

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Ахметжанов Макарбеков

ИИ

Дата рождения 01.07.2023

Пол Мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Ахметжанов 179-7

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления

Группа крови

Инвалидность (да/нет)

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 поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорыны
Оңтүстік 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 № КР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 02.06.2026

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

1. JCHM

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

3. Туган куні (Дата рождения): 01.09.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: КАЗАХСТАН . ОБЛАСТЬ: АКТЮБИНСКАЯ . ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе . МИКРОРАЙОН: Батыс 2 . ДОМ: 17А . КВАРТИРА: 7

5. МЕДИЦИНСКО ИНТЕРЕСНО

Контакт с инфекцией или болезнью отрицает. Эпид. окружение чистое.

6. Рекомендации (при необходимости):

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

ТЕМЪРБУРАТОВА ГАУХАР ТАП АТБЕНА

119056

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің
Министрлігіне заңнамалық актілерімен
Қазақстан

Удмурт Республикасы
Исполнительный орган
Государственного
управления №4 на ПХВ ГУ УЗ Автономной
области

«№4» ақпараттық өкілетті
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорны
«О» түрлі бағыттардағы
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің мемлекеттік атқарушылық 2020 жылғы "30"
сәуірімен № КР ДСМ-175/2020 бұйрығымен
бекітілген № 065/е нысанлы медициналық құжаттың

Медицинская документация форма № 065/у
утверждена приказом исполнительного органа
Министрства здравоохранения Республики Казахстан от
"30" октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020

"Профилактические инъекции картасы"
№065/е нысан

2023 жылғы (жыл) 8 12 сәуірі алынды (өзіне на учет)

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

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

2. Туған күні (Дата рождения) 1 12 2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) 2 Ақтобе
көшесі (улицы) Толмашев үй(дом) 17 корпус пәтер(квартира) 2

Мекенжайы ауылдың туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8402 126 85 36

Туберкулез ауруына қарсы екіне / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезге проб			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылық (еңі, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
сүні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	<u>84</u>	<u>3 12 23</u>	<u>0,05</u>	<u>0871</u>	<u>1 мес. по 4.6</u>
		қайта егу ревакцинация					<u>3 мес. по 4.6</u>
							<u>6 мес. по 4.6</u>
							<u>12 мес. по 4.6</u>

Полиомиелитке қарсы екіне / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата
<u>11.02.24</u>	<u>11.02.24</u>	<u>13.11.11V</u>	<u>11.02.24</u>	<u>11.02.24</u>	<u>40.11.11V</u>	<u>11.02.24</u>	<u>11.02.24</u>
<u>13.04.24</u>	<u>13.04.24</u>	<u>40.11.11V</u>	<u>13.04.24</u>	<u>13.04.24</u>	<u>40.11.11V</u>	<u>13.04.24</u>	<u>13.04.24</u>
<u>19.05.24</u>	<u>19.05.24</u>	<u>40.11.11V</u>	<u>19.05.24</u>	<u>19.05.24</u>	<u>40.11.11V</u>	<u>19.05.24</u>	<u>19.05.24</u>

Құл, коклюш, сіреспеге қарсы екіне / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атқарушы назначения препарата	Екіне дене реакциясы Реакция на прививку		М на Мс
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілетін жерде Местная	
1. егу вакцинация	<u>11.02.24</u>	<u>11.02.24</u>	<u>0,5</u>	<u>13.11.11V</u>	<u>АДТЭС+КБ</u>	<u>11.02.24</u>	<u>11.02.24</u>	
	<u>13.04.24</u>	<u>13.04.24</u>	<u>0,5</u>	<u>40.11.11V</u>	<u>АДТЭС+КБ+В</u>	<u>13.04.24</u>	<u>13.04.24</u>	
	<u>19.05.24</u>	<u>19.05.24</u>	<u>0,5</u>	<u>40.11.11V</u>	<u>АДТЭС+КБ+В</u>	<u>19.05.24</u>	<u>19.05.24</u>	
Қайта егу Ревакцинация	<u>11.02.24</u>	<u>11.02.24</u>	<u>0,5</u>	<u>40.11.11V</u>	<u>АДТЭС+КБ+В</u>	<u>11.02.24</u>	<u>11.02.24</u>	

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

I. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Жиддурик Аманжол Нурланов

ИНН 1111

Дата рождения 12.11.2012

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

пос. Карагет, Ж. Маманова 16

Сведения о законных представителях:

85028421115 - анаев

87028421510 - пале

Поликлиника прикрепления МНЧ 53-46-93

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа 1

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 поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная





«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммунальдық кәсіпорны
Оңтүстік - Батыс дәрігерлік
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нұсқасы 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 03.06.2026

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

1. ЖСН/ИИ

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

3. Туған күні (Дата рождения): 15.01.2023

4. Мекенжайы (Адрес) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: Маманова, ДОМ:

5. Медицинское заключение

6. Рекомендации (при необходимости):

Знак-оружие чистое:

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

ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА

119056



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысаны медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ГКО "Городская поликлиника №4" на ПХБ ГУ УЗ Акмолинской области коммунальдік кәсіпорны Оңтүстік - Батыс дергерлік амбулаториясы	Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық екіпелердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

2020 жылғы (год) 10-көрсеткіші алынды (көзге на үрей)
 наименование детского учреждения)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей)

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

2. Туған күні (Дата рождения) 15.1.2023 3. ЖСН (ИНН) 230115551941

4. Мененжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақмолинская, ГОРОД ОБЛ. ЦЕНТРА: Ақтобе

Мененжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 88028421571

Туберкулез ауруына қарсы екіпелік Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
				16.1.23	0,05	0341	12.10.23 4.41

Полиомиелитке қарсы екіпелік

Прививка против полиомиелита

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V1	18.07.23	05 V32046V						
V2	14.08.23	05 V40A96IV						
V3	03.10.23	03E 50IV						

Құл, көкөңдетел, сіреспеге қарсы екіпелік Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екіпелік дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т*)	Егілген жерде	
V1	18.07.23	0,5 V62008	15 KPA - 1 KPA	10 KPA - 1 KPA	10	10	
V2	14.08.23	0,5 V40A96IV	15 KPA - 1 KPA	10 KPA - 1 KPA	10	10	
V3	03.10.23	0,5 V1600	15 KPA - 1 KPA	10 KPA - 1 KPA	10	10	

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Всеукраїнська Асоціація

ИИН.

Дата рождения 23 03 2025

Пол русский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Account Open 17th 9.

