департамента
 Уведомлений
 и
 Регистрации
 Департамента
 Уведомлений
 и
 Регистрации
 Департамента
 Уведомлений
 и
 Регистрации

Ребенок от беременности роды
№ 7 Қалалық өміханасы 3,100гр , рост- 42см
При рождении вес

Общее состояние удовлетворительное.

ритмичные. Живот мягкий 6/6, сон и

Допускается в ДДУ

Гр 3д-1А

Вр;Бердібай А.М



КУЖЖ бойынша ұйым 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 ШДЖҚ «№ 7 Қалалық емхана» МКК Наименование организации ГКП «Городская поликлиника №7» на ПХВ	Медицинская документация Форма № 065 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Профилактикалық екпелердің

КАРТАСЫ

КАРТА

профилактических прививок

есепке алынды (взят на учет)

20__ жылғы (года) «__»

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

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Мұратов Даниял
2. Туған күні (Дата рождения) 03.06.23 3. ЖСН (ИИ) _____
4. Мекен жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) 010
- көшесі (улица) 155 үй (дом) 7 корпус _____ пәтер (квартира) _____
- Мекен жайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	03.06.23	03.06.23	0,05		Аллергия - Пыль
		қайта егу ревакцинация					Аллергия - Пыль

Полноимелитке 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 реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

- * Препараттар мына эриттермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, кокжотел – дифтерия-сіреспе анатоксин, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксин, АДС – М-анатоксин адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксин, курамында антиген мөлшері азайтылған, АД – адсорбтелген дифтерия анатоксин, АС – адсорбтелген сіреспе анатоксин, К – кокжотел вакцинасы.
- * Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке карсы екле
Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	03.06.13	03.06.13	0,15		ВНБ,			
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке карсы екле
Прививка против паротита

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

Қызылшаға карсы екле
Прививка против кори

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

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екле (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на при- вивку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцина- ция								
Қайта егу Ревакци- нация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____

Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

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

Қаладан (аудандан) көпкеден келсе қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Қарта ұйымда қалады.

Қарта 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.

Қарта остается в организации.



Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрлігі
"Медициналық
документация"
қызметінің
№ 7 Қапалық бөлімшесі
Мемлекеттік медициналық
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

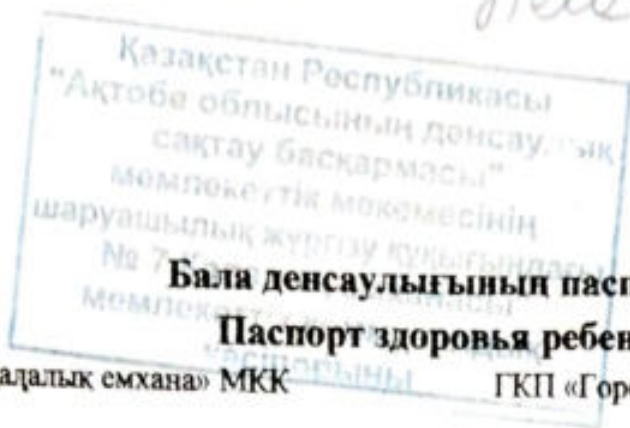
Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 18.07.2025

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

2. Пациенттің тегі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): МУРАТОВ ДАНИЯР МИРЖАНУЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 03.06.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА: Бокенбай батыра, ДОМ: 155/7, КВАРТИРА: 42
5. Медицинское заключение:
эпид окружение чистое
6. Рекомендации (при необходимости):
здоров
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
БЕРДІБАЙ АЛТЫНАЙ МАҚСАТҚЫЗЫ 250126



Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына
қосымша
Форма № 052-2/у

Бала денсаулығының паспорты
Паспорт здоровья ребенка

ШЖК «№ 7 Қадалық 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

ЖСН / ИИ.

Туған күні / Дата рождения 08.11.2023 Жынысы / Пол Әйел

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

Заңды өкілдер туралы мәліметтер / Сведения о законных представителях:

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления ШЖК № 7 қа ПХВ

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

Мүтедектік (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
	✓					

Костер / Таблица 7. События кумулятивного характера профпатологических текстов/случаев травмы мажоритарно

Наименование / Наименование	Адресаты жосқа құрылған соңғы күнтізбелік жылдары профнақтыққа қарап тексеруге ғылыми маңыстыр / белгілері о профнақтыққа тексерілген послелік қарамағын ғала на тесушіл жоқар
Берген-қарау күні /Дата белгіленгені	02.10.2025
Болды /Рест	82 см
Салмағы /Вес	10 кг
Қорықталып алынған (орын болды) ақпарат және қарау күні / Зерттеушінің ақпараты (а том және өзінше) а құрылғанға белгіленгені	3000
Алынғанға тобы / Түрлі тапсырма	1
Алынғанға сәйкесті түрлі маңыстық тобы / Маңыстық түрлі ақпарат және қарау	
Қараушы / Профнақтық	-3000

* Критичнее оценки профилактических работ теснопер туровые инспекторы больницы, жаловаясь на большое количество случаев митинг усталости.

/ * Если отпустить случаи об отсутствии проведения профилактических основных рекомендаций обратиться в поликлинику по месту проживания пациента.

Dear Sir,

map - deer camp

02/10 28 2005
for Cysticercosis
specimen
2/1/05

Adm on 01.10.2025 2 Mb-119214

603-5 July 11.
Leaving home - 6.81N
Oahu on 01-10-2025? Seven- city.

Stromleitung : 3 / 11.
Leiter System : 2 / 11

Kaul na gilu om ol p. 2025
omuyam elero.

Эпикриз

Ребенок оформляется в детский сад

Жалоб нет. Ребенок от IV беременности,

IV родов, родился весом 3,300, длиной 53 см

.Закричал сразу.Привит согласно календарю

На Д учете у невропатолога не состоит

Осмотрен узкими специалистами,патологий нет

Обследовано.ОАК,ОАК,Соскоб без патологий

Состояние удовлетворительное.Кожа чистая.

Зев спокойный.В легких везикулярное дыхание,

Сердечные тоны ясные,ритмичные.Живот мягкий,

Без болезненный.Физ оправление в норме

Диагноз

Здоров

АР-сред

НТР-соот. возр

ГЗ-I

РН осеменов

Зинф.

