

Акционерное
Р. Н. К. К. К.
наименование
фирмы

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

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Аскар Назаров

Национальность Казах Дата рождения 09.07.2022

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Юго-запад 1

ул. Таб.матова 200

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Душматбай Каримов

Место работы матери/законного представителя ЖК

Телефон матери/законного представителя 87082784527

Ф.И.О. год рождения отца Бирмагамбетов Сапар

Место работы отца АТБ Ауыл 1 - управлений инноваций

Телефоны отца 87083591391

законных представителей _____

Поликлиника прикрепления ТОО «Асыл мед»

Группа крови _____ Резус - фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

Мес, год вступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное

Эпикриз

от *II* беременности *II* родов. Родился с весом *3800* рост *58 см*,
ил сразу. Беременность протекала нормально. Растет и развивается соответственно возрасту
ственность не отягощена. Аллергоанамнез без особенностей.

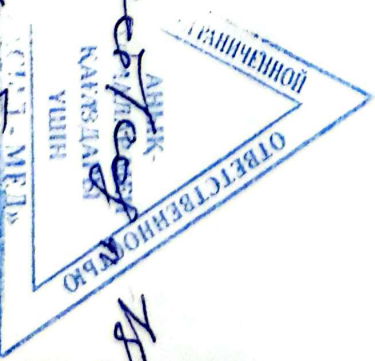
ты риска-1 Состоит на «Д» не состоит. Перенесенные заболеваниях - ОРЗ, в *2019 г.*
мотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые,
ой окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярн
ие. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка н
чены. Физиологическое отправление в норме.

По возрасту

По возрасту

Здоров

группа



Ұйымның атауы

Наименование организации

Т.О.О «Асорт-сер»

Жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген
№ 065/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 065/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

КАРТА

профилактических прививок

20 22 года " " "

взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Исраф Жолдас

2. Дата рождения 09.07.2022

3. Индивидуальный идентификационный номер

4. Домашний адрес: населенный пункт улица с/к Сейсемин 1 үй 206

Дом 107 даят Табыл 20

корпус

квартира 8708 27845-27

Отметки о перемене адрес

8708 3551381-2 жес

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		вакцинация	09.07.22	11.07.22	0,05	0371 6009	1 мес. Пож. бл. не рождал 3 мес. учета не рождал
		ревакцинация					

Прививка против полиомелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V ₁	18/III/24	581V						
V ₂	2/IV/24	481M						
V ₃	2/IX/24	X3C461C						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V ₁	18/III/24	0,5	581V	геркс	н	н	
	V ₂	2/IV/24	0,5	481M	нест	н	н	
	V ₃	2/IX/24	0,5	X3C461C	геркс	н	н	
Ревакцинация								

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	09.07.22	09.07.22	0,5	20004	ВТВ	нб	нб	
	V ₂	18/11/24	0,5	5811	Цеска	нб	н	
	V ₃	2/12/24	0,5	X3c461v	Цеска	нб	н	
Ревакцинация			18/12					
	V ₁	2/12/24	0,5	802302013	ВТН	нб	н	
	V ₂	21/5/25	0,5	202302013	ЛРА	нб	н	

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V ₁ 5.11	24/11/23	0,5	0133203815	нб	н	

Прививка против кори + краснуха

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V	24/11/23	0,5	0133203815	нб	нб	н.н.н

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку	
						Общая (Т*)	Местная
Вакцинация	V ₁ 5.11	24/11/23	0,5	016082	превекс	нб	н
	V ₂	21/12/24	0,5	019430	превекс	нб	н

Подпись



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 27.05.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "Асыл-Мед"

КСН/ИИН

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

АСҚАР КӨЗАЙЫМ САЛАМАТҚЫЗЫ

Туған күні (Дата рождения): 09.07.2022

Мекенжайы (Адрес):

РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актыбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Благодарный , А. Нокин , МАССИВ: АСХК, ДОМ: дом№1

Медицинское заключение:

Диагноз: Здоров.

Рекомендации (при необходимости):

д. окружение чистое.

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

АБАСОВА АЙСАУЛЕ МАРАЛОВНА

198086



Мөр
(Печать)