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ГПЧ филиал 103205

Группа крови	Резус-фактор
--------------	--------------

Инвалидность (да/нет) нет группа

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

Диагноз (код МКБ- 10)* Z000

Дата взятия на диспансерный учет не состоит

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорыны
Оңтүстік 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 15.06.2026

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

1. ЖСН/ИИН: _____
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЕСЕНҚЫЗЫ АЯГӨЗ
3. Тұған күні (Дата рождения): 23.03.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, МИКРОРАЙОН: Батыс 2, ДОМ: 17А, КВАРТИРА: 9
5. Медицинское заключение:
Здорова
6. Рекомендации (при необходимости):
Эпид. окружение чистое.
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку
ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА

119056

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Александр

ИНН 1501

Дата рождения 2023

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Кемерово

Сведения о законных представителях: Дермогенов

Поликлиника прикрепления Кемерово

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) нет группа нет

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

Диагноз (код МКБ-10)* нет

Дата взятия на диспансерный учет нет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

[illegible]



Қазақстан Республикасының
Сәуіт-Сәуіт
Мемлекеттік
Әкімшілік
Батис дерікарлік
Амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/а
нұсқасы 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 08.07.2026

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

1. ЖСН/ИИН: _____
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АМИРАЛИЕВ АХМАД АЗАМАТҰЛЫ
3. Тұған күні (Дата рождения): 15.11.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ЖІЛІЙ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: Даркаченко, ДОМ: 3
5. Медицинское заключение:
Здоров
6. Рекомендации (при необходимости):
Эпид окружения чистое.
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА 119056



Мөр
(Печать)



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрлігі
Мемлекеттік администрация Республикасы
Денсаулық сақтау

Ұлтымен аяққа
Тыңғыздандыру орталығы ГХД "Түркістан
қаласына №4" на ГХД ГУ УЗ Ақмола облысы
Ақмола

«№4 қалалық балалар
мемлекеттік
коммуналық кәсіпорны»
Оңтүстік Қазақстан облысы
Ақмола қаласы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрлігінің мемлекеттік атқарушылық 2025 жылғы "30"
қаңтардағы № ҚР ДСМ-175/2025 бұйрығымен
белгіленген № 0619 нысанға медициналық құжаттар

Медициналық документация формасы № 0619
утверждена приказом исполнительного областного
Министра здравоохранения Республики Казахстан от
"30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

"Профилактикалық емделерін картасы"
№0619 нысан

2023 жылғы (жол) « » есепке алынды (алып на учет)

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

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

2. Туған күні (Дата рождения) 15. XI. 2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Постоянный адрес: населенный пункт) Держкомхозно - 3
адресі (улица) 87782709589 үй(дом) корпус пәтер(квартира)

Мекенжайы ауысым туралы белгілер (Отметки о перемещении адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезный проб			Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылық (күні, себебі) Медицинский отказ (дата, причина)
күн дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация		19.XI.23	0.05	0372	1 мек - м.
		қайта егу ревакцинация					3 мек - м. 6 мек - м. 12 - мек

Полиомиелитке қарсы екпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күн Дата
19	18.07.26	4301294					

Құл, коккиотел, сіреспеге қарсы екпе / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіне де реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная
Егу Вакцинация	19	08.07.26	0.5	4301294	Вакцинация		
Қайта егу							

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Оразжан Рахсан Д
ИНН _____
Дата рождения 09.09.2023
Пол муж
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Батыс 2 ААК. 7 кв
Сведения о законных представителях:

Полниклиника прикрепления ПНЧ
Группа крови _____ Резус-фактор _____
Инвалидность (да/нет) нет группа _____
Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) не состоит
Диагноз (код МКБ-10)* Z00.0
Дата взятия на диспансерный учет нет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная



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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қыркүйектегі № ҚР ДСМ-175-2020 бұйрығымен бекітілген № 027-н
нұсқасы медициналық құжат

Медицинский документационный 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: _____

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

1. ЖСНБИН: 230909551809

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

ОРАЗҚАН РАХЫМБЕК ДӘУРЕНҰЛЫ

3. Туган күні (Дата рождения): 09.09.2023

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

5. Медицинское заключение:

Контакт с инфекционными больными отрицает. Эпид. окружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

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

ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА



Мер

«Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ГКП "Городская поликлиника №4" на ПХЗ ГУ УЗ Актобинской области	Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық енгізелердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

20 23 жылы (года) 11.12 есепте алынды (заят на учет)
 организованных детей наименование детского учреждения)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для

1. Тегі, аты, әнесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Оразган Рухим Рәуешев
 2. Туған күні (Дата рождения) 02.02.2023 3. ЖСН (ИНН) 230909551809

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.:
 Актобе Домаш. 2 179-1-Ж. 1807 17316 02

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы еkle Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
			<u>Ақп</u>	<u>11.12.2023</u>	<u>905</u>	<u>0381</u>	<u>кр. 4 мм</u>

Полиомиелитке қарсы еkle

Прививка против полиомиелита

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

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы еkle Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лық (күні, себебі)
					Жалпы (Т*)	Егілген жерде	

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Сергеев Даниил

ИИН

Дата рождения 15.05.2023.

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Юго Западный ул. Бетрадумен 10

Сведения о законных представителях:

Мама

Папа

Поликлиника прикрепления ГПМЧ Флишман Ю. Запад

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

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99



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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
қысқанды 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 03.06.2026

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

1. ЖСН/ИН: _____
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): СЕРИКОВ ДАНИАЛ ДАСТАНОВИЧ
3. Туған күні (Дата рождения): 15.05.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, УЛИЦА: Абыл Таракулы, ДОМ: 10
5. Медицинское заключение _____
Здоров _____
6. Рекомендации (при необходимости) _____
Эпид. ситуация _____
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ТЕМИРБУЛТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА

119056



Қазақстан Республикасы		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 Бұйрығымен бекітілген № 065/а нысандағы медициналық құжаттама
Денсаулық сақтау министрлігі		
Министерство здравоохранения		
Республика Казахстан		
Қышынның атауы	ата-а қалалық емхана мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны Оң түстік - Батыс дәрігерлік амбулаториясы	Медицинская документация форма № 065/у түвердігіне приваком исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30-го октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020
Наименование организации ГПН "Городская поликлиника №4" на ПХБ ГУ УЗ Актобинской области		

"Профилактикалық ентелердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

2023 жылғы (тода) 10.5. 6 есепке алынды (аят на үнет)
организованный детей наименование детского учреждения)

Усымдақан балалар үшін балалар мененесінің атауы (для

1. Тегі, аты, әнесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Сериков Даша

2. Туған күні (Дата рождения) 15.05.2023 3. ЖСН (ИНН) 130515532429

4. Мекенжайы (ада) мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе Юно Запасае уи Тарауиш 10

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87467560007 - асасов Айсаран
87005002828 - пайае