перуменов
не соот

Романов
с. в др
И

КУЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің м.д. 2020 жылғы «30» қазаны № ҚР ДСМ-175/2020 ұйырымен бекітілген № 065 / е нысаны медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	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
есепке алынды (взята из учета)

20 жылғы (года) « »

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

1.Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Алиев А.М. А.М. А.М.
2.Туған күні (Дата рождения) 8.11.2023 ЖСН (ИНН) 1111111111
4 Мекен жағы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт)
көшесі (улицы) 1/8 үй(дом) 10 көпестік (квартира) 412
Мекен жағы 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 (күн, себебі) М.Д. (дата, причина)
күн дата	результат				
	егу вакцинация	8.11.2023	0,5	03729044	5.8.2023 Белгісіз
	қайта егу ревакцинация				10.11.2023 - ұйым рес. қайта вакцинация ұйым 3.11.2023 - қайта вакцинация ұйым

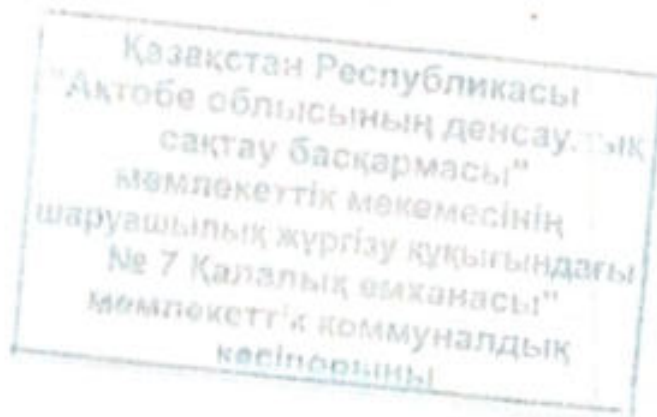
Полномнелитке қарсы екпе
Прививка против полиомелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V1 280324	0,5	1011111111	V1 050225	0,5	1011111111	V2 290725	2,0	1011111111
08.11.23 V2	300424	0566	10.11.23	0566	10.11.23	29.07.25	2,0	10.11.23

Құд, 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*)	Елген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V1 280324	0,5	1011111111	1011111111	10.11.23	10.11.23	10.11.23	
	08.11.23 V2	300424	0566	10.11.23	0566	10.11.23	10.11.23	
	V3 050225	0,5	1011111111	1011111111	10.11.23	10.11.23	10.11.23	
Қайта егу Ревакцинация		08.24						



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 03.10.2025

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): МҰРАТ АСЫЛЫМ КАКІМБЕКҚЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 08.11.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА: Абая, ДОМ: 4А
5. Медицинское заключение:
Эпид окружение чистое. Детский сад посещать может
6. Рекомендации (при необходимости):
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
ТУРМУХАМБЕТОВА КАРЫЛГА САТЫБАЛДИНОВНА 205447

Мер
(Печать)

Приложение к при
Министр здравоохран
Республики Казах
от 19 декабря 2023 года

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Мурзагулов Ахмеджигитович
ИИИ

Дата рождения 17.11.2023г. 2025

Пол М

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) — группа —

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

Диагноз (код МКБ-10)* L20. ВЗЖ

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Дата:

ФИО Мурзаева Д.А.

Вес 340 кг

Рост 174 см

Ребенок от Беременной беременности, 7 срочны

родов. Родился весом 3400 г рост 54 см крик сразу. П-;
новорожденности без особенностей. Растет и развивается
соответственно возрасту. От сверстников не отстаёт

Привит согласно плану, все введена Наследственности
и аллергоанамнез не отягощен, да

На «Д» учета не состоит, состоит ДЗ да

Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожи
покрыты 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 Мурзаева

Группа зр. 1 группа

Физ.разв. не соответствует

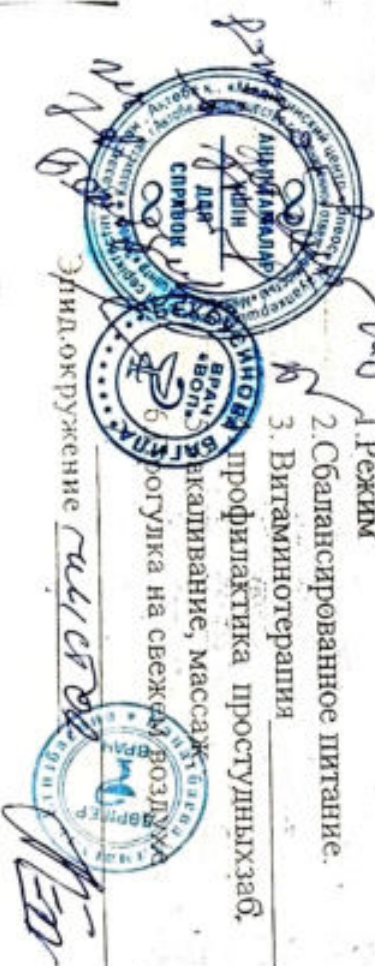
Физ.гр. 0408002

Рекомендовано:

1. Режим

2. Сбалансированное питание.

3. Витаминотерапия



7

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	03.08.22
Возраст	14 лет
Вес	340 кг
Заболевание (в том числе основное и сопутствующие заболевания)	1 группа
Группа здоровья	0408002
Медицинская группа для занятий физической культурой	0408002
Рекомендации	Мурзаева Д.А.

