

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Байбақты Хамза

Дата рождения 5.01.2021

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Юго Западный

ул. Курманова 43.

Сведения о законных представителях:

Папа Мусалым Жамал Байбақты

8.4.88 7729493

Маман Мусалым Жамал

Поликлиника прикрепления ГПМ

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

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

Диагноз (код МКБ- 10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет не состоит

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

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

Эпикриз

Ребенок от 14 беременности. от 14 срочных родов.
Вес 4500. рост 57. Рос(ла) и развиваль(ся) соответствен
но возрасту. Прививки по календарю (по индивидуальному
графику) Инфекционными заболеваниями болел (не болел)

На Д учете состоит (не состоит) не состоит

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Зев спокоен.

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

Д/з- Здоров

Гр.зд-

Ф.р.-- средний

Ф.р.-- средний

Ф.р.--

Школу посещать может

Вр:

Эпикриз
гисте

Долгосрочный
в отср
Зав
Р



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорыны
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 10.07.2024

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 пациент: Байбақты Хақназар
3. Туған күні (Дата рождения): 05.01.2021
4. Мекенжайы (Адрес): Республика Казакстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД Актобе Курмашева 23

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

5. Рекомендаций: Может посещать детский сад

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

Вр. Темірбулатова Г.Т.



Министрлігі Денсаулық сақтау министрлігі Қазақстан Республикасы	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің м.а 2010 жылғы «23» қарашадан №907 бұйрығымен бекітілген №63/с нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы № 4 ҚДБ Наименование организации ГП № 4.	Медицинская документация Форма №063/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907.

АЛДЫН АЛА ЕГУЛЕРІНІҢ КАРТАСЫ.

Есепке алынды «04» 07 2020 жыл. Ұйымдасқан мекемелер үшін балалар мекемесінің атауы

1. Аты-жөні Байбасов Хасназар 87767729495
 2. Туған күні 05.07.2021
 3. Мекен-жайы, елді мекен Түркістан үй 98 пәтер 84
 Мекен-жайы ауысқаны туралы белгілер Құрманғали 43

Туберкулез ауруына қарсы екпе.

Туберкулез сынамасы		Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі)
күні	нәтижесі					
	Егу	1 ж	06.01.21	0,05	0379	1 мес лан
	Вакцинация					3 мес лан
	Қайта егу					6 мес лан
	Ревакцинация					12 мес лан

Полиомиелитке қарсы екпе.

Туған жылы	Күні	Сериясы	Туған жылы	Күні	Сериясы	Туған жылы	Күні	Сериясы
V ₁	04.04.23	U3N229V	V ₁	12.08.23	1802P132			
V ₂	30.05.23	U0A961M	V ₃	15.08.23	U3E501V			

Гемофилияға, күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе.

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылық
						Жалпы (t°)	Егілген жерде	
Егу	V ₁	04.04.23	0,5	U3N229V	АБ2004ХСВ	20	25	
Вакцинация	V ₂	30.05.23	0,5	U0A961M	УНК+УКВ ₂	20	25	
	V ₃	15.08.23	0,5	U3E501V	АБ2004ХСВ	20	25	
Қайта егу					ВКВ			
Ревакцинация								

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т*)	Местная	
09.01.21	05.01.21	0,5	19004	ВТН	н/с	н/с	
11	04.09.23	0,5	131213	Адасуштық-н/с	н/с	н/с	
11	15.08.25	0,5	307	Адасуштық-н/с	н/с	н/с	
11	12.8.23	0,5	3023	н/с ВТН	н/с	н/с	
11	15.10.25	0,5	3023	ВТН	н/с	н/с	
				ВТН	н/с	н/с	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Доза	Серия	Екіге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
			Общая (Т*)	Местная	
01.03.23	0,5	0131	н/с		

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
	01.03.23	0,5	FM1506	н/с		

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

Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, при
						Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
1		01.03.23	0,5	FM1506	превент	н/с		

Арылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)