Туберкулез ауруына қарсы екпе Прививка против туберкулеза

Туберкулез тынамалары Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күн дата	натикесі результат						
			2023	17.05.23	0,05	0371	1.11.2023 2.11.2023 3.11.2023 4.11.2023 5.11.2023 6.11.2023 7.11.2023 8.11.2023 9.11.2023 10.11.2023 11.11.2023 12.11.2023 13.11.2023 14.11.2023 15.11.2023 16.11.2023 17.11.2023 18.11.2023 19.11.2023 20.11.2023 21.11.2023 22.11.2023 23.11.2023 24.11.2023 25.11.2023 26.11.2023 27.11.2023 28.11.2023 29.11.2023 30.11.2023 01.12.2023 02.12.2023 03.12.2023 04.12.2023 05.12.2023 06.12.2023 07.12.2023 08.12.2023 09.12.2023 10.12.2023 11.12.2023 12.12.2023 13.12.2023 14.12.2023 15.12.2023 16.12.2023 17.12.2023 18.12.2023 19.12.2023 20.12.2023 21.12.2023 22.12.2023 23.12.2023 24.12.2023 25.12.2023 26.12.2023 27.12.2023 28.12.2023 29.12.2023 30.12.2023 31.12.2023 01.01.2024 02.01.2024 03.01.2024 04.01.2024 05.01.2024 06.01.2024 07.01.2024 08.01.2024 09.01.2024 10.01.2024 11.01.2024 12.01.2024 13.01.2024 14.01.2024 15.01.2024 16.01.2024 17.01.2024 18.01.2024 19.01.2024 20.01.2024 21.01.2024 22.01.2024 23.01.2024 24.01.2024 25.01.2024 26.01.2024 27.01.2024 28.01.2024 29.01.2024 30.01.2024 31.01.2024 01.02.2024 02.02.2024 03.02.2024 04.02.2024 05.02.2024 06.02.2024 07.02.2024 08.02.2024 09.02.2024 10.02.2024 11.02.2024 12.02.2024 13.02.2024 14.02.2024 15.02.2024 16.02.2024 17.02.2024 18.02.2024 19.02.2024 20.02.2024 21.02.2024 22.02.2024 23.02.2024 24.02.2024 25.02.2024 26.02.2024 27.02.2024 28.02.2024 29.02.2024 01.03.2024 02.03.2024 03.03.2024 04.03.2024 05.03.2024 06.03.2024 07.03.2024 08.03.2024 09.03.2024 10.03.2024 11.03.2024 12.03.2024 13.03.2024 14.03.2024 15.03.2024 16.03.2024 17.03.2024 18.03.2024 19.03.2024 20.03.2024 21.03.2024 22.03.2024 23.03.2024 24.03.2024 25.03.2024 26.03.2024 27.03.2024 28.03.2024 29.03.2024 30.03.2024 31.03.2024 01.04.2024 02.04.2024 03.04.2024 04.04.2024 05.04.2024 06.04.2024 07.04.2024 08.04.2024 09.04.2024 10.04.2024 11.04.2024 12.04.2024 13.04.2024 14.04.2024 15.04.2024 16.04.2024 17.04.2024 18.04.2024 19.04.2024 20.04.2024 21.04.2024 22.04.2024 23.04.2024 24.04.2024 25.04.2024 26.04.2024 27.04.2024 28.04.2024 29.04.2024 30.04.2024 01.05.2024 02.05.2024 03.05.2024 04.05.2024 05.05.2024 06.05.2024 07.05.2024 08.05.2024 09.05.2024 10.05.2024 11.05.2024 12.05.2024 13.05.2024 14.05.2024 15.05.2024 16.05.2024 17.05.2024 18.05.2024 19.05.2024 20.05.2024 21.05.2024 22.05.2024 23.05.2024 24.05.2024 25.05.2024 26.05.2024 27.05.2024 28.05.2024 29.05.2024 30.05.2024 31.05.2024 01.06.2024 02.06.2024 03.06.2024 04.06.2024 05.06.2024 06.06.2024 07.06.2024 08.06.2024 09.06.2024 10.06.2024 11.06.2024 12.06.2024 13.06.2024 14.06.2024 15.06.2024 16.06.2024 17.06.2024 18.06.2024 19.06.2024 20.06.2024 21.06.2024 22.06.2024 23.06.2024 24.06.2024 25.06.2024 26.06.2024 27.06.2024 28.06.2024 29.06.2024 30.06.2024 01.07.2024 02.07.2024 03.07.2024 04.07.2024 05.07.2024 06.07.2024 07.07.2024 08.07.2024 09.07.2024 10.07.2024 11.07.2024 12.07.2024 13.07.2024 14.07.2024 15.07.2024 16.07.2024 17.07.2024 18.07.2024 19.07.2024 20.07.2024 21.07.2024 22.07.2024 23.07.2024 24.07.2024 25.07.2024 26.07.2024 27.07.2024 28.07.2024 29.07.2024 30.07.2024 31.07.2024 01.08.2024 02.08.2024 03.08.2024 04.08.2024 05.08.2024 06.08.2024 07.08.2024 08.08.2024 09.08.2024 10.08.2024 11.08.2024 12.08.2024 13.08.2024 14.08.2024 15.08.2024 16.08.2024 17.08.2024 18.08.2024 19.08.2024 20.08.2024 21.08.2024 22.08.2024 23.08.2024 24.08.2024 25.08.2024 26.08.2024 27.08.2024 28.08.2024 29.08.2024 30.08.2024 31.08.2024 01.09.2024 02.09.2024 03.09.2024 04.09.2024 05.09.2024 06.09.2024 07.09.2024 08.09.2024 09.09.2024 10.09.2024 11.09.2024 12.09.2024 13.09.2024 14.09.2024 15.09.2024 16.09.2024 17.09.2024 18.09.2024 19.09.2024 20.09.2024 21.09.2024 22.09.2024 23.09.2024 24.09.2024 25.09.2024 26.09.2024 27.09.2024 28.09.2024 29.09.2024 30.09.2024 01.10.2024 02.10.2024 03.10.2024 04.10.2024 05.10.2024 06.10.2024 07.10.2024 08.10.2024 09.10.2024 10.10.2024 11.10.2024 12.10.2024 13.10.2024 14.10.2024 15.10.2024 16.10.2024 17.10.2024 18.10.2024 19.10.2024 20.10.2024 21.10.2024 22.10.2024 23.10.2024 24.10.2024 25.10.2024 26.10.2024 27.10.2024 28.10.2024 29.10.2024 30.10.2024 31.10.2024 01.11.2024 02.11.2024 03.11.2024 04.11.2024 05.11.2024 06.11.2024 07.11.2024 08.11.2024 09.11.2024 10.11.2024 11.11.2024 12.11.2024 13.11.2024 14.11.2024 15.11.2024 16.11.2024 17.11.2024 18.11.2024 19.11.2024 20.11.2024 21.11.2024 22.11.2024 23.11.2024 24.11.2024 25.11.2024 26.11.2024 27.11.2024 28.11.2024 29.11.2024 30.11.2024 01.12.2024 02.12.2024 03.12.2024 04.12.2024 05.12.2024 06.12.2024 07.12.2024 08.12.2024 09.12.2024 10.12.2024 11.12.2024 12.12.2024 13.12.2024 14.12.2024 15.12.2024 16.12.2024 17.12.2024 18.12.2024 19.12.2024 20.12.2024 21.12.2024 22.12.2024 23.12.2024 24.12.2024 25.12.2024 26.12.2024 27.12.2024 28.12.2024 29.12.2024 30.12.2024 31.12.2024 01.01.2025 02.01.2025 03.01.2025 04.01.2025 05.01.2025 06.01.2025 07.01.2025 08.01.2025 09.01.2025 10.01.2025 11.01.2025 12.01.2025 13.01.2025 14.01.2025 15.01.2025 16.01.2025 17.01.2025 18.01.2025 