* при наличии





ТОО «Элгос»
Медициналық Орталығы

№ 7 «90 05 20 25»

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің
атқарушылық 2020 жылғы "30" қазандығы № КР ДСМ-175/2020 бұйрығына
сәйкесінше № 02/е нысанында медициналық құжаттама

Медициналық Документация Форма № 027/у утверждена приказом
исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики
Казахстан от "30" октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи

Уйымның атауы Наименование организации ТОО Мц «Элгос»

1 ЖСНІ

2 Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента)

3 Туған күні (Дата рождения)

4 Мекенжайы (Адрес) Республика Казахстан, Область Акмолинская, Город Астана

5 Медицинское учреждение Центр «Элгос» Жамбылская область, г. Тараз

6 Рекомендации

7 Фамилия, имя, отчество врача, выдавшего справку



Handwritten signature

Акмолинская обл. г. Астана
г. Астана, ул. Т. Ж. 308/1/20
Акмолинская обл. г. Астана
Акмолинская обл. г. Астана

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

435

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі МДБ жаны
«ЗД» қайықтары №17-2023 Бұйрықпен Бекітілген
№ 0057 санымен медициналық құжаттама
Медициналық дәрігері
Формы № 0057/у
Утв. директором Министрства здравоохранения
Республики Казахстан от 31.05.2023 года № 175/2023

ШНН: 231118651832

Профилактикалық екітелердің

КАРТАСЫ

КАРТА

профилактических прививок

привит *привит*
№ 95 *привит*
№ 6 ун *привит*
№ 92 *привит*

2024 жылғы (года) 01 03 есепке алынды (зачтен)
Ұйымдасқан балалар үшін: балалар мекемесінің атауы

(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, еті, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) *Мурзагулова Аяла Аманжолдз*
2. Туған күні (Дата рождения) *14.11.2023*
3. Мекен-айы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт)
Дом көшесі (улицы) *Аманжол 84*
үй (дом) корпус пәтер (квартира)
Мекенжайы ауысқан туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) *487058248146. Сөйлем*
Бр. Нұрбанов 308/2 18.10

Туберкулез ауруына қарсы екіте

Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы:		Жасы Возр	Күн Дата	Дозасы Дозы	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (при. себеб) Медицинский отвод (дата, причина)
күн дата	нәтижесі результат					
	егу	<i>Дүние</i>	<i>18.11.23</i>		<i>0312804</i>	<i>1-месе тәңір</i>
	вакцинация					<i>3-месе керемет</i>
	қайта егу					<i>6-месе рдб. 4м</i>
	ревакцинация					<i>12-месе рдб. 4м</i>
	қайта егу					
	ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екіте

Прививка против полиомиелита

Жасы Возр	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возр	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возр	Күн Дата	Сериясы Серия
<i>2м</i>	<i>18.01.24</i>	<i>V3E50IV</i>						
<i>17.11.23</i>	<i>23.02.24</i>	<i>WDC62IM</i>						
<i>17.11.23</i>	<i>16.05.24</i>	<i>W3C283V</i>						
<i>17.11.23</i>	<i>17.02.25</i>	<i>W3B25062A 2м</i>						
<i>17.11.23</i>	<i>19.06.25</i>	<i>YOCM31M</i>						

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіте

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Жасы Возр	Күн Дата	Дозасы Дозы	Сериясы Серия	Препараттың аталуы Наименование препарата	Екпеге біткен реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (* Общая (*)	Екіткен әсері Местная	
Егу								
Вакцинация	<i>2м</i>	<i>18.01.24</i>	<i>0,5</i>	<i>V3E50IV</i>	<i>Вакцинация</i>	<i>не</i>		
	<i>3м</i>	<i>23.02.24</i>	<i>0,5</i>	<i>WDC62IM</i>	<i>Вакцинация</i>	<i>не</i>		
	<i>6м</i>	<i>16.05.24</i>	<i>0,5</i>	<i>W3C283V</i>	<i>Вакцинация</i>	<i>не</i>		
Қайта егу								
Ревакцинация	<i>17.11.23</i>	<i>19.06.25</i>	<i>0,5</i>	<i>YOCM31M</i>	<i>Вакцинация</i>	<i>не</i>		

* Прививка от дифтерии, столбняка, коклюша (АДС) - дифтерияға, столбнякқа, коклюштің ауруына қарсы вакцинация. АДС - дифтерияға, столбнякқа, коклюштің ауруына қарсы вакцинация. АДС - дифтерияға, столбнякқа, коклюштің ауруына қарсы вакцинация. АДС - дифтерияға, столбнякқа, коклюштің ауруына қарсы вакцинация.

* Прививка от дифтерии, столбняка, коклюша (АДС) - дифтерияға, столбнякқа, коклюштің ауруына қарсы вакцинация. АДС - дифтерияға, столбнякқа, коклюштің ауруына қарсы вакцинация. АДС - дифтерияға, столбнякқа, коклюштің ауруына қарсы вакцинация. АДС - дифтерияға, столбнякқа, коклюштің ауруына қарсы вакцинация.

Вирсут, паротитке каршы вакцинаны
Прививка против паротитной инфекции

Жасы Возраст	Күнү Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Елесте алуу сериясы Результат прививки	Жалпы (Т ¹) Общая (Т ²)	Вакцинация жерге Место	Медициналык кабинет Медицинский кабинет
Егу Вакцинация	0 жаш 17.11.23	0,5	034100040	БГП	ИБ	8	
	12.11.23 18.01.24	0,5	V3E501V	ВЫСОКАЯ ИММУННОСТЬ			
Кайтасуу Ревакцинация	17.11.23 16.05.24	0,5	W3C288V	ВЫСОКАЯ ИММУННОСТЬ			

Паротитке каршы вакцинаны
Прививка против паротитной инфекции

Жасы Возраст	Күнү Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Елесте алуу сериясы Результат прививки	Жалпы (Т ¹) Общая (Т ²)	Вакцинация жерге Место	Медициналык кабинет Медицинский кабинет
	12.11.23 23.05.25	0,5	013340628				

Кызылтыга каршы вакцинаны
Прививка против краснухи

Жасы Возраст	Күнү Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Елесте алуу сериясы Результат прививки	Жалпы (Т ¹) Общая (Т ²)	Вакцинация жерге Место	Медициналык кабинет (күнү, себеби) Медицинский кабинет (дата, причина)
	17.11.23 28.05.25	0,5	87340628				

Ботска жүктөлгөн вирустун паротитке каршы вакцинаны
Прививка против паротитной инфекции

Жасы Возраст	Күнү Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Прививка түрү Вид прививки	Вакцинация жерге Место	Медициналык кабинет (күнү, себеби) Медицинский кабинет (дата, причина)
Прививка	2 жаш 18.01.24	0,5	GN7785	Прививка	806	
Прививка	6 жаш 16.05.24	0,5	6X4430	Прививка	806	
Прививка	17.11.23 28.05.25	0,5	KA8200	ПНД	806	

Болгон шарттардан күйүп кеткен учурда

1-себеп (Причина)

Карта багыты менен аныктоо - профессионалдык квалификация (Т¹)

Картадан (орунданан) көчүрмөсү менен аныктоо - техникалык квалификация

Карта үйлөткөн калып

Карта толукталган учурда - профессионалдык квалификация (Т¹)

Бул учурда калып менен аныктоо - профессионалдык квалификация (Т¹)

Карта толукталган учурда

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

КАРТА

профилактических прививок

20 23 года « 13 » 02 2023 г взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения ТОО Мир Медицина

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

2. Дата рождения 13.02.2023г

3. ИИН (индивидуальный идентификационный номер) 87479067038

4. Домашний адрес: населенный пункт Сатпаев улица Батыс-2

5. Дом 81 корпус 2 квартира 1

Отметки о перемене адреса 87479067038 м

Прививки против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Дозы	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
Дата	Результат						
		Вакцинация		15.02.23	005	0321	34 нед.
		Ревакцинация					6 м - 5 м
							13 м - 5 м

Прививка против полиомелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия

Прививка против, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация								
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 вирусного гепатита В

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V ₁	13.06.83	0,5	20004	Б.Г.В.	н/д	н/д	
Ревакцинация								

Прививка против паротита

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

Прививка против кори

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

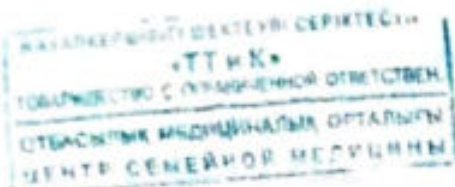
Прививка против других инфекций

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

Дата снятия с учета _____

Подпись _____

Причина _____



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

Сургант, Анна Викторовна

ИНН

Дата рождения

Пол

Жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Молотовская ул 18-35

Сведения о законных представителях

Мать

Мать

Политическая принадлежность

Без

Группа крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет)

группа

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

* За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

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

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

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

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

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

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

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

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 95.

Вес 14,00

Окулист

10.03.26 Офт. Здоровь

ЛОР

10.03.26 здоровь

Хирург

10.03.26 З. 1. Хирургическая

Невропатолог

10.03.2026 Патологии нервов

Стоматолог

10.03.26

Подпись

10.03.26

ОАК

10.03.26 Анализ маз

ОАМ

10.03.26 Анализ мочи

Кал на кт

10.03.26 Исследование

Эпикриз

Ребенок от _____ беременности, от _____ родов

Родился(лась) с весом _____ кг, ростом _____ см

Растет и развивается соответственно по возрасту

Привит _____ Контакт с fbs - отрицает.

На «До» учета _____

Наследственность не отягощена

Из перенесенных заболеваний: ОРЗ

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски

Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечные тоны ясные,

ритмичные.

Живот мягкий, безболезненный.

Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров(а)

НПР I уровень

ФР-нормосомия

Группа здоровья: 2А

Школу/Детсад посещать может

Врач

Досева

ЖАҒАЛЫҚ КЕРШІНДІГІ МОНЕТАСЫ СЕРТИФИКАТ
«ТТ И К»
ТОВАРИШЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
ОТБАСЫМЫЗ АЙМАҚАДЫҢ АРҚАҒЫ
БІЛІМ Т. СЕМЕРОВОЙ

шикриз

Ребенок от 1 беременности, 1 родов.
Вес при рождении 3,00 кг, рост 52 см.

Рос и развивался соответственно по возрасту.

Осмотрен узкими специалистами.

Привит в роддоме (БЦЖ, ВГВ).

Отказ от профилактических прививки

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

Периферические лимфоузлы не увеличены.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

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

Стул и диурез в норме.

Диагноз: Здоров (а)

Группа здоровья:

В школу/детский сад допускается
Эпид. окружение чистое

Врач Д. Д. Д. просеждать к. э.





ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ АСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
«ТТИК»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

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

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

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 10.03.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью "ТТИК"

2. Пациенттің тел. аты, өкесінің аты (фамилия), имя, отчество пациента):

НУРМҒАЛИ АЙАРУ ДУЛАТҚЫЗЫ

3. Туган күні (Дата рождения): 13.02.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, УЛИЦА: Мангилик Ел, ДОМ: 18

5. Медицинское заключение:

Здорова

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид. окружение чистое

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

ДОСЖАНОВА КУРАЛАЙ ЖАРЫЛКАСЫНОВНА



Мөр
(Печать)



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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Солдат Машингер

ИИН

Дата рождения 12.01.23 12 ж 5 ай

Пол

мел

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Антобе Б-2 Жазықсартып 12 ж-41

Сведения о законных представителях:

мел -

8700 600 1207
Поликлиника прикрепления 28 ж, ТТ и К

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

Данные плановых углубленных медицинских осмотров
3-4 класса лейн/В возрасте 1-3 лет

Данные плановых углубленных медосмотров в возрасте 1-3 лет

Датум	Возраст	Жанс
Жастан - 3 жашка	Дейін	Возраст 1-3 лет

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
САҢ	01.04.15	нормальн сод. свт
САҢ	01.04.15	нормальн нормальн
несеп сфид	01.04.15	нормальн нормальн
САҢ	03.06.15	нормальн нормальн
САҢ	03.06.15	нормальн нормальн
несеп сфид	03.06.15	нормальн нормальн

Регистре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР ДСМ-264/2020 "Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров детей и подростков с ограниченными возможностями")

Ребенок от 1 беременности, 1 родов.
Вес при рождении 3000 кг, рост 50 см.
Рос и развивался соответственно по возрасту.
Осмотрен узкими специалистами.
Прививки по календарю.

Отказ от профилактических прививки
На «Д» учете не состоит. Общее состояние
удовлетворительное. Кожные покровы и видимые
слизистые чистые, обычной окраски. Зев - спокоен.
Периферические лимфоузлы не увеличены.
В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.
Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий,
безболезненный. Сон и аппетит не нарушен.
Стул и диурез в норме.

