

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Сибиряк Ксено Александр
ИИН 2 3

Дата рождения 06.05.2021

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Булаев й-12 Төлейказок-12
Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления _____

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

Алматы қаласының әкімі
А.А. Байтұрсынұлы
Алматы қаласының әкімі
А.А. Байтұрсынұлы
Алматы қаласының әкімі
А.А. Байтұрсынұлы

Түркістан

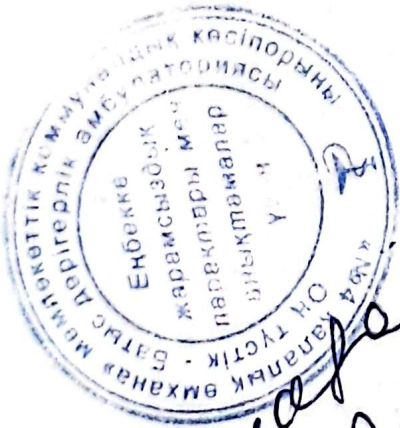
Төменгі жағында
және жоғары жағында.

Қарағанды берілген
сұрақтар мен. Сол жақ
алтын. Төртінші жағы
сұрақтар мен. Мен
аузымды.

Қарағанды

Қарағанды

Қарағанды



Қарағанды
Қарағанды
Қарағанды
Қарағанды
2

«№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/уСПРАВКА

О состоянии здоровья

Дата выдачи 25/06/2024

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

1

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациент Ембергенқызы Айбибі

3. Туған күні (Дата рождения): 06.05.2021

4. Мекенжайы (Адрес): Республика Казакстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД Актобе Юго запад 2-353

Медицинское заключение: Здоров. Эпид окружение чистое

5. Рекомендации: посещать может садик

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

Вр. Жолдыбаева Ш.С.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министрство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің міндетін атқаруының 2020 жылғы "30" қызылдағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанында медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ГКП "Городская поликлиника №4" на ПХВ ГУ УЗ Актобинской области	Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 21 жылғы (года) « 0 » _____ есепке алынды (взят на учет)

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

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Самбоулы Нұрлыбай Ахметов

2. Туған күні (Дата рождения) 01.01.2021

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Астана қаласы
 көшесі (улица) 8471 844 3439 үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
	егу вакцинация		01.01.21	01.01.21	0,05	0379	1 ай - туберкулез 4 мм
	кайта егу ревакцинация						3 ай - туберкулез 4 мм
							6 ас - туберкулез 4 мм
							12 ай - туберкулез 4 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
мес	08.11.21	05 T3M072		04.12.21	05 T3M072			
мес	08.12.21	05 V040M						
8 мес	18.01.22	05-T3M077						

Құл, 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 қайшылықты Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
1	6 мес	08.12.21	0,5	T3M072	адкорт+ив+кпв	и	и	
2	7 мес	08.12.21	0,5	V040M	адкорт+ив+кпв	и	и	
3	8 мес	18.01.22	0,5	T3M077	адкорт+ив+кпв	и	и	
4	18.01.23	0,5			адкорт+ив+кпв	и	и	

• Препараттар мына эриттермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, кокжотел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында шілген молшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – кокжотел вакцинасы.
• 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.

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	08.05.22	0,5	19004	В.В.	ИД	ИД	
Қайта егу Ревакцинация	18.01.24	0,5	13.00711	АДС-М+КТ+ИПВ В.В.	ИД	ИД	

№2мек 19.05.23 0,5 2043023 18.01.24 - №1-17.01.24- 0,5 сер: 201105024

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серіілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Мек	06.05.22	0,5	0130N108A	ИД	ИД	
Д.м.	17.01.24	0,5	0133N058A			

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серіілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Мек	06.05.22	0,5	0130N108A	ИД	ИД	
М.м.	17.01.24	0,5	0133N058A			

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
М.м.	08.11.21	0,5	0572	Кревенар 12	ИД	ИД	
М.м.	18.01.22	0,5	ЕК6020	Кревенар 13	ИД	ИД	
М.м.	06.05.22	0,5	ЕТ6182	Кревенар 13	ИД	ИД	

Ағарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Бағаланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады
дан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.
а ұйымда қалады.

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