19.01.2025 20.01.2025 21.01.2025 22.01.2025 23.01.2025 24.01.2025 25.01.2025 26.01.2025 27.01.2025 28.01.2025 29.01.2025 30.01.2025 31.01.2025 01.02.2025 02.02.2025 03.02.2025 04.02.2025 05.02.2025 06.02.2025 07.02.2025 08.02.2025 09.02.2025 10.02.2025 11.02.2025 12.02.2025 13.02.2025 14.02.2025 15.02.2025 16.02.2025 17.02.2025 18.02.2025 19.02.2025 20.02.2025 21.02.2025 22.02.2025 23.02.2025 24.02.2025 25.02.2025 26.02.2025 27.02.2025 28.02.2025 29.02.2025 01.03.2025 02.03.2025 03.03.2025 04.03.2025 05.03.2025 06.03.2025 07.03.2025 08.03.2025 09.03.2025 10.03.2025 11.03.2025 12.03.2025 13.03.2025 14.03.2025 15.03.2025 16.03.2025 17.03.2025 18.03.2025 19.03.2025 20.03.2025 21.03.2025 22.03.2025 23.03.2025 24.03.2025 25.03.2025 26.03.2025 27.03.2025 28.03.2025 29.03.2025 30.03.2025 31.03.2025 01.04.2025 02.04.2025 03.04.2025 04.04.2025 05.04.2025 06.04.2025 07.04.2025 08.04.2025 09.04.2025 10.04.2025 11.04.2025 12.04.2025 13.04.2025 14.04.2025 15.04.2025 16.04.2025 17.04.2025 18.04.2025 19.04.2025 20.04.2025 21.04.2025 22.04.2025 23.04.2025 24.04.2025 25.04.2025 26.04.2025 27.04.2025 28.04.2025 29.04.2025 30.04.2025 01.05.2025 02.05.2025 03.05.2025 04.05.2025 05.05.2025 06.05.2025 07.05.2025 08.05.2025 09.05.2025 10.05.2025 11.05.2025 12.05.2025 13.05.2025 14.05.2025 15.05.2025 16.05.2025 17.05.2025 18.05.2025 19.05.2025 20.05.2025 21.05.2025 22.05.2025 23.05.2025 24.05.2025 25.05.2025 26.05.2025 27.05.2025 28.05.2025 29.05.2025 30.05.2025 31.05.2025 01.06.2025 02.06.2025 03.06.2025 04.06.2025 05.06.2025 06.06.2025 07.06.2025 08.06.2025 09.06.2025 10.06.2025 11.06.2025 12.06.2025 13.06.2025 14.06.2025 15.06.2025 16.06.2025 17.06.2025 18.06.2025 19.06.2025 20.06.2025 21.06.2025 22.06.2025 23.06.2025 24.06.2025 25.06.2025 26.06.2025 27.06.2025 28.06.2025 29.06.2025 30.06.2025 01.07.2025 02.07.2025 03.07.2025 04.07.2025 05.07.2025 06.07.2025 07.07.2025 08.07.2025 09.07.2025 10.07.2025 11.07.2025 12.07.2025 13.07.2025 14.07.2025 15.07.2025 16.07.2025 17.07.2025 18.07.2025 19.07.2025 20.07.2025 21.07.2025 22.07.2025 23.07.2025 24.07.2025 25.07.2025 26.07.2025 27.07.2025 28.07.2025 29.07.2025 30.07.2025 31.07.2025 01.08.2025 02.08.2025 03.08.2025 04.08.2025 05.08.2025 06.08.2025 07.08.2025 08.08.2025 09.08.2025 10.08.2025 11.08.2025 12.08.2025 13.08.2025 14.08.2025 15.08.2025 16.08.2025 17.08.2025 18.08.2025 19.08.2025 20.08.2025 21.08.2025 22.08.2025 23.08.2025 24.08.2025 25.08.2025 26.08.2025 27.08.2025 28.08.2025 29.08.2025 30.08.2025 31.08.2025 01.09.2025 02.09.2025 03.09.2025 04.09.2025 05.09.2025 06.09.2025 07.09.2025 08.09.2025 09.09.2025 10.09.2025 11.09.2025 12.09.2025 13.09.2025 14.09.2025 15.09.2025 16.09.2025 17.09.2025 18.09.2025 19.09.2025 20.09.2025 21.09.2025 22.09.2025 23.09.2025 24.09.2025 25.09.2025 26.09.2025 27.09.2025 28.09.2025 29.09.2025 30.09.2025 01.10.2025 02.10.2025 03.10.2025 04.10.2025 05.10.2025 06.10.2025 07.10.2025 08.10.2025 09.10.2025 10.10.2025 11.10.2025 12.10.2025 13.10.2025 14.10.2025 15.10.2025 16.10.2025 17.10.2025 18.10.2025 19.10.2025 20.10.2025 21.10.2025 22.10.2025 23.10.2025 24.10.2025 25.10.2025 26.10.2025 27.10.2025 28.10.2025 29.10.2025 30.10.2025 31.10.2025 01.11.2025 02.11.2025 03.11.2025 04.11.2025 05.11.2025 06.11.2025 07.11.2025 08.11.2025 09.11.2025 10.11.2025 11.11.2025 12.11.2025 13.11.2025 14.11.2025 15.11.2025 16.11.2025 17.11.2025 18.11.2025 19.11.2025 20.11.2025 21.11.2025 22.11.2025 23.11.2025 24.11.2025 25.11.2025 26.11.2025 27.11.2025 28.11.2025 29.11.2025 30.11.2025 01.12.2025 02.12.2025 03.12.2025 04.12.2025 05.12.2025 06.12.2025 07.12.2025 08.12.2025 09.12.2025 10.12.2025 11.12.2025 12.12.2025 13.12.2025 14.12.2025 15.12.2025 16.12.2025 17.12.2025 18.12.2025 19.12.2025 20.12.2025 21.12.2025 22.12.2025 23.12.2025 24.12.2025 25.12.2025 26.12.2025 27.12.2025 28.12.2025 29.12.2025 30.12.2025 31.12.2025 01.01.2026 02.01.2026 03.01.2026 04.01.2026 05.01.2026 06.01.2026 07.01.2026 08.01.2026 09.01.2026 10.01.2026 11.01.2026 12.01.2026 13.01.2026 14.01.2026 15.01.2026 16.01.2026 17.01.2026 18.01.2026 19.01.2026 20.01.2026 21.01.2026 22.01.2026 23.01.2026 24.01.2026 25.01.2026 26.01.2026 27.01.2026 28.01.2026 29.01.2026 30.01.2026 31.01.2026 01.02.2026 02.02.2026 03.02.2026 04.02.2026 05.02.2026 06.02.2026 07.02.2026 08.02.2026 09.02.2026 10.02.2026 11.02.2026 12.02.2026 13.02.2026 14.02.2026 15.02.2026 16.02.2026 17.02.2026 18.02.2026 19.02.2026 20.02.2026 21.02.2026 22.02.2026 23.02.2026 24.02.2026 25.02.2026 26.02.2026 27.02.2026 28.02.2026 29.02.2026 01.03.2026 02.03.2026 03.03.2026 04.03.2026 05.03.2026 06.03.2026 07.03.2026 08.03.2026 09.03.2026 10.03.2026 11.03.2026 12.03.2026 13.03.2026 14.03.2026 15.03.2026 16.03.2026 17.03.2026 18.03.2026 19.03.2026 20.03.2026 21.03.2026 22.03.2026 23.03.2026 24.03.2026 25.03.2026 26.03.2026 27.03.2026 28.03.2026 29.03.2026 30.03.2026 31.03.2026 01.04.2026 02.04.2026 03.04.2026 04.04.2026 05.04.2026 06.04.2026 07.04.2026 08.04.2026 09.04.2026 10.04.2026 11.04.2026 12.04.2026 13.04.2026 14.04.2026 15.04.2026 16.04.2026 17.04.2026 18.04.2026 19.04.2026 20.04.2026 21.04.2026 22.04.2026 23.04.2026



