

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

2

Приложение к пр
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Молтаев Қарашуқов

ИИН 221006533 778

Дата рождения 06.10.2022

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Батыс 2 16 97-33

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ГПНЧ

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) нет

Диагноз (код МКБ-10)* Z00.0

Дата взятия на диспансерный учет не состоит

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

«№4 калалык емхана» мемлекеттік қалалық коммуналдық кәсіпорыны
 Амбулаториясы - Батыс дәрігерлік амбулаториясы

Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст

Дата обследования	28 05 2025
Рост	97 см
Вес	14 402,0
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Группа здоровья	группа 1
Медицинская санятий физической культуры	основное
Рекомендации	здоров

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК) *

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК
—	—	—
—	—	—

* при наличии



«№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 На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 28.05.2025г

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

1. ЖСН/ИИН:

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациент Жолтай Қажымұқан Дата рождения 06.10.2022 г

3. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе ,Батыс 16а корп 1 кв 33

4. Медицинское заключение:

Здоров.Эпид.обстановка не опасна

5. Рекомендации (при необходимости) посещать может детский сад

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

Темірбулатова С.Т.

1836-1



Казахстан

Ұйымның атауы

Наименование организации Г.К.П. "Городская поликлиника №4" на НХВ Г.П. У.А.К.А.Т.О.Б.И.Н.С.К.А.Я. области мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны

Оңтүстік - Батыс дәрігерлік амбулаториясы

"Профилактикалық екіпелердің картасы"
№065/е нысан

Бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 065/у
утверждена приказом исполняющего обязанности
министра здравоохранения Республики Казахстан от
октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

20 жылғы (года) « » есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)

2. Туған күні (Дата рождения) 06.10.2008 3. ЖСН (Индивидуальный идентификационный номер)

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛЗНАЧ:

Актобе

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіпел

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский о (дата, причи
күні дата	нәтижесі результат						
			06.10.2008	10.2020	305	037	1-ші - пар 2-ші - ие 3-ші - ие 4-ші - ие 5-ші - ие

Полиомиелитке қарсы екіпел

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіпел

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпелге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Меди отвод (дата, причин
					Общая (Г*)	Местная	

Вирусті гепатитке қарсы екпе Пр. ивкка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т*)	Местная	
09.06.02	22.05.2000	0,5	20004	губаас	нб	нб	

Паротитке қарсы екпе Пр. ивкка против паротита

Күні Дата	Доза	Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
			Общая (Т*)	Местная	
11.09.01 - 16.07.24	0,5	0133N058A	нб	нб	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
11.09.01	16.07.24	0,5	0133N058A	нб	нб	

Прививка против кори Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
							Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
		11.09.01	16.07.24	0,5	HP7361	превенар13	нб	нб	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорны
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 На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 28.05.2025г

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

1. ЖСН/ИИ

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациент Жолтай Қажымұқан Дата рождения 06.10.2022 г

3. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актобинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе ,Батыс 16а корп 1 кв 33

4. Медицинское заключение:

Здоров.Эпид.подлежит учету

5. Рекомендации (при необходимости) посещать может детский сад

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

Темірбулатова Г.Т.

1836-1

