



1

В

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

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка

Асгар Асан сері
Саманбаев

Национальность Кыргыз Дата рождения 18.03.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Кочкор айылы Исмаилов Токман
д. 20а

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

Место работы матери/ законного представителя Нотариус канцелярия - Бугаев

Телефон матери/ законного представителя 8 708 278 45 27

Ф.И.О. год рождения отца Виктор Андреевич Саманбаев

Место работы отца Кочкор айылы

Телефоны отца 8 708 359 13 91

законных представителей

Поликлиника прикрепления ТОО «Асыл мед»

Группа крови --- Резус - фактор ---

Эпикриз

Ребенок от 1 беременности, 1-й родов. Родился с весом ~~3080~~_г рост - 54 см

Закричал сразу. Беременность протекла нормально. Растет и развивается соответственно возрасту.

Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез: без особенностей.

Из группы риска-1 Состоит на «Д» не состоит. Перенесенные заболевания - ОРЗ

При осмотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые, 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-По возрасту

ФР- По возрасту

Д/З *С.И. Горюнов. З.Ю.Р.*

Гр *Д* группа

Ребенок здоров



В.И. Ткач "Куншуган"
Айбасова С.И.



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

Товарищество с ограниченной
ответственностью

«Асыл-Мед»

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 10.09.2024

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "Асыл-Мед"

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

АСҚАР АҚАН СЕРІ САЛАМАТҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 18.03.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актыбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе , СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Благодарный , АУЛ(СЕЛО): Кенес
Нокин , ЖИЛОЙ МАССИВ: АСХК, ДОМ: № 1

5. Медицинское заключение:

ЗРР

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое.

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

АЙБАСОВА АЙСАУЛЕ МАРАЛОВНА

198086



Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министрство здравоохранения Республики Казахстан Уйымның атауы Наименование организации	ЕУАЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанның медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175
---	---

КАРТА

профилактических прививок

20__ года "___" _____ взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения _____

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

2. Дата рождения 18/III 2011

3. Индивидуальный идентификационный номер с

4. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица Сейсен - 1 д. 206

Дом _____ корпус _____ квартира _____

Отметки о перемене адрес _____

8408 248 45 27

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		вакцинация	<u>18/III 21</u>	<u>0,05</u>	<u>03449,214</u>	<u>сильный</u>	<u>нет</u>
		ревакцинация					<u>нет</u>

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
<u>V1 28/10/21</u>	<u>28/10/21</u>	<u>281V</u>	<u>V1</u>	<u>28/10/21</u>	<u>180200010</u>			
<u>V2 3/11/21</u>	<u>28/10/21</u>	<u>161V</u>	<u>V2</u>	<u>22/11/21</u>	<u>961M</u>			
<u>V3 5/11/21</u>	<u>18/11/21</u>	<u>081V</u>						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>V1 28/10/21</u>	<u>28/10/21</u>	<u>0,5</u>	<u>281V</u>	<u>аква</u>	<u>нб</u>	<u>нб</u>	
	<u>V2 3/11/21</u>	<u>28/10/21</u>	<u>0,5</u>	<u>161V</u>	<u>аква</u>	<u>нб</u>	<u>нб</u>	
	<u>V3 5/11/21</u>	<u>18/11/21</u>	<u>0,5</u>	<u>081V</u>	<u>аква</u>	<u>нб</u>	<u>нб</u>	
Ревакцинация								
	<u>V4</u>	<u>22/11/21</u>	<u>0,5</u>	<u>961M</u>	<u>аква</u>	<u>нб</u>	<u>нб</u>	

Препараты 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

Вакцинация	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
V ₁ ВР		18/11/21	0,5	19004	гепателер	нб	нб	
V ₂ 2м10		28/1/21	0,5	271	гекси	нб	нб	
V ₃ 5м11		15/11/21	0,5	271	гекси	нб	н	
Ревакцинация			0,5	ВТН				
V ₁		5/11/23	0,5	20410301P	ВТН	нб	нб	
V ₂		15/1/23	0,5	22105027	ВТН	нб	нб	

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V	27/11/22	0,5	13040088	нб	нб	
V (гиперок)	27/11/23	0,5	01334037B	нб	нб	

Прививка против кори + краснухи

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V	27/11/22	0,5	13040088	нб	нб	нп
V (гиперок)	27/11/23	0,5	01334037B	нб	нб	нп

Прививка против других инфекций

не введен

Вакцинация	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
V ₁ 2м10		28/1/21	0,5	020572	не введен	нб	нб	
V ₂ 5м11		15/11/21	0,5	020572	не введен	нб	н	
V ₃		27/11/22	0,5	ЕТ6182	не введен	нб	н	

Дата снятия с учета) _____

Подпись _____

Причина _____

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

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

Карта остается в организации.