

Приложение к прик
Министр здравоохранения
Республики Казахс
от 19 декабря 2023 года №



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

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Махматулы Мария

ИИН

Дата рождения 23.08.2022

Пол Муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Адрес: Батыс-2 дом 4Дя.п.1, 8(7132) 45-69-19

Сведения о законных представителях: 87756937484

Тата - Татабеков Махмат - отр-внское
муж - М.

Тата - Татабекова Тас отр-внское муж - М.

Поликлиника прикрепления ТОО Мир Женщины

Группа крови Резус-фактор 45-69-19

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



Этапный эпикриз

Ребенок от 4 беременности. Вес при
рождении 3275 рост 53.

Рос и развивался по возрасту. Осмотрен
узкими специалистами. Привит по

календарю. На «Д» учете не состоит.

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая,

зев спокоен. Периферические лимфоузлы не

увеличены. В легких везикулярное дыхание.

Тоны сердца ясные. ритмичные. Живот мягкий,

Безболезненный. Сон и аппетит не нарушен.

Стул и диурез в норме. Эпид окружение чистое.

Группа здоровья «Д» I гр *

Диагноз: Здоров(а)

Вр: Оразалина О.Ж



Уточнить
месяц



Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выд: 23.11.2022
Учреждения атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "Мир Женщины"

1. ЖСН/ИНН: 221123552062

2. Пациенттің теңі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): МАҚСАТҒҰЛЫ МАРПЕН

3. Туған күні (Дата рождения): 23.11.2022

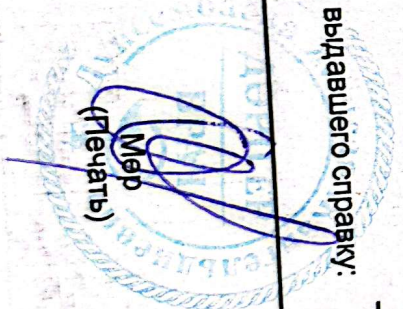
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: КАЗАХСТАН, АКТЮБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ, БАТЫС-2, ДОМ: 16А/1

5. Медицинское заключение:
ЭПИД ОРҚУЖЕНІЕ ЧИСТОЕ
КАП НА ЯГ-ОТРИЦАТЕЛЬНО ОТ 09.06.2025

6. Рекомендации (при необходимости):

24565

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



профилактических прививок

20^{го} года «10» нояб ВЗЯТ НА УЧЕТ

Для организованных детей наименование детского учреждения МБОУ "Школа-интернат"

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Саврасов Павел

2. Дата рождения 23.11.2022

3. ИИН (индивидуальный идентификационный номер) _____ 8770700000

4. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица Радне _____

5. Дом 169 корпус 2 квартира 70

Отметки о перемене адреса: № 75. 693 7464.

Туберкулезные пробы

Туберкулезные пробы		Дата рождения	Дата	Дозы	Серия	Медицинский отвод
Дата	Результат					(дата, причина)
	Вакцинация	23.11.22	25.11.22	0,05	20371C1009B	1102-1024 4 мм
	Ревакцинация					1102-1024 4 мм

Name _____

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
3.11.88	26.03.83	0,5	V3C741 ~ WNB		M6	15.05.04.84	GDA 511	2 км
3.11.88	26.03.83	0,5	V3C741 ~ WNB		M6	15.05.04.84	GDA 511	2 км
3.11.88	26.03.83	0,5	V3C741 ~ WNB		M6	15.05.04.84	GDA 511	2 км

Прививка против, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	23.11.22	23.01.23	0,5	У9Е741	У9БДС + У1УБ ^а	У1УБ	У1УБ	
	23.11.22	24.01.23	0,5	У0В892	У1КВС + У1УБ + У1УБ	У1УБ	У1УБ	
	23.11.22	25.05.23	0,5	У3С411	У1КВДС + У1УБ ^а	У1УБ	У1УБ	
Севакцинация	23.11.22	26.04.24	0,5	У0А371	У1КВДС + У1УБ + У1УБ ^а	У1УБ	У1УБ	

*Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	23.11.22	23.11.22	0,5	20004	ВГ, ВЧ	н/б	н/б	-
	23.11.22	24.11.23	0,5	У3С741	АПКРС + КДБ + ВГ + ВЧ	н/б	н/б	-
	23.11.22	26.03.23	0,5	У3С741	АПКРС + КДБ + ВГ + ВЧ	н/б	н/б	-
Ревакцинация								
	23.11.22	25.11.24	0,5	АВ 2023	ВГА	н/б	н/б	-
	23.11.22	26.11.25	0,5	АВ 2023093	ВГВ	н/б	н/б	-

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
23.11.22	24.11.23	0,5	0133N039B	н/б	н/б	-
						-
						-

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
23.11.22	24.11.23	0,5	0133N039B	н/б	н/б	-
						-
						-

Прививка против других инфекций

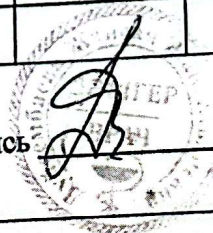
	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	23.11.22	23.01.23	0,5	G X 9630	МДВ1	н/б	н/б	-
Ревакцинация	23.11.22	26.05.23	0,5	G X 9430	МДВ2	н/б	н/б	-
								-
								-
								-



Дата снятия с учета _____

Причина _____

Подпись _____



Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет