

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорыны
түстік - Батыс дәрігерлік
амбулаториясы

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

Молмухан Ермешев

ИИ

Дата рождения 31.01.2021.

Пол

Мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Батыс 1 17А - кв 89.

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ПДМЧ

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) Нет группа

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

Диагноз (код МКБ-10)* 2092

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

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

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорыны
Оңтүстік - Батыс дәрігерлік
амбулаториясы

Эпикриз

Ребенок от 14 беременности, от 15 родов.

Родился(лась) с весом 3400 кг, ростом 45 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по возрасту Контакт с tbs – отрицает.

На «Д» учёте не состоит

Наследственность не отягощена.

Из перенесенных заболеваний: ОРЗ

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

Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечные тоны ясные,

ритмичные.

Живот мягкий, безболезненный.

Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров(а)

У

НПР 1 уровень

ФР-нормосомия

Группа здоровья: 2А

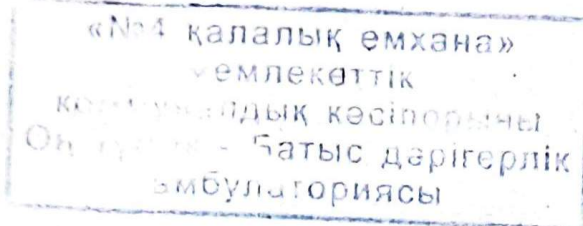
Школу/Детсад посещать может

Врач:



посещать
может АД

Эпикриз
чисте.



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 04.07.2024

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациент: Төлеухан Еркеназ Дидарқызы

3. Туған күні (Дата рождения): 31.01..2021

4. Мекенжайы (Адрес): Республика Казакстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД Актобе Батыс 17а кв 89

Медицинское заключение Здоров. Не состоит на Д-учете. Эпид окружение чистое

5. Рекомендации: Может посещать детский сад

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

Вр.: Темірбулатова Г.Т. тамблар

Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	«№4 қалалық емхана» Мамлекеттік коммуналдық кәсіпорыны «Түстік - Батыс дәрігерлік амбулаториясы»	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен, бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама Медициналық документация форма № 065/у утв.приказом исполн.обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020
--	--	---

"Профилактикалық екіпелердің картасы"
№065/е нысан

2021 жылғы (тола) 03 08 есіпке алынды (көзге на учет)
Ауылдық балалар үшін балалар мекемесінің атауы (дмк организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Томасов Ерменді Дирарбаев
2. Туған күні (Дата рождения) 31 01 2021 3. ЖСН (Индивидуальный идентификационный номер)

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД
ОБЛ.ЗНАЧ.:
Актобе Жаппе 2 179-89.

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіп

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						
17.02.2021	ОД		2021	02.02.21	0.05	0379	ТМ - патология ЗН - патология БМ - патология ДМ - патология

Полиомиелитке қарсы екіп

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
12.2021	24 04 23	V3N229V	145	14 21 900	15 X1 23	24	1802R132	
12.2021	29 05 23	WDA9614	145					
12.2021	31 07 23	V3E507V	145					

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіп

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпке дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Г*)	Местная	
2021	27.10.23	0.5	V3N229V	Адкорт-көкжөтел + 181732	145	145	
2021	29 05 23	0.5	WDA9614	Адкорт-көкжөтел + 181732	145	145	
2021	31 07 23	0.5	V3E507V	Адкорт-көкжөтел + 181732	145	145	

Вирусгі гепатитке қарсы екіе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күнi Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Г°)	Местная	
31.08.24	31.08.24	0,5	15003	ВХ	ИД	ИД	
31.08.24	27.04.23	0,5	V3N289	АКР-ИМ-ИМ-Р ВТТЗ	ИД	ИД	
31.08.24	31.05.23	0,5	V3ESU	АКР-ИМ-ИМ-Р + ВТТЗ	ИД	ИД	
31.08.24	25.03.24	0,5	202805027	ВТА	ИД	ИД	

Паротитке қарсы екіе Прививка против паротита

Күнi Дата	Доза	Серия	Екіге дене реакциясы Общая (Г°)	Реакция на прививку Местная	Медицинский отвод (дата, причина)
12.4.05	020622	013N108A	ИД	ИД	
20.01.24	0,5	0133N058A	ИД	ИД	

Қызылшаға қарсы екіе

Туған жылы ата рождения	Күнi Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г°)	Местная	
12.4.05	02.06.22	0,5	013N108	ИД	ИД	
20.01.24	0,5	0133N058A	ИД	ИД		

Прививка против кори Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екіе (Прививка против других инфекций) *Тревисер*

Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күнi Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Г°)	Егіген жерде Местная	
V2	12.4.05	02.06.22	0,5	ET6182	Тревисер 18	ИД	ИД	
V3	20.01.24	27.04.23	0,5	EM1506	Тревисер 13	ИД	ИД	

Алынған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)