

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорыны

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173
Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О.ребенка Мамбев Жүрсіт Ігіметұлы

Национальность қазақ Дата рождения 01.01.2024

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

б.е.м.с. 1 ба.кб.12
тел: 8778 321 9316

Ф.И.О.год рождения матери/законного представителя Назмигалиева Назерке

Место работы матери/ законного представителя ШКОЛ педагог

Телефон матери/ законного представителя 8778 361 8896

Ф.И.О. год рождения отца Сәкен Ігімет

Место работы отца ШКОЛ педагог

Телефоны отца 8778 321 9346

законных представителей

Поликлиника прикрепления №4 Врачебная амбулатория

Группа крови _____ Резус - фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

год ления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное

Р

Түсінік

Баға 2 аумақта 100,55 баа. 400.

жаса жаса жаса жаса

жаса жаса жаса жаса

жаса жаса жаса жаса

жаса жаса жаса жаса

жаса жаса жаса жаса

жаса жаса жаса жаса

жаса жаса жаса жаса

Дәст соу

жаса жаса жаса жаса

жаса жаса жаса жаса

жаса жаса жаса жаса

жаса жаса жаса жаса



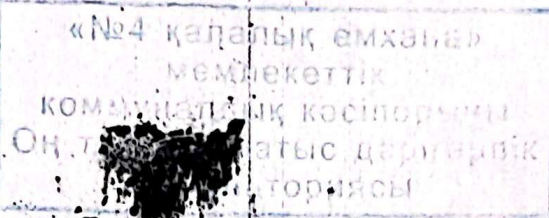
Дәст соу
жаса жаса жаса жаса



В/р Дәст соу

12.06.2024, 08:41

HealthCertificate27



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 12.06.2024

Учреждения, выдавшего справку: Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актыбинской области

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЖӘНІБЕК НҰРӘЛИ ӘДІЛЕТҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 01.12.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, МИКРОРАЙОН: Батыс 2, ДОМ: 16А

5. Медицинское заключение:
Здоров. Детский сад посещать может

6. Рекомендации (при необходимости): Эпидокружение чистое

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

ИСАНОВА МАДИНА ЕРБУЛАТОВНА

221343

Мөр
(Печать)



Р/с/с

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ҚҰЖК бөлімше үйірмесі Қол арнайы бөлімше ОҚПО
Уйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы «23» қарашасы №997 бұйрығымен бекітілген №003/с нысанын медициналық құжаттама
	Медициналық документация Формы №063/у утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907

**Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

12.07.24
Вр. №10

20 _____ жылғы (10.12) « _____ » есепке алынды (ізілігі на учет)

Ұйымдастырылған балалар үшін баталар мекемесінің атауы ГП №4
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тері, аты, әжесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Асетбек Мурзин

2. Туған күні (Дата рождения) 01.11.2021

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Батыс 2 көш. 12
көшесі (улицы) _____ үй (дом) _____ корпус _____ пәтері (квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87753618896

Туберкулезге қарсы екіп / Прививка против туберкулеза

Туберкулезге қарсы пробасы	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (қуаі, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата
результат	результат	результат	результат	результат	результат
егу вакцинация	28	03.11.21	0,05	0341	Белі - қуаі Зелі - қуаі Белі - қуаі Белі - қуаі
қайта егу ревакцинация					

Полноммелитке қарсы екіп / Прививка против полиомелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
1. 01.06.24	01.06.24	W3C283V	10					
2. 01.08.24	01.08.24	471 N	10					
3. 01.10.24	01.10.24	X3C461V	10					

Құл, қожкотел, сіреспеге қарсы екіп / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпте дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Енгізілген жерде Местная	
1. 01.06.24	01.06.24	0,5	W3C283V	АДКОС+ИВ СРР+В.В.	И	И	
2. 01.08.24	01.08.24	0,5	471 N	АБТОС ХИВ	И	И	
3. 01.10.24	01.10.24	0,5	X3C461V	АДКОС+ИВ+СРР В.В.	И	И	
Қайта егу Ревакцинация							

Препараты, применяемые в качестве АКДС – адсорбированный коклюш – дифтерия-столбняк, АДС – адсорбированный дифтерия – столбняк, АДС + М-анатоксин – адсорбированный дифтерия-столбняк, содержащий адсорбированный дифтерия-анатоксин, АДС – адсорбированный столбняк, К – коклюшная вакцина, АКДС – адсорбированный коклюш-дифтерия-столбняк, АДС – адсорбированный дифтерия-столбняк, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерия-столбняк с адсорбированным дифтерия-анатоксином, АДС – адсорбированный столбняк, К – коклюшная вакцина.

Вирус гепатитке карсы еске / 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	
1-2 Вакцинация	02.11.21	07.06.24	0,5	20009	Зубаев	ж	ж	
3-4 Вакцинация	07.06.24	07.06.24	0,5	10302831	АКДС-М	ж	ж	
Кайта егу Ревакцинация	07.10.24	07.10.24	0,5	Х3С461V	АКДС-М	ж	ж	
					ИПВ + ВГ-А			
	12.06.25	12.06.25	0,5	202405022	ВГ-А			

Паротитке карсы еске / 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	
1-2 Вакцинация	02.11.23	0,5	013210033A	ж	ж	

Қызышаға карсы еске / 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	
1-2 Вакцинация	02.11.23	0,5	013210033A	ж	ж	

Басқа жұқпалы ауруларға карсы еске (Прививка против других инфекций) ГРВ

	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	
Егу Вакцинация	07.06.24	07.06.24	0,5	СХ4430	превексаріс	ж	ж	
Кайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) тастырылады.

Қызыл (аудитивті) тоқсан келсе қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

Карта қолданыстағы деректеріне-профилактикалық ұйымда (ФАП) при входе ребенка на учет.

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

Карта остается в организации.