№1 қалалық емхана
«Әмлекеттік
малдық кәсіпорны»
«Батыс дәрігерлік
амбулаториясы»

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нұсқасы 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 11.06.2026

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

1. ЖСН/ИИН:

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

САМАТ ХАДИЯ МАҚСАТҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 17.07.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Каргалинский, АУЛ(СЕЛО): Каргалы, УЛИЦА: Геологическая, ДОМ: 19

5. Медицинское заключение

Здорова

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение - чистое.

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

ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА

119056



V BTM 10 25

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Ұйымның атауы
Наименование организации

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының 2020 жылғы «30» қазандағы МҚР
ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанда
медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 065/у утверждена
приказом исполняющего обязанности Министра
здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября
2020 года МҚР ДСМ-175/2020

1435821m.

Профилактикалық екендердің
КАРТАСЫ
КАРТА 32.
профилактических прививок

2023 жылғы (года) 20. VII есепке алынды (введен на учет)

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

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Саидат Тадия Мақсатқызы

2. Туған күні (Дата рождения) 17.07.2023.

3. Мекенжайы: елді мекен (Почтовый адрес: населенный пункт, көшесі (улица) Петропавловск, үй (дом) 18 корпус пәтер(квартира) 10

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Аяқтық Орда 5-91.
87021024884

Туберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

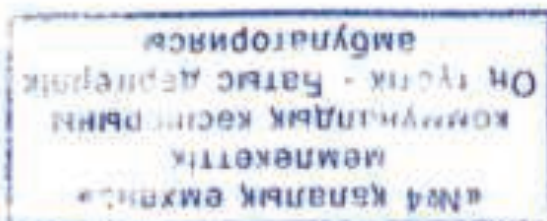
Туберкулез сынықтары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық (күні, себебі) Медицинский отвод (причина)
күні дата	нәтижесі результат					
		егу вакцинация	17.07.23	0,5	ВМ1841V	Белгі-нашарлық
		қайта егу ревакцинация				Белгі-нашарлық

Полноимендікке қарсы екпе/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
17.07.23	11.04.24	VМ1841V	0,5	05.12.24	ВМ23052A	2 жас		
17.07.23	16.05.24	Х0В431M	0,5					
17.07.23	24.10.24	Х3С461V	0,5					

Құл, кокаштел, сіреспеге қарсы екпе/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	17.07.23	11.04.24	0,5	VМ1841V	Секса	105	105	
	17.07.23	16.05.24	0,5	Х0В431M	Пента	105	105	
	17.07.23	24.10.24	0,5	Х3С461V	Секса	105	105	
Қайта егу Ревакцинация								



Приложение к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Нуримов Амир
ИНН _____

Дата рождения 12.08.2022

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) _____

Сведения о законных представителях:

Николаев ул. Шамшиев 36

Поликлиника прикрепления ГПМ

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

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

Диагноз (код МКБ-10)* 200?

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорыны
Оңтүстік - Батыс дерінгерлік
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нұсқанды 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 04.06.2026

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

1. ЖСН/ИН:

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

НУРИМОВ АЛИШЕР БЕКБОЛАТУЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 12.08.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, ДОМ: 1

5. Медицинское заключение:

Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид. окружение отсутствует

7. Фамилия, имя, отчество (полное) (врача) и идентификатор врача, выдавшего справку:

ТЕМИРБУЛТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА

119066



Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года №173

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Саидат Хактөре Трескули
ИИН _____

Дата рождения 09.12.2023

Пол Малыш

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Батыс 2 15А кв 42

Сведения о законных представителях:

М: Абдулова А. С. 06.08.1993
П: Абдулов К. С. 19.02.1987
Т: 87025532929

Поликлиника прикрепления ТДТ ТТНҚ

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



ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕС

«ТТ и К»

ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ

ЦЕНТР СЕМЕЙНОГО МЕДИЦИНЫ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/у нысанны 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 02.06.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью "ТТ и К"

1. ЖСН/ИИН:

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

САМАТ ХАНТӨРЕ ЕРЛАНҰЛЫ

3. Туган күні (Дата рождения): 09.12.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, МИКРОРАЙОН: Батыс 2, ДОМ: 15А

5. Медицинское заключение:

Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

К посещению детского сада допускается

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

ГОРДИЕНКО АЛИНА ВЛАДИМИРОВНА

216547



$$r_{\pm}^* \equiv 1/(2\pi\alpha' \sqrt{1 - 4\pi\alpha' E_{\pm}})$$

20²⁴ жылғы (года) « 09 » февраль есепке алынды (взято на учет)

(для организованных детей наименование детского учреждения) БОО ИСМ ИТТН ИК

2. Туган куні (Дата рождения) 09.12.2013

3. ЖСН(ИИН) 231209552389

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Батыс 2 15А кв.42

көшесі (улица) _____ үй(дом) _____

корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Т: 87025531979

Полномыслитке карсы екпе / Прививка против полиомиелита

Құд, қосжотел,сіріспеге жарсы емте /Принципи против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қауіпсіздік тар Медицинский отдел
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Еріткен жерде Местная	
Бірінші Вакцинация	09.11.83.	29.01.84.	0,5	УЗН-74	«Коклюкс»	н/б	н/б	
Екінші И	09.11.83.	15.04.84.	0,5	ЛОС-476	«Пентаксин»	н/б	н/б	
Үшінші III	09.11.83.	28.08.84.	0,5	РС-46А	«Коронавак»	н/б	н/б	
Қайта біріктіру Ревакцинация								

*Препараттар мына критериймен АХДС — адсорбталған, икемтал — вакцинаны, АДС — адсорбталған дифтерия — сүрегі АДС + М-антитоксин-адсорбталған дифтерия-сүрегі құрамында өткізген Мо/111крі алатын жаңа АД — адсорбталған дифтерия АС — адсорбталған сүрегі К — КЖ-жолға вакцинасы.

