

Приложение к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

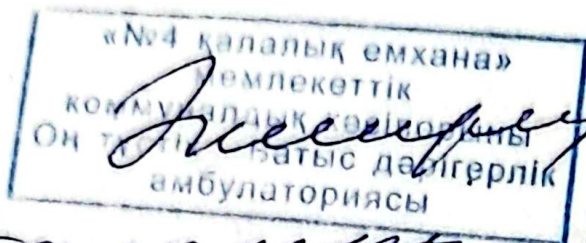
Форма № 052-2/у «Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Тілеп
ИИН Ақназар Арманұлы
Дата рождения 01.12.2023
Пол мұр
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) 109 619-нб
Сведения о законных представителях:
Аманжол Мамбетов Меркер
Эмел Елдесов Арман
Поликлиника прикрепления 177
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



Баламның алдым
жерім мұз
Менің мұңы
цессарасы мен
Оттеңге беремін
орын мен. Сол сен
алды, бұраңмен
Перде аға. Ит
Ауыл
Кен аяғымен
Дарын рұх



Др Деңіс
Ур
Мер аяғы
до мұң
Дру
Мұң

Дру
Мұң
Дру
Мұң





«№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 О состоянии здоровья

Дата выдачи 10.06.2024

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): ТЛЕП АҚНАЗАР АРМАНҰЛЫ

3. Туган күні (Дата рождения): 07.06.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, ДОМ: 1

5. Медицинское заключение:
здоров эпид окружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости): посещать может

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

АГЫБАЕВА БАКТЫГУЛ АТАШОВНА



Мөр
(Печать)

смахан

1

Ребенок приехал 7. Июл - Суретан
28. 07. 21

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы
«23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген
№ 063/е нысаны медициналық құжаттама

ВМ-18

алу екпелерінің
АРТАСЫ
КАРТА

Всего 1.

Имя (взят на учет) 30. 07 2021 г. (г.)
и балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детской организации)
жесінің аты (ф.и.о) Шмен Айнажар Арманұлы
ні (дата рождения) 06. 21. 21 Т. Масама 53 кв 8
айы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) 87059191030

Туберкулез ауруына қарсы екпе - Прививка против туберкулеза						Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)	
Туберкулез сынамалары берулеріне проб	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)		
нәтижесі результат	Нәтижесі Результат	9.06.21	0,05	8/10	03796214	Туберкулез - 5 кв 8 кв	
	Егу Вакцинация					6 кв 8 кв - 5 кв 8 кв	
	Қайта егу Ревакцинация					12 кв 8 кв - 12 кв 8 кв	

Полиомиелитке қарсы екпе - Прививка против полиомиелита							
Туған жылы Дата сдения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Сериясы Серия
V1	21.11.21	056/10	75	12.05.22	95	18020020	
V2	16.03.22	95	18020020	V4	04.8.22	24	18020020

Күл, коқжөтел, сіреспеге қарсы екпе - Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка								
	Туған жыл ы Дата рожд ения	Күні Дата	Дозас ы Доза	Сери- ясы Серия	Препаратт ын атауы Наименов ание препарата	Екпе дене серпілісі Реакция на прививку		Медицин алық қайшылы қтар Медицин ский отвод
						Жалп ы Обша я	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V ₁	21.12.21	0,5	8/10	75 12.05.22			R-ш
	V ₂	16.03.22	0,5	18020020	V4			R-ш
	V ₃	12.05.22	0,5	18020020				R-ш
Қайта егу Ревакцина- ция		12.05						

Егу Вакцинация	Туған жылы Дата рожд ения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпе дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Г*) Общая	Егілген жерде Местная	
V ₁	7.06.21	05	0,5	DMT 19004			R-нет	
V ₂	2.11.21	05	0,5	TS 10078V			R-нет	
V ₃	12.05.22	05	0,5	130741V			R-нет	
Қайта егу Ревакцинация		В.Г.А.						
V ₄	07.03.24	0,5	202205024	В.Г.А.				

Паротитке қарсы екпе – Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпе дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні,себебі) Медицинский отвод (дата,причина)
				Жалпы (Г*) Общая	Егілген жерде Местная	
V ₁	2.11.21	0,5	DMT 19004		R-нет	
V ₂	12.05.22	0,5	130741V		R-нет	
V ₃	04.08.22	0,5	DMT 19004		R-нет	

Қызылшаға қарсы екпе – Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпе дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні,себебі) Медицинский отвод (дата,причина)
				Жалпы (Г*) Общая	Егілген жерде Местная	
V ₁	04.08.22	0,5	DMT 19004		R-нет	
V ₂	18.01.24	0,5	DMT 19004		R-нет	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе – Прививка против других инфекций

Егу Вакцинация	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпе дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы Общая	Егілген жерде Местная	
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығару күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу – алдын алу торттырылады (ФАП).

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілген туралы анықтама беріледі. Карта ұйымда қалады.

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