

«Қазақстан Республикасының
Сәуілеттік
Салық қызметінің
Батыс дәрігерлік
булаториясы»

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

Аманжол Абжанов Рустамов

ИИН

Дата рождения 26.04.2021.

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Темновская 30

Сведения о законных представителях:

Бусурманова Туниса А. 870563043442

Бусурманов Руслан А. 8705555034

Поликлиника прикрепления ФМЧ

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					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
корпоративтік кәсіпорны
Оңтүстік - Батыс дәрігерлік
Эпикриз
амбулаториясы

Ребенок от 4 беременности, от 3 родов.

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

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит 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 1 уровень

ФР-нормосомия

Группа здоровья: 2А

Школу/Детсад посещать может

Врач: Темирбулатова Т.Н.

Бама Бақымажа
Баруға

ружса
Зав. ОГР.





«№4 қалалық емхана»
 мемлекеттік
 коммуналдық кәсіпорыны
 Оң түстік - 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 На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 04.06.2024

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 пациента): АМАНГЕЛДІ ИБРАГИМ РУСЛАНҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 26.04.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, УЛИЦА: Байсалбая Жолмырзаева, ДОМ: 30

5. Медицинское заключение:
 Здорова.

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

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

ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА

119056

Мөр
 (Печать)



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Ұйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің м.п. 2010 жылғы «23» қарашадағы №907 бұйрығымен бекітілген № 063/е нысаны медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма №063/у утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907

**Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

2021 жылғы (года) « 08 » апрель есепке алынды (взят на учет)
 Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ЮГО-Зангс ЯА ГР №4
 (для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Аманжол Норман
 2. Туған күні (Дата рождения) 26.04.2021
 3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Молдырзаев-30 ЮГО-Зангс
 көшесі (улица) _____ үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____
 Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Т: 87056304344

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез симптоматикасы Губеркулезные пробы			Туған жылы Дата рожде- ния	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	26.04.21	27.04.21	0,05	799214	1 мес - пәт 4 мм
		қайта егу ревакцинация					3 мес - пәт 4 мм 6 мес - руб 4 мм 12 мес - руб 4 мм

Полиоппелитке қарсы екпе / Прививка против полиомелита

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
2007	23	21	10 ж 11 а	145				

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 қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

• Препараттар мына оріндермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, кокжотел – дифтерия-сіресіе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіресіе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіресіе анатоксині, құрмында антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіресіе 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 антигена, 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	
Гүлділік	08.11	26.04.21	0,5	19004	13Г13	НД	НД	
Жаңа еңбекке								
Жаңа еңбекке								
Жаңа еңбекке								
Жаңа еңбекке								

Паротитке қарсы 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	
908	10.02.24	0,5	0133 N058A	НД	НД	

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	
908	10.02.24	0,5	0133 N058A	НД	НД	

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	
Жаңа еңбекке								
Жаңа еңбекке								
Жаңа еңбекке								
Жаңа еңбекке								

Алынған күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы (Подпись) _____

Баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады
апп (ауданнан) көшкен кезде қолына егілген туралы анықтама беріледі.
ұйымда қалады.

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