Диагноз: Здоров (а)
Группа здоровья: 1 гр

Выход из детского сада допускается
Эпид. окружение чистое

Врач:

осмотров
хронического,
инфекций
иного и
Регистре
ных актов

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	02.04.21
Рост	56
Вес	26
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	1 гр
Медицинская группа для детей с тяжелой физической культурой	свободное
Рекомендации	

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

Таблица 8. Сведения о направлении в детский-медицинский-педиатрический консультативный (далее - ПМПК) *

Дата направления в ПМПК	Решение (код МКБ-10)	Ответы о прохождении ПМПК

* при наличии

Қазақстан Республикасы Ауылдық сақтау министрлігі Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қорғау департаменті Республикасы Қазақстан Мемлекеттік атауы Мемлекеттік ұйымның атауы Мемлекеттік ұйымның атауы	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы "30" қазандағы № 065/у ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020
--	--

"Профилактикалық екіптердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для

_____ жылғы (года) _____ а есепке алынды (взят на учет)
 анимированных детей наименование детского учреждения)

Ғері, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Самат Шамшиев

Туған күні (Дата рождения) 12.01.2023 3. ЖСН (ИНН) _____

Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.:
 тобе Батмас 2 16а - 1-61 87006001207.

Екенжайы: ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіп Превивка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
			2023	14.01.23	0,5	10374091	1-ші кезең 3-ші 2-ші кезең 4-ші 3-ші кезең 5-ші 4-ші кезең 6-ші 5-ші кезең 7-ші 6-ші кезең 8-ші 7-ші кезең 9-ші 8-ші кезең 10-ші

Полиомиелитке қарсы екіп Превивка против полиомиелита

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
15.08.24	0,5	13270225	0,5	08.08.24				
22.11.24	0,5	10A511M						

Күл, көюкетел, сіреспеге қарсы екіп Превивка против дифтерии, коклюша, столбняка

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екіпке дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т*)	Егілген жерде	
V1	15.08.24	0,5		Текса	ИД	ИД	
V2	26.12.24	0,5	X0A511M	Пента	ИД	ИД	
V3	27.02.25	0,5	X3C461M	Текса	ИД	ИД	
V4							

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т*)	Егілген жерде	
11.09.11	09.05	0,5	0341	Vaccin	иБ	иБ	
15.08.24	0,5	0341	Вакса	иБ	иБ		
15.08.25	0,5	0341	Вакса	иБ	иБ		
03.06.15	0,5	0341	Вакса	иБ	иБ		

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы- лықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т*)	Общая (Т*)	
14	09.11.23	0,5	0132 No 33A	иБ	иБ	
15	14.04.24	0,5	0133 No 58A	иБ	иБ	

Қызылшаға қарсы екпе

Жылы Дата рождения	Күні Дата	Доза сы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы		Медицинал ық қайшы- лықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде	
10.09.11	09.11.23	0,5	0132 No 33A	иБ	иБ	
11.12.31	14.04.24	0,5	0133 No 58A	иБ	иБ	

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

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе	Тип вакцина ция	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименован ие препарата	Екпеге дене реакциясы		Медициналы қ қайшы- лықтар (күні, себебі)
							Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
		11.04.11	14.04.23	0,5	GA 2168	прививка 13	иБ	иБ	
		12.12.31	14.04.24	0,5	GA 2168	прививка 13	иБ	иБ	
		13	26.12.24	0,5	MP 7361	прививка 13	иБ	иБ	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)



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 02.06.2025

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): САМАТ ТАЛШЫН БАУЫРЖАНҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 12.01.2023

4. Мекен-жайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ. Актобе, ПРОСПЕКТ Тауелсиздик, ДОМ: 12

5. Медицинское заключение:

Здоров

6. Рәсімдеу (При необходимости):

Эпидемиологиялық қауіпсіздік

7. Қол қойған дәрігер (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

САМАТ ТАЛШЫН БАУЫРЖАНҚЫЗЫ 119056



«№ 1»
«Механа»
«Тек»
«Поры»
«Деріге»
«Аясы»

2

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
Сатобаев Матман Рахметович

ИИН

Дата рождения 1998

Пол

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
б. 295.

Сведения о законных представителях:

Тел: 8775 8303885

Поликлиника прикрепления

Группа крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет)

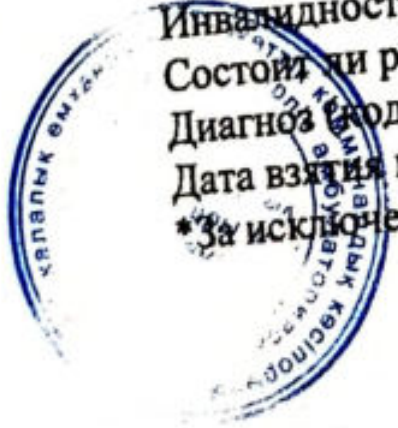
группа

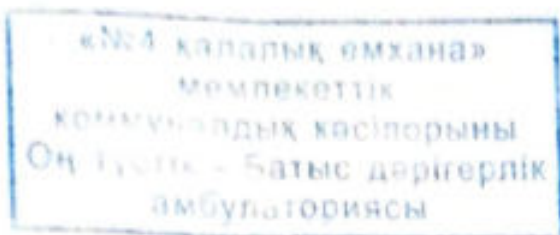
Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99





Эпикриз

Ребенок от 11 беременности. от 11 срочных родов.
Вес 3500. рост 55 Рос(ла) и развиваль(ся) соответствен
но возрасту. Прививки в роддоме БЦЖ, ВГВ, другие прививки
по календарю. Д учете не состоит. Инфекционными
заболеваниями не болел.

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Зев спокоен.

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



Школу посещения может

Вр:



Г.С.

Handwritten signature and text: Д.з. Гр.зд- Ф.р. Ф.гр. ННР.





