

«№4 қалалық емхана»
қоғамдық денсаулық сақтау
қорының Батыс дөрігерлік
амбулаториясы

2

Приложение к при
Министр здравоохране
Республики Казах
от 19 декабря 2023 года №

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Амоирткараев Расул

Дата рождения 19.02.2021

Пол мужское

Домашний адрес (или адрес организации интернатно
типа)

Батыс 2 194-1-28

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ПРЛЧ

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

Эпикриз

Ребенок от II беременности. от II срочных родов.
Вес 3400. рост 54. Рос(ла) и развиваль(ся) соответствен
но возрасту. Прививки по календарю (по индивидульному
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- Гр
Ф.р.- Средний
Ф.гр.- Гр основное
Гр

Школу посещать может

Вр:

Мир дарукеевич
Гетов



Дарукеевич
Гетов
Мир



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорыны
Оң түстік - Батыс дерігерлік
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 07.06.2024

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

1. _____

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациент: Джолдыкараев Расул

3. Туған күні (Дата рождения 19 08 2021

4. Мекенжайы (Адрес): Республика Казакстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД Актобе Батыс 2 19а -1-28

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

5. Рекомендации Может посещать детский сад

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

Вр.: Темірбулатова Г.Т.



81
44

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	КУЖОЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Ұйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысаны медициналық құжаттама
ГП № 5	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

КАРТА

профилактических прививок

20 21 года " 13 " 08 взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Флоидокараев Таси2. Дата рождения 19.08.2021

3. Индивидуальный идентификационный номер

4. Домашний адрес: населенный пункт 2. Ақтобе МейельныйДом 4 корпус 49 квартира 49Отметки о перемене адрес Айттың Орада даи 19А-І-28Саміан

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
Дата: <u>1.07.22</u> Результат: <u>отр</u>	<u>19.08.21</u>	<u>18.01.22</u>	<u>0,5</u>	<u>0346009-2.3</u>	<u>1 мес - на уч.</u>
ревакцинация			<u>индиф</u>		<u>7 мес - на уч.</u>
					<u>6 мес - на уч.</u>

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
<u>1.07.22</u>	<u>10.06.24</u>	<u>W3V283V</u>	<u>10</u>					
<u>2.07.22</u>	<u>09.07.24</u>	<u>Х0С471М</u>	<u>11</u>					
<u>28.08.24</u>	<u>28.08.24</u>	<u>283V</u>	<u>12</u>					

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
наши	<u>1.07.22</u>	<u>10.06.24</u>	<u>0,5</u>	<u>W3V283V</u>	<u>АКДС+ИВ</u>	<u>сб</u>	<u>сб</u>	
	<u>2.07.22</u>	<u>09.07.24</u>	<u>0,5</u>	<u>Х0С471М</u>	<u>АКДС+ИВ</u>	<u>крб</u>	<u>крб</u>	
	<u>28.08.24</u>	<u>28.08.24</u>	<u>0,5</u>	<u>283V</u>	<u>АКДС+ИВ</u>	<u>крб</u>	<u>крб</u>	
наши					<u>ИВ 12/3</u>			

• Препараты обозначать буквами: АКДС – адсорбированный, коклюшно-дифтерийно-столбнячный вакцина, АДС-М – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
Вакцинация	19.08.21	10.08.23	0,5	VVX2004	ВГ, ВМ	Общая (Т*)	Местная	
	12.09.21	10.06.24	0,5	W3C283V	АДС-М+КБ ИПР+ВГ-В	Общая (Т*)	Местная	
Ревакцинация		11.09.24	0,5	283V	АДС-М+КБ ИПР+ВГ-В			

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
Р.М.Ч.	06.08.2023	0,5	001B	НУБ	НУБ	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
Р.М.Ч.	06.08.23	0,5	001B	НУБ	НУБ	

Прививка против других инфекций ПЧВ

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
Вакцинация	12.09.21	10.06.24	0,5	ВХ 9430	превексар 13	Общая (Т*)	Местная	
Ревакцинация								

Дата снятия с учета) _____

Причина _____

Подпись _____