*Препарат обозначить буквами: АКДС — инактивированная, адсорбированно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС — адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигена, АД — адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС — адсорбированный столбнячный анатоксин, К — коклюшная вакцина

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Саманжесова Жолжайлы

Дата рождения 02.11.2003

Пол женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного
типа) ул. Махамбетовская 7

Сведения о законных представителях:

Маман

Жолжа

Поликлиника прикрепления ПМЧ Феминской Ю. Занур

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

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

Диагноз (код МКБ-10)* 200.0

Дата взятия на диспансерный учет не состоит

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99



«№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/а
нұсқасында 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: 01.06.2026

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 текі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента):

САҒЫЗГАЛИЕВА КӨЗАЙЫМ ТАРАСҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 02.11.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, УЛИЦА: Байсалбая Жолмырзаева, ДОМ: 7

5. Медициналық

Комитетінің/Функционалының атауы/Имя организации:

6. Медициналық кәсіпорынның атауы/Имя медицинского учреждения:

7. Медициналық кәсіпорынның/Медицинского учреждения/наименование и идентификатор врача, выдавшего справку:

Телефон: 77 32 00 00 00 / 77 32 00 00 00

119056



Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года №173

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Тимур Ахмедов
ИИН

Дата рождения 21.03.2023

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Юно Зотар

ул. Шыкыбатуа 42

Сведения о законных представителях:

87078011235 - мама
87003808037 - папа

Поликлиника прикрепления ПРМ

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

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

Диагноз (код МКБ-10)* Z000

Дата взятия на диспансерный учет не состоит

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99



«№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 О состоянии здоровья

Дата выдачи 02.05.2026

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

1. ЖСН/ИИН:

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

ТЛЕП АҚМӨДИ АБЗАЛҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 21.03.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, УЛИЦА: Ақайұлы Ақтан Батыра, ДОМ: 42

5. Медицинское заключение:

Контакт с инфекционными больными отрицает. Эпид окружение чистое.

6. Рекомендации (по желанию пациента):

7. Фамилия, имя, отчество (полного) инициалы и идентификатор врача, выдавшего справку:

ТЕМИРБУЛДЫНОВА ГАУХАР РАДІГОВНА

119056



Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазанындағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысандағы медициналық құжаттың
Ұлдардың аты Наименование организации ГХП "Городская поликлиника №4" на ПХВ ГУ УЗ Актобинской области	Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық екілемдердің картасы"
№065/е нысан

20. 23 жылғы (таңба) 23 03 жасына кіреді (кім на учёт)
Ұлдардың балалар үшін балалар мекемесінің аты (дәлелденген балалар мекемесінің аты)
1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Тілеп Ахметов
2. Туған күні (Дата рождения) 21.05.2023 3. ЖСН (Индивидуальный идентификационный номер)
4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес, населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД
ОБЛ.ЗНАЧ.:
Актобе: 1010 22парт ул. Айтжанбаева 42
Мекенжайы ауылдық туралы белгілер (Отметки о перемещении адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіп

Туберкулез сынамалары		Түп вакцинация	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
			<u>23.03.24</u>		<u>0.05</u>	<u>0844</u>	<u>2.4 - палч. ш.</u> <u>6.4 - ауыс</u>

Полноценитке қарсы екіп

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
<u>11. Ахмет</u>	<u>09.04.25</u>	<u>У3С461V</u>	<u>15</u>					
<u>12. Ахмет</u>	<u>26.06.25</u>	<u>У08431.4</u>	<u>15</u>					
<u>13. Ахмет</u>	<u>28.07.25</u>	<u>У37473V</u>	<u>15</u>					
<u>14</u>	<u>04.08.25</u>	<u>У04480404</u>	<u>15</u>					

Құл, қолжетел, сіреспеге қарсы екіп

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпте деліе реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т°)	Местная	
<u>1. Ахмет</u>	<u>09.04.25</u>	<u>0.5</u>	<u>У3С461V</u>	<u>АВТОС+КВ+УЛВ+М.Б.</u>	<u>У5</u>	<u>У5</u>	
<u>12. Ахмет</u>	<u>26.06.25</u>	<u>0.5</u>	<u>У08431.4</u>	<u>АВТОС+КВ+УЛВ</u>	<u>У5</u>	<u>У5</u>	
<u>13. Ахмет</u>	<u>28.07.25</u>	<u>0.5</u>	<u>У37473V</u>	<u>АВТОС+КВ+УЛВ+М.Б.</u>	<u>У5</u>	<u>У5</u>	

қалалық емхана
мемлекеттік
алдық кәсіпорыны
ік - Батыс дәрігерлік
мбулаториясы

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

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

I. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Жу. Жанжолма Ахмедов

ИНН 6

Дата рождения 02.12.2023

Пол Женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Батыс 2 16а - 12

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления

ГПМУ

БА

Юго-Запад

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 поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная



«№4 қалалық емхана»
мамлекеттік
коммуналдық кәсіпорыны
Оңтүстік Батыс дәрігерлік
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қаздағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/а
нұсқасы 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 02.06.2026

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

1. ЖСН/ИН:

2. Пациенттің текі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ӘДІЛЕТҚЫЗЫ АЙЗЕЛЬ

3. Тұтан күні (Дата рождения): 23.11.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, МИКРОРАЙОН: Батыс 2, ДОМ: 18А

5. Медицинское заключение

Контакт с инфекционными больными отрицает. Эпид. окружение чистое.

6. Рекомендации (при необходимости)

7. Семейтік, ин. (төст.) (при необходимости) и идентификатор врача, выдавшего справку:

ТЕМИРБУЛАҚА ҚАЖАҚАТОВАРА

110056



V2 RT.1 - 6/11.26
R. MUKHOMBO - 12/11.26

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республика Казахстан Қызылорда облысы Семей қаласы Семей қаласының әкімдігі Семей қаласының медициналық орталығы Семей қаласының №10 ауруханасы Семей қаласының №10 ауруханасының поликлиникасы	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанда медициналық құжаттама
Медициналық құжаттама форма № 065/у утв. приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020	

"Профилактикалық екіпелердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

_____ жылы (год) _____ есіміне алынды (взят на учет) _____
 наименование детского учреждения

Усымдарқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Әбілетқызы Ахметовна
 2. Туған күні (Дата рождения) 23.11.2023 3. ЖСН (ИНН) 251123651538
 4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақмола, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақмола
 Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8445 361 8896

Туберкулез ауруына қарсы екіпелер Препараты против туберкулеза

Туберкулез Сынамалары		Тип вакцинация	Туыптануы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинской от (дата, причина)
күн дата	натіжесі результат						

Полиомиелитке қарсы екіпелер Прививка против полиомиелита

Туған жылы	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күн Дата	Сериясы Серия
V1 1 ж 7 ай	10.08.25	X37473V						
V2 1 ж 11 ай	24.10.25	4064811						
V3 2 ж	12/11/25	X37473V						

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіпелер Препараты против дифтерии, коклюша, столбняка

Туған жылы	Күн	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екіпелерге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күн, себебі)
					Жалпы (Т*)	Егілген жерде	
V1 1 ж 7 ай	10.08.25	0,5	X37473V	АКДС	иә	иә	
V2 1 ж 11 ай	24.10.25	0,5	4064811	АКДС	иә	иә	
V3 2 ж	12/11/25	0,5	X37473V	АКДС	иә	иә	

2

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

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99



Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Ақпараттық кәсіпорыны
Ақпараттық-дәрігерлік
Амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нұсқасы 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 11.07.2026

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

2. ЖСН/ИН:

3. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ДАЛАБАЙ АЙСҰЛТАН САПАРҒАЛИУЛЫ

4. Туған күні (Дата рождения): 30.07.2023

5. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская Юго-Запад Шанғытбаев 23

6. Медицинское заключение: Соматический здоров. Эпид окружение чистое.

