

Эпикриз

Ребенок от IV беременности. от IV срочных родов.
Вес 3,400. рост 52 Рос(ла) и развиваль(лся) соответствен
но возрасту. Прививки по календарю(по индивидуальному
графику) Инфекционными заболеваниями болел (не болел)

На Д учете состоит (не состоит)

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Зев спокоен.

Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы
не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов
нет. Соч-тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, без
болезненный. Стул и диурез в норме.

Д/з- Здоров.

Гр.зд- I

Ф.р.-- Оси

Ф.гр.-- Оси

НПР- Информация

Школу посещать может Вр:

Дале
Зарина
Муксан



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорны
Оңтүстік - Батыс медициналық
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 02.06.2025

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

1. ЖСН/ИН:

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

САҒЫНҒАЛИ АЙБАР ЕРНАРҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 01.12.2022

4. Мекенжайы (Адрес):

РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актыбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: Хазирет , ДОМ: 48

5. Медицинское заключение:

Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое.

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

ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА

119056



профилактических прививок

2022 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) Сыңызов Асқар

2. Туган күні (Дата рождения) 01.11.2022

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес; населенный пункт) Мой. Хасрет - 4
көшесі (улица) _____ үй(дом) _____ корпус _____ пәтер _____

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіне / Призывный профиль туберкулеза

Туберкулез сынамалары		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медицина (кү) Медицин (дата)
Туберкулезные пробы	күні дата					
			03.11.22	0,05	037H	10
						3a

Полиомиелитке қарсы еке /Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст
✓ 1950.07.23	850723	U3N246V	14	21.12.23	2K-132	
✓ 1941.09.23	01.09.23	W0A961M	14	19.11.24	Y0A511M	
✓ 1902.11.23	02.11.23	13E501V				

Құл, көкжөтел, сіңіспеге қарсы еспе / Прививка против дифтерии, коклюша, стол

Вакцинация	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы. Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген Мену
1-ші	19.08.2005	05.07.23	0,5	VZN264	АБООСННВТННН	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген Мену
2-ші	19.08.2005	01.09.23	0,5	VZN264	АБООСННВТННН	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген Мену
3-ші	19.08.2005	02.11.23	0,5	VZN264	АБООСННВТННН	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген Мену
Қайта егу Ревакцинация	19.08.2005	19.08.24	0,5	VZN264	АБООСННВТННН	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген Мену

* Препарат обозначенный буквенными буквами: АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусгі гепатитке карсы екпе / Прививка против вирусного гепатита В

Туған жылы Дата рож- дения	Туған жылы Дата ро- ждения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттын атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медичин- ский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		21.12.22	0,5	0542	ИЗВ	ИЗВ	ИЗВ	
		05.07.23	0,5	031-046	Вакцинация	ИЗВ	ИЗВ	
	13 Нас	02.11.23	0,5	13ЕВ011	АБВЕНЕБ+ИЗВ	ИЗВ	ИЗВ	
					ИЗВ			
Қайта егу Ревакцина- ция		21.01.25	0,5	021309013	ИЗВ			
	14 Нас	21.12.23						

Паротитке карсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рож- дения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
11.12	21.12.23	0,5	013310378	ИЗВ	ИЗВ	

Қызылшаға карсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рож- дения	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	
11.12	21.12.23	0,5	013310378			

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екпе (Прививка против других инфекций) ПҚЗ

	Туған жылы Дата ро- ждения	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		21.12.23	0,5	021309013	ИЗВ	ИЗВ	ИЗВ	
Қайта егу Ревакци- нация		02.11.23	0,5	СН6087	ИЗВ	ИЗВ	ИЗВ	

Қолы (Подпись)

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Себебі (Причина) _____ Қолы (Подпись) _____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады.

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтамалар беріледі.

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтамалар беріледі.

Қарта ұйымда қалады.

Қарта заңонымен в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при азатин ребенка на учет.

Қарта заңонымен в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при азатин ребенка на учет.

Қарта заңонымен в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при азатин ребенка на учет.

Қарта заңонымен в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при азатин ребенка на учет.

Қарта заңонымен в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при азатин ребенка на учет.

Қарта заңонымен в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при азатин ребенка на учет.