қалалық емхана
мемлекеттік
ұжымдық кәсіпорн
Оңтүстік - Батыс дәрігерлік
амбулаториясы

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

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

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 03.04.2023

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) САТЫБАЛДЫ МАҒЖАН ҒАЛЫМЖАНҰЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 31.03.2023
4. Мекенжайы (Адрес): Республика Казакстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, г.Актобе Батыс 2, ДОМ: 9Б
5. Медицинское заключение: Здоров.
6. Рекомендации: Эпидокружение чистое. Может посещать садик
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
Вр: Жолдыбаева Ш.С



Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
«Мемлекеттік емханалар»
Қорының Мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорны
Оңтүстік-Батыс дәрігерлік
амбулаториясы

КУЖЖ бойынша ұйым иелігі
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігінің м.д. 2010 жылдың
«23» қарашадағы №907 бұйрығымен бекітілген
Денсаулық сақтау министрлігінің құжаттары
Медицинская документация. Форма №063/у
утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

13 жылғы (тоғыз) 05 04 есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ПМЦ. Врачебная амбулатория
бұл организованных детей наименование детского учреждения Ю.Б. Зинар

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

2. Туған күні (Дата рождения) 31.03.23

3. Мекенжайы: өлке мекені (Домашний адрес, населенный пункт) 2. Ақмода
көшесі (улица) Батыс үй(дом) 95 корпус пәтер(квартира) 142

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез профилактикасы Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық отвод (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күн Дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	<u>1991</u>	<u>02.11.23</u>	<u>0,05</u>	<u>037H</u>	<u>Т.мек - руб 4 мм</u> <u>З.мек - руб 4 мм</u> <u>Б.мек - руб 4 мм</u> <u>А.мек - руб 4 мм</u>
	сайты егу					
	ревакцинация					

Полноммелитке қарсы екпе / Прививка против полноммелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
<u>31.03.23</u>	<u>11.07.23</u>	<u>95</u>	<u>13 жас</u>	<u>11.08.23</u>	<u>95</u>	<u>13 жас</u>		
<u>31.03.23</u>	<u>11.08.23</u>	<u>95</u>	<u>13 жас</u>	<u>11.08.23</u>	<u>95</u>	<u>13 жас</u>		
<u>31.03.23</u>	<u>26.10.23</u>	<u>13E501V</u>	<u>14 ж</u>	<u>11.08.23</u>	<u>95</u>	<u>13 жас</u>		

Құл. коңжотел, сіреспеге қарсы екпе / Прививка против дифтерии, коңжотел, столбика

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Енгізілген жерде Местная	
<u>31.03.23</u>	<u>11.07.23</u>	<u>0,5</u>	<u>13E401</u>	<u>адк + ина + БГВ</u>	<u>145</u>	<u>145</u>	
<u>31.03.23</u>	<u>11.08.23</u>	<u>0,5</u>	<u>13E401</u>	<u>адк + ина + БГВ</u>	<u>145</u>	<u>145</u>	
<u>31.03.23</u>	<u>26.10.23</u>	<u>0,5</u>	<u>13E501V</u>	<u>адк + ина + БГВ</u>	<u>145</u>	<u>145</u>	

* Препараттар мына ордумен белгіледі. АКДС - адсорбцияланған, көкжөтел - дифтерия-сіреспе вакцинам, АДС - адсорбцияланған дифтерия - сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксин, қарымдағы антиген мономері азайтылған, адсорбцияланған дифтерия анатоксині АС - адсорбцияланған сіреспе анатоксині, К - коклюштік вакцина.
* Егер препараттың атауы: АКДС - адсорбцияланған, көкжөтел-дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС - адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксин, АДС-М-анатоксин - адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксин, қарымдағы антиген мономері азайтылған, адсорбцияланған дифтерия анатоксині АС - адсорбцияланған сіреспе анатоксині, К - коклюштік вакцина.

Вирусгі гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Еңкеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайылымдар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерге Местная	
Егу Вакцинация	08.04.23	31.03.23	0,5	0841	субвак	н/б	н/б	
	11.04.23	11.04.23	0,5	2485	адсорбцияланған ВГВ	н/б	н/б	
	26.10.23	26.10.23	0,5	ВЗБ014	адсорбцияланған ВГВ	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация					ВГВ			

ККР

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Еңкеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайылымдар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерге Местная	
11.04.24	09.04.24	0,5	0153NO58A	н/б	н/б	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Еңкеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайылымдар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерге Местная	
11.04.24	09.04.24	0,5	0153NO58A	н/б	н/б	

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Еңкеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайылымдар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерге Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация	31.03.23	14.04.23	0,5	2168	Меделин	н/б	н/б	
	26.10.23	26.10.23	0,5	СН6081	превенар 13	н/б	н/б	
	09.04.24	09.04.24	0,5	ВК 9430	превенар 13	н/б	н/б	

Ескірген шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Күні (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта бадыны соңына аяқтама бөлімдері емдеу - профилактикалық ұйымда (ЕПУ) тапсырылған.

Қызылша (рудиния) қозғалыс кезінде қозғалыс етімі туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қызылша.

Карта аяқталған аяқталған медициналық профилактикалық ұйымда (ФАП) при аяқталған ребенка.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о прививочном статусе.

Карта осымен в организации.

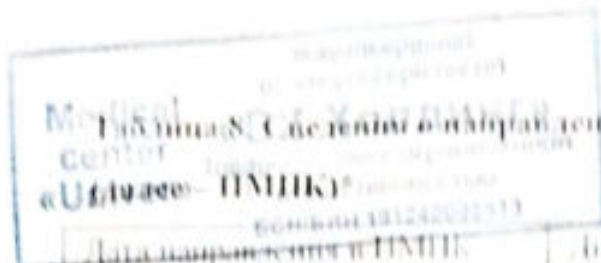
3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения,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

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

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	30.09.2024
Рост	92 см
Вес	12 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Группа здоровья	I группа
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	ЗМ, поливитамин

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



Година (8. Служба психолого-медико-педагогической консультации)

Дата прохождения ПМПК	Возраст (год МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

МЕДОСМОТР

Рост: 92 см

Вес: 22 кг

Окулист:

суд. В

Лор:

ОТОЛАРИНГОЛОГ

онколог

Хирург:

ХИРУРГ

23.02.25

Невропатолог:



Здоров
3.02.24 ДН: суд

Стоматолог:

Здоров

Педиатр:

Здоров

ОАК: от 10.02.25: Гб - 122, лейко - 7,71, гр - 4,63, сг - 7мм4

ОАМ: от 10.02.25: в норме

Кал на ялг: от 10.02.25: в норме, не обн.



Эпикриз

Ребенок от II беременности, от III родов.
Родился(лась) с весом 3190 кг, ростом 51 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 , безболезненный.

Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров(а)

НПР I уровень

ФР- нормосомия

Группа здоровья: I

Школу Детсад посещать может

Врач: Саженков А.А.



