

Форма № 052-2/у «Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Ключова Айсана Иуртмисовна

ИНН

Дата рождения 19.03.2022.

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Алматы Арда 117. кв 116.

Сведения о законных представителях:

мама Ключова Айжан

папа Ключов Иуртас

Поликлиника прикрепления

БЗ Дондуков

Группа крови

Резус-фактор

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

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступле- ния	Характеристика организаций		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Дошкольная организация		Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
	я	я	я	я	я	я

Medical
center
«Univer»

Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі
«BZ Холдинг»
Товарищество с ограниченной
ответственностью
БСН/БИН 191240008913

Эпикриз

Ребенок от 12 беременности, от 12 родов.

Родился(лась) с весом 3,200 кг, ростом 58 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит БЦЖ Контакт с tbs – отрицает.

На «Д» учёте не состоит

Наследственность не отягощена.

Из перенесенных заболеваний : ОРЗ

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски.

Зев спокоен . Периферические лимфоузлы не увеличены.

В легких везикулярное дыхание , хрипов нет.

Сердечные тоны ясные,

Ритмичные.

Живот мягкий , безболезненный.

Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров(а) +

НПР 1 уровень

ФР- нормосомия

Группа здоровья: 2А

Школу, Детсад посещать может

Врач:

Ришимова, А. Ю.





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 05.11.25

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "BZ Холдинг"

1. ЖСН/ИИН: _____

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): КЛЮМОВА АЙСАНА НУРЛАНҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 19.03.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, МИКРОРАЙОН: Батыс 2, ДОМ: 11Л

5. Медицинское заключение:

Здорова Эпид окружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

ЗОЖ

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

ЖЕҢІСҚЫЗЫ АСЫЛАЙЫМ

250399



Handwritten signature

Профилактикалық екепелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 22 года " 11 " 08 взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Алимова Асияна

2. Дата рождения 19.03.22г. Исраилов

3. Индивидуальный идентификационный номер

4. Домашний адрес: населенный пункт Б-2 улица

Дом 125 корпус 1 квартира 14

Отметки о перемене адреса

Теле 874787543014 Айтман
Б-2 поселок 11 и в 116

Туберкулез ауруына екеп
Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы				Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
Дата	Результат			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	
				19.03.22	25.03.22	0,05	03790009	1 шее - 12.02.20
								3 шее - 14.02.20
								6 шее - 30.04.20
								12 шее - 04.05.20

Полиомиелитке карсы екеп
Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст

Кул, көкжетел, сіреспеге карсы
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

Дата рождения	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	

*Препарат обозначать буквами: АКДС - адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС - адсорбированный

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
11.18.02.25	05	013310058				

06.11.20

Паротитке карсы екпе
Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
11.18.02.25	05	013310058				

Кызылша аурууна карсы екпе
Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
11.18.02.25	05	013310058				

Баска жукпалы ауруларга карсы екпе
Прививка против других инфекций

Дата снятия с учета) _____

Подпись _____

Причина _____

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