

«№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 Аманжол Айтбай
Айсұлтан уыры
Национальность _____ Дата рождения 09.06.22
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) 2 Актобе
Ботпе и 175А - 115кв
Ф.И.О.год рождения матери/законного представителя Али Умет
Место работы матери/ законного представителя 2018
Телефон матери/ законного представителя 8775 425 5036
Ф.И.О. год рождения отца Аманжол А.А.
Место работы отца Центр трудовой мобилизации
Телефоны отца 8771 599 3669
законных представителей _____
Поликлиника прикрепления 2024
Группа крови _____ Резус - фактор _____
Инвалидность (да/нет) нет группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное

ЭПИКРИЗ

Ребенок от 1, беременности, от 1 родов.

Родился(ась) с весом 31200 кг, ростом 51 см.

Растет и развивается соответственно возрасту.

Привит по календарю.

Контакт с tbs – отрицает.

На «Д» учете не состоит

Наследственность не отягощена.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное.

Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Кожные покровы чистые, обычной окраски.

В легких везикулярное дыхание . хрипов нет.

Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий,

Безболезненный. Стул и диурез в норме.

*Вруч
направляется
по Сареинбаева А.А.
000625*



D/S;

Гр.здр

НПР

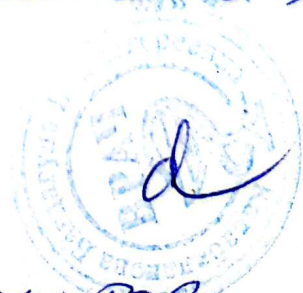
ФР

здоров

1

1

версия 1



Эту окружение не



«№4 қапалық емхана»
мемлекеттік
кеңес алушы кәсіпорыны
Сыртқы 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 на диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи: 06.06.22
Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на праве
хозяйственного ведения Государственного учреждения здравоохранения Актобинской области

1. ЖСН/ИН:

2. Пациенттің тең, аты, екеісінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента):

АМАНЖЕЛДІ АЙЫБІ АЙСҰПТАНҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 09.06.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, МИКРОРАЙОН: Батыс 2, ДОМ: 17А

5. Медицинское заключение:
здоров

6. Рекомендации (при необходимости):
эпид окружение чистое

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

242583

1. Тері, ата, әкесінің аты (Фамилия, иімі, отчество) Therence As Becki
2. Туған күні (Дата рождения) 03.06.2022 3. ЖСН (Индивидуальный идентификационный номер)

Мекенжайы ауылқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез сынамалары		Тип вакцинация	Туған жылы Дата рождения	Күнi Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық кайшылықтар (күнi, себепi), Медицинский отво, (дата, причина)
Туберкулезге пробы күнi Дата	Нәтижесi результат						
			09.08.24	11.06.22	005	0371	к.к. Ч.ш.ш.

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V ₁	29.10.22	05C.V38021	445	14.7.50	15.5.23 de	1802.1932	445	
V ₂	30.05.23	05W08 261	445	8.3m.	10.06.15	90C4342		
V ₃	26.09.23	05.V3.T 34	445	..				

Түрүн жылы	Күнү Дата	Дозасы Доза	Сериксы Серия	Препараттын аты Наименование препарата	Енгизе дене реакциясы		Медициналык кайгы-лыктуу (күнү, себеб) Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т°)	Местная	
14	21.10.22	0,5	11380211	сдвигается влево +1875,2	145	145	
16	30.05.22	0,5	110445814	сдвигается влево	145	145	
13	26.09.23	0,5	13154	сдвигается влево +1875,2	145	145	
13.3м	10.06.28	400мг	14-0,5	АТРОПИН			

Вирусні гепатити: карси өкпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күнi Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (T*)	Местная	
14	09.06.22	0,5	82087	Вакцинация против гепатита В	УС	УС	
15	21.8.22	0,5	1408664	Вакцинация против гепатита В	УС	УС	
16	26.12.23	0,5	134537	Вакцинация против гепатита В	УС	УС	
17	04.12.24	0,5	802309443	Вакцинация против гепатита В	УС	УС	
18	10.06.25	0,5	80104405022	Вакцинация против гепатита В	УС	УС	

Паротитке карсы өкпе Прививка против паротита

Күнi Дата	Доза	Серия	Екігере дене реакциясы Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
			Общая (T*)	Местная	
16.08.23	0,5	013410024	УС	УС	

Қызылшаға карсы өкпе

Туған жылы Дата рождения	Күнi Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (T*)	Местная	
16.08.23	0,5	013410024	УС	УС	УС	

Прививка против кори Басқа жұқпалы ауруларға карсы өкпе (Прививка против других инфекций)

Басқа жұқпалы ауруларға карсы өкпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинация	Туған жылы Дата рождения	Күнi Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
							Общая (T*)	Местная	
		14	01.10.22	0,5	FN1506	Миктекор-13	УС	УС	
		15	30.05.23	0,5	1642168	Миктекор-13	УС	УС	
		16	16.08.23	0,5	2116	Миктекор-13	УС	УС	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)