Төдік



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

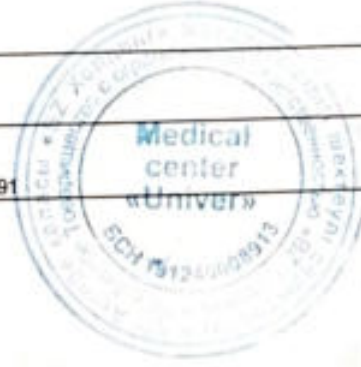
СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 10.02.2025

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): СУЮНОВ АРМАТ АДЛЕТОВИЧ
3. Туған күні (Дата рождения): 22.01.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, МИКРОРАЙОН: Батыс 2, ДОМ: 11Д/1
5. Медицинское заключение:
Кал на я/г от 10.02.2025г: не обн. Эпид окружение чистое
6. Рекомендации (при необходимости):
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
САКЕНОВА АЙКЕРІМ АМІРХАНҚЫЗЫ 215191

Мөр
(Печать)



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

Профилактикалық екепелердің 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)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Суюнов Арман
 3. Туған күні (Дата рождения) 22.01.2023
 4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Литань Орда
 көшесі (улица) 110 үй(дом) _____
 корпус 1 пәтер(квартира) _____
 Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8775 587 36-88

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 <u>12490</u>	22.01.23	24.01.23	0,5	0371905	1 мес - 3 мес пер
	вакцинация					3 мес - 4 мес пер
	қайта егу					6 мес - 5 мес пер
	ревакцинация					12 мес - 5 мес пер

Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V ₁ 16.01.25	30461							
V ₂ 18.06.25	Y0C431	110						
V ₃ 22.01.23	210825	835435						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V ₁ 16.01.25	0,5	0,5	30461	Имовакс	110	110	
	22.01.23	18.06.25	0,5	Y0C431	Имовакс	110	110	
	V ₃ 22.01.23	21.08.25	0,5	835435	Имовакс	110	110	
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	22.01.23	22.01.23	0,5	034130069	ВГВ А	кід	кід	
	V ₁ 16.01.23	2,5	2461	AKK20	ВГВ + ВГД + ВГЕ	кід	кід	
	V ₂ 22.01.23	21.02.23	0,5		X3547SV	кід	кід	
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	
V ₁ 16.10.24	0,5	013M058				

Прививка против кори КПК

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V ₁ 16.10.24	0,3	013M058				

Прививка против других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V ₁ 16.10.24	0,5	7361	превенар		кід	кід	
Қайта егу Ревакцинация	V ₂ 16.01.25	252	0,5	9360	превенар	кід	кід	
	22.01.23	16.02.25	0,5	КА9260	превенар	кід	кід	

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Акимжанович Мухамеджан

ИИ

Дата рождения 30.01.2023 г. (28)

Пол муж.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Астана, 374 ул.

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления

ГОО "Медико-клинический"

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.
Жоспарлы тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері 5-7 жаста
(мектепке барар алдында)

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

Параметрлері Параметры	5 жаста В 5 лет	Мектепке дейінгі 1 жыл (6жаста) За 1 год до школы (в 6 лет)	Мектеп алдында Перед (в 7 лет)
Тексеру күні/Дата обследования	22.05.2019.		
Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования	21		
Бойы/рост	93		
Салмағы/вес	18 кг 128		
Шағымы/ жалобы			
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр	жарал		
Хирург ортопед	жарал		
Офтальмолог	жарал		
Оториноларинголог	жарал		
Невропатолог	жарал		
Стоматолог	жарал		
Өзге де мамандар/Другие спец.			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс)	ОАК мнтр ОАМ мнтр - 8.01.19 кал мнтр 3/4 ағз.		
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на я/глист)			
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз	жарал		
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития	норм		
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка НПР	норм		
Денсаулық тобы Группы здоровья	2		
Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой	оу.		
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар Рекомендации к занятиям спортом, большими или танцами	Спорттың түрі (көрсетілсін) Вид спорта (указать)	Айғақталған/ шектелген/ қарсы айғақталған (астың сызу керек) Показано ограничено против. (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			
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	22.05.28
Рост	95 см
Вес	13 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	I
Медицинская группа для занятий физической культурой	общ.
Рекомендации	Продолжить св. вед.

* 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 МКБ-10)	(код	Отметка о прохождении ПМПК

* при наличии

Эпикриз

Дата: 22.08.2012

Ребенок от 2 беременности, от 2 родов.

Родился(лась) с весом 3000 кг, ростом 52 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по календарю прививок.

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: фарингит

НПР хронич

ФР- хронич

Группа здоровья: II

Школу/Детсад посещать может

Врач:

Зав.ПМСП:



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Код организации по ОКПО
Ұйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «21» қарашадағы №175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысаны медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 065/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от «21» ноября 2020 года №175

Форма № 065/у "КАРТА профилактических прививок"

2023 жылғы (года) " " есепке алынды (взят на учет)

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

ЖШС «МЕДИНА КЛИНИК»

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

2. Туған күні (Дата рождения) 30.05.2023 (22)

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Бауырмалар - 11344
көшесі(улицы) үй (дом) корпус пәтер (квартира)

Мекенжай ауысқан туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87716867664

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	30.05.23	31.05.23	0,05	03716091	1м - паст 5 мм
	Қайта егу ревакцинация					2м - паст 5 мм 6мм - рубч 5 мм 12мм - рубч 5 мм

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
VI	9.8.23	V3E501V	0,5					
VI	14.05.25	Y0C431M	0,5					

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	VI	9.8.23	0,5	V3E501V	тексер	н/б	н/б	
	VI	14.05.25	0,5	Y0C431M	инъекция			
Қайта егу Ревакцинация								

Препараттың мына әріптерімен белгіленеді: АКДС - адсорбтелген, кәжізітел - дифтерия-сіресіне вакцинасы, АДС - адсорбтелген, кәжізітел - дифтерия-сіресіне вакцинасы, АДС-М - адсорбтелген, кәжізітел - дифтерия-сіресіне вакцинасы, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД - адсорбтелген, кәжізітел - дифтерия-сіресіне вакцинасы. АС - адсорбтелген, кәжізітел - дифтерия-сіресіне вакцинасы. К - коклюштың вакцинасы.
*Препараттың атауы: АКДС - адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС - адсорбированная, дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС-М - адсорбированная, дифтерийно-столбнячная вакцина с уменьшенным содержанием антигенов, АД - адсорбированная, дифтерийная вакцина, АС - адсорбированная, столбнячная вакцина, К - коклюшная вакцина.

Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т) Общая(Т)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация	30.05.23	30.05.23	0,5	034100046	В.В.В.	н/б	н/б	
	30.05.23	9.8.23	0,5	13E501V	генер	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т) Общая(Т)	Егілген жерде местная	
ДММ	22.12.23	0,5	0133N037B	н/б	н/б	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т) Общая(Т)	Егілген жерде местная	
ДММ	22.12.23	0,5	0133N037B	н/б	н/б	

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 Медицинский отвод
						Жалпы (Т) Общая(Т)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация	✓	9.10.23	0,5	646087	кревешар	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация	✓	14.05.25	0,5	KB3260	кревешар			

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

*Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады. Қалада (ауданда) көшен кезде егілген туралы анықтама беріледі. Карта ұйымда қалады.

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



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

Форма № 027/y

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 29.05.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "Қуаныш"

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Дінмұхамедұлы Мұхаммеддин
3. Туған күні (Дата рождения): 30.05.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, АКТЮБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ АКТОБЕ ОКРУГ: НОВЫЙ, АУЛ(СЕЛО): ЖАНАКОНЫС, УЛИЦА: УЛИЦА 1У, ДОМ: 2
5. Медицинское заключение:
Эпид окружение чистое
6. Рекомендации (при необходимости):
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
АРСТАНБЕК НҮРСҰЛУ ЖАЛҒАСБАЙҚЫЗЫ

245999

Қазақстан Республикасы
Астана облысының
Денсаулық сақтау басқармасы
Астана қаласының
Астана қаласының
Астана қаласының

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

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Торбек Жемә Мейірбекұлы

Национальность қазақстан Дата рождения 31.05.2023
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)
Алматы қаласы 6211 кв 39

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя
Торбек Айдәт Мейірбекұлы

Место работы матери/ законного представителя

Телефон матери/ законного представителя

Ф.И.О. год рождения отца Торбек Мейірбек Аманжолұлы

Место работы отца

Телефоны отца / законных представителей

Поликлиника прикрепления С.Д.М.

Группа крови Резус - фактор

Инвалидность (да/нет) группа

Параметры	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от до лет
Дата обследования	04.12.24				
Возраст ребенка (на момент осмотра)	1 год 6 мес				
Рост	98				
Вес	12				
Жалобы	нет				
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	ЗПРЖ				
Группа здоровья	I гр				
Медицинская группа для занятий физкультурой	Самостоятельно				
Рекомендации	- рисунки - лепка - аппликация Др. Иловаева				

Таб. 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевание	Год	Заболевание	Год
Корь	нет	Дифтерия	нет
Коклюш	нет	Туберкулез	нет
Скарлатина	нет	Эпидемический паротит	нет
Брюшной тиф	нет		
Ветряная оспа	нет		
Краснуха	нет		
Вирусный гепатит (A, B, C, D)	нет		

Таб. 4. свед. о госпитали-и (включая травмы, операции).

Дата выдачи справки	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организац., выдавшая справку	ФИО врача

ОЖИВЛЕНІЕ

Д-р. Зоробка

ЛОП

22.11.2024 04. Проведен

ПРОСТАТОЛОГ

М. М. 24

Велис

ХИРУРГ

Зоробка
03.11.24

Ребенок от II беременности, II родов
Родился весом 8,200 гр., ростом 52 см
Ребенок рос и развивался соответственно возрасту.

Профилактические прививки по возрасту (индивидуальный календарь)

Перенесенные заболевания

Острые

Состоит на Д учете? ((ДА, НЕТ)) на Д учета не состоит
Ребенок осмотрен узкими специалистами перед поступлением в ДОО

Рост 98 см., вес 12 кг

Жалоб нет. Объективное состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Зев спокоен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Сердце ритмичное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный. Стул и диурез в норме.

Диагноз:

ЗОРСТА

Гр. Здоровья 100%

НПР

вертикально-вертикаль

Физ.развитие корреспондирующее

Воспитатель

[Подпись]

[Подпись]



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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін
атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен
Елестеген № 027-в нысанда медициналық құжаттама

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

Форма № 027/у

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

Дата выдачи: 04.12.2024

Учреждения: Наименование организации [государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №5" на правах хозяйственного ведения]
Государственного учреждения Управление здравоохранения Актөбінскіі облысы

2. Пациенттің (от, аты, жөнінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента))

Төребек Ясина Мейірбекқызы

3. Туған күні (Дата рождения)

31.05.2023

4. Мекенжайы (Адрес)

РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақтөбінскіі, ГОРОД: Ақтөбе Абилтайыр хана 62/1 кв 39

5. Медицинское заключение: Здорова

6. Рекомендации (при необходимости)

Эпид. окружение чисто

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и классификатор врача, выданный

Матаинова Ж.А.



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 14.10.2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065 / е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 065 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года № 175
Ұйымның атауы Наименование организации	ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК ГП «Городская клиника №6» на ПХВ

№ 142339

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) Горобек Асина

2. Туған күні (Дата рождения) 31.05.2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) 62/1-39

көшесі (улица) үй(дом)

корпус пәтер(квартира)

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

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	31.05.23	01.06.23	0,5	05719005	1-мек - түсініксіз
	вакцинация					3-мек - түсініксіз
	қайта егу					6-мек - түсініксіз
	ревакцинация					12-мек - түсініксіз

Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V, 18 VII 23	30.07.23							

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	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V, 18 VII 23	30.07.23	0,5	30501	Дифтерия	(Т*)		
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	31.05.23	31.05.23	0,5	03119005	БС "Б"	н/з	н/з	
	V ₁	18.VIII.23	0,5	32801	НКА1А			
Қайта егу Ревакцинация								

Прививка против паротита

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

Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшы (күні, себебі) Медицинский отг (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		V ₁	18.VIII.23	0,5	2188	преквенар		
Қайта егу Ревакцинация								