7. Рекомендации (при необходимости): посещать может садик.

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

Абатов А.С.

239

Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің
Министрлік ақпараттық орталығы
Қазақстан

Таболық қауіп
заңнамасымен сәйкесінше ГПТ Төрағасы
қолымен №4 та ГПТ ГУ УЗ Автобанық
басы

«99» қарашық айының
мәмлөттетті
қолымен қолымен
Ом.тық. - 2020 жылғы
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30"
қазаны № КР ДСМ-175/2020 бұйрығымен
бекітілген № 065/е қолымен медициналық құжаттың

Медициналық документация формасы № 065/у
утверждена приказом исполняющего обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан от
"30" октября 2020 года № КР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық сәттердің картасы"
№065/е нысан

2023 жылғы 10.08.2023 есепке алынды (ақпарат на учет)

Ұйымдастыру бөлімі үшін басшылар мекемесінің атауы ПНПЧ Прохоровская амбулатория
Екінші деңгейдегі балалар ағартушылық орталығы (детский образовательный центр)

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

2. Туған күні (Дата рождения) 30.07.2023 Сапарғалиев

3. Мекен-жайы: елді мекен (Должность, адрес, населенный пункт) Юно Заря 1
Көшесі (улица) Машинная үйі (дом) 21 көпестік (квартира) 1

Мекен-жайы ауылдық тұрғын белгісі (Отметки о проживании адреса)

Түрлі деңгейдегі 1. Түрлі деңгейдегі 2. Түрлі деңгейдегі 3. Түрлі деңгейдегі	Түрлі деңгейдегі 4. Түрлі деңгейдегі 5. Түрлі деңгейдегі	Түрлі деңгейдегі 6. Түрлі деңгейдегі 7. Түрлі деңгейдегі	Түрлі деңгейдегі 8. Түрлі деңгейдегі 9. Түрлі деңгейдегі	Түрлі деңгейдегі 10. Түрлі деңгейдегі 11. Түрлі деңгейдегі	Түрлі деңгейдегі 12. Түрлі деңгейдегі 13. Түрлі деңгейдегі	Түрлі деңгейдегі 14. Түрлі деңгейдегі 15. Түрлі деңгейдегі
Күні 2023	нәтиже: результат	Түрлі деңгейдегі Дата рождения	Күні Дата	Дәреже Доза	Сериясы Серия	Түрлі деңгейдегі Медицинский эффект
		09	2.08.23	9.05	0879	Түрлі деңгейдегі Медицинский эффект
		09				Түрлі деңгейдегі Медицинский эффект
		09				Түрлі деңгейдегі Медицинский эффект

Познотомическое каремен өлсе / Прививка против познотомелити

Түрлі деңгейдегі Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
1. 6 ай	26.02.24	V3.11.57IV	145	1. 6 ай	23.12.25	15-18040145	145	
2. 8 ай	10.04.24	X0B14141	145					
3. 14. 8 ай	16.04.25	X3C46IV	145					

Құл, қызықты, есірнеге каремен өлсе / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

Түрлі деңгейдегі Дата рождения	Күні Дата	Дәреже Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Ескерту Примечание	Медицинский Медицинский
1. 6 ай	26.02.24	0,5	V3.11.57IV	АДКОС+КБ	КБ	КБ
2. 8 ай	10.04.24	0,5	X0B14141	АДКОС+КБ+КБ	КБ	КБ
3. 14. 8 ай	16.04.25	0,5	X3C46IV	АДКОС+КБ+КБ	КБ	КБ
Келесі күні Дата рождения	29.04.26	0,5	0879	АДКОС+КБ	КБ	КБ

«№4 қапалық өмір»
МЕМЛЕКЕТТІК
КОМУНАЛДЫҚ КӘСІП
ОҢ ТҮТІК БӘТІС
АМБУЛТОРИЯСЫ

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

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

I. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Саламатұлы А.М.

ИНН

Дата рождения 07.01.2023

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях:

Жамбузов Назерке Нуржановна

Жамбузов Саламат Жамалович

Поликлиника прикрепления

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) нет группа

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

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Дошкольная организация		Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нұсқанды 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 16.07.2026

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

1. ЖСН/ИН: _____
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): САЛАМАТУЛЫ ӘЛИ
3. Туган күні (Дата рождения): 07.01.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: тайманова, ДОМ: 50
5. Медицинское заключение: Здоров
6. Рекомендации (при необходимости): Эпид окружения чистое.
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА 119056



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің
Министрлік аппаратының Республика
Секретары

Ұйымның атауы
Наименование организации ГКП "Торосская
спидателік №4" на ПХВ ГУ УЗ Акмолинской
Области

4-қауап берілген
Молдеветтің
коммуналдық қоспорын
Оңтүстік-батыс ауданы
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30"
қазанында № КР ДСМ-175/2020 бұйрығымен
бекітілген № 065/у нысанда медициналық құжаттан

Медицинская документация форма № 065/у
утверждена приказом исполняющего обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан от
"30" октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020

"Профилактический скелетный картасы"
№065/у нысан

Лауазымы (года) 10.01 есепке алынды (азат на учет)

Ұйымдық бағалар үшін балалар мекемесінің атауы БЗНЧ
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Солмағұлов Жәні

2. Туған күні (Дата рождения) 07.01.2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес; населенный пункт) Юрмалар
көшесі (улицы) Мекенжайы үй(дом) 50 корпус пәтер(хна)

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87052354035

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қай (жыл, себе Медицинский (дата, причи
күні дата	нәтижесі результат					
13.03.16	91 TE	егу вакцинация	18.12.23	0,05	037H	1 айт - 16
04.10.2023	4 күн	қайта егу ревакцинация				3 айт - 16 6 айт - 16

Полноомнелитке қарсы екпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата
11.10.23	11.10.23	05	246	14.10.23	19.07.24	24	24.08.24
12.10.23	12.10.23	05	246	14.10.23	02.10.24	24	24.08.24
13.10.23	13.10.23	05	246	14.10.23	02.10.24	24	24.08.24

Күл, көккөтел, сіреспеге қарсы екпе / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) Общий (Т*)	Егілген жері Местная
Егу Вакцинация	11.10.23	11.10.23	0,5	168461		16	16
	12.10.23	12.10.23	0,5	168461		16	16
	13.10.23	13.10.23	0,5	168461	АКДС+КБ+КМ	16	16
Қайта егу Ревакцинация	14.10.24	14.10.24	0,5	404511	АКДС+КБ+КМ	16	16

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорны

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

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

1. Общие положения

Ф.И.О.ребенка Байбақты Агер
Колесни
Национальность кеч Дата рождения 29.12.2013.
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) _____
10/ Курман 43
Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя _____
Место работы матери/ законного представителя кеңес
Телефон матери/ законного представителя 87868729493
Ф.И.О. год рождения отца _____
Место работы отца _____
Телефоны отца _____
законных представителей _____
Поликлиника прикрепления 17704
Группа крови _____ Резус - фактор _____
Инвалидность (да/нет) кеб группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррек- ционное	Общее	коррек- ционное	Общее	коррек- ционное



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорына
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 17.09.2026

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

1. ЖСН/ИН: _____
2. Пациенттің тегі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): БАЙБАҚТЫ АЛДИЯР ҚЫЛЫШҰЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 29.01.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актоба, ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: Курмашев, ДОМ: 42
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



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің
Министрлігінің әкімшілік бөлімі
Қазақстан

Үлгісімен және
қолымен расталған
Медициналық ұйымдардың №4-қа ТХВ ГУ УЗ Астана қаласы
Астана

«Менің балалық емхана
мемлекеттік
коммунальдық кәсіпорнының
Астана қаласы Төтенше жағдайлар
департаментімен»

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің мемлекеттік жарналарымен 2020 жылғы 30
қазанға № КР ДСМ-175/2020 бұйрығымен
бекітілген № 065/е нысаны медициналық құжаттам

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

«Профилактикалық емделердің картасы»
№065/е нысан

Үлгісімен балалар үшін балалар мекемесінің атауы БЗМЧ.
(для организаций-детей наименование детского учреждения)

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

2. Туған күні (Дата рождения) 29.1.2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Қурашар
көшесі (улицы) Қурашар үй(дом) 43 корпус пәтер(к)

Мекенжайы ауысымы туралы белгілер (Отметки о перемещении адреса) 87767729493

Туберкулез ауруына қарсы екіге / Прививка против туберкулеза

Туберкулез екімәлімдері Туберкулезге пробасы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық к (күні, сәт) Медицинский (дата, вре
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация		30.1.23	0,05	0341	1 сәт - 12
		қайта егу ревакцинация					3 сәт - 12 6 сәт - 12 12 - 12

Полиомиелитке қарсы екіге / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата
1. 29.01.2023	24.01.23	0341	0,5				
2. 29.01.2023	25.01.23	0341	0,5				
3. 29.01.2023	25.01.23	0341	0,5				

Құл, коксител, сіреспеге қарсы екіге / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняк

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіге доз реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жер Местная
егу Вакцинация	1. 29.01.2023	24.01.23	0,5	0341	Дифтерия, коклюш, столбняк	12	
	2. 29.01.2023	25.01.23	0,5	0341	Дифтерия, коклюш, столбняк	12	
	3. 29.01.2023	25.01.23	0,5	0341	Дифтерия, коклюш, столбняк	12	
Қайта егу Ревакцинация					Дифтерия, коклюш, столбняк	12	

"Ақтөбе облысының
денсаулық сақтау басқармасы"
мемлекеттік мекемесінің шаруашылық
жүргізу құқығындағы
Бала денсаулығының паспорты
№ 7 Қалалық емханасы
Паспорт здоровья ребенка

ПДЖК «№ 7 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №7» на ПХВ

1. Жалпы ережелер / Общие положения

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) / Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Ибрашова Айман

ЖСН / ИИН

Тутан күні / Дата рождения 11.03.2023

Жынысы / Пол исе

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы) / Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Занды өкілдер туралы мәліметтер / Сведения о законных представителях:

Мать: Ибрашова Айман

Отец: Ибрашев Дастан

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления

Қан тобы / Группа крови Резус-факторы / Резус-фактор

Мүтедіктік (иә / жоқ) / Инвалидность (да / нет) топ / группа

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ) / Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да / нет)

Диагноз (АХЖ-10 коды) * / Диагноз (код МКБ-10) *

Диспансерлік есепке алу күні / Дата взятия на диспансерный учет

* B20-B24, F00-F99 диагноздарды қоспағанда / * За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Кесте / Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы / Характеристика организаций

Түскен ай, жылы Месяц, год поступления	Ұйымдар сипаттамасы / Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру / Среднего общего образования		Интернат үлгісіндегі ұйымның / Организация интернатного типа	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорны
Оңтүстік-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 07.07.2026

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

1. ЖСНЛИН:

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

3. Туган күні (Дата рождения): 11.03.2023

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

5. Медицинское заключение:

Здорова.

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид. окружение чистое.

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

АБДРАХМАНОВА АЛМАГУЛЬ ТАСТАЕВНА

268187



Мөр
(Підпис)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республика Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № КР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ГПД "Городская поликлиника №4" на ПХВ ГУ УЗ Актобинской области	Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № КР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық еңгелердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

33 жамғы (года) « » есетке алынды (азат на үмет)
 наименование детского учреждения)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей)

1. Тегі, аты, әнесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Мәргенбай Айгүл Распанұлы
 2. Туған күні (Дата рождения) 11.03.2023 3. ЖСН (ИНН) 230311651031
 4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.:
 Актобе Батыс 2 17а

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы еңге Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезнің пайыбы жүні дата	нәтижесі результат	Тип вакцинация	Туған жылы Дата рождения	Жүні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (жүні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				13.03.23	0,05	0371	1м - нап 4м 3м - нап 4м 6м - нап 4м 12м - нап 4м

Полиомиелитке қарсы еңге

Прививка против полиомиелита

Туған жылы	Жүні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Жүні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Жүні Дата	Сериясы Серия
V ₁	19.05.23	V3N229	1м	V ₄	16.08.21	2м	6.08.21	
V ₂	19.06.23	V608091	1м	V ₃	1м 3ай	2м 10.24	3м 05.11.21	
V ₃	21.07.23	V3E5014	1м					

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы еңге Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

Туған жылы	Жүні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Еңгеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (жүні, себебі)
					Жалпы (Т*)	Егілген жерде	
V ₁	19.05.23	0,5	V3N229	АВ КЖС + КЖБ ишар + АОВ	1м	1м	
V ₂	19.06.23	0,5	V608091	АВ КЖС + КЖБ ишар	1м	1м	
V ₃	21.07.23	0,5	V3E5014	АВ КЖС + КЖБ ишар + АОВ	1м	1м	
V ₄	14.10.21	0,5	V04511	АВ КЖС + КЖБ + ишар	1м	1м	

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года №173

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Қасқабек Ишметхан Бауыржанұлы
ИИ

Дата рождения 14.04.2023

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

г. Алматы, Майманова 25

Сведения о законных представителях:

Қасқабек Қасымбек Бауыржанұлы отын
Қасқабек Арайлы Ерланович жань

Поликлиника прикрепления 74

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



ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСІ
«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

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 03.07.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "ТТ и К"

1. ЖСН/ИИН: _____

2. Пациенттің тегі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): БАҚЫТБЕК НУРИСЛАМ БАҚЫТБЕКҰЛЫ

3. Тұған күні (Дата рождения): 14.07.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: Курмашев, ДОМ: 25

5. Медицинское заключение:

Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпидеокружение чистое. Кал на я/л от 03.07.2026 Отрицательно. К лабораторным данным сада допускается.

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификационный код врача, выдавшего справку

БОЛАТОВА НАЗГУЛ БОЛАТҚЫЗЫ

241854



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

Приложение к приказу
 Министр здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 19 декабря 2023 года № 173

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

I. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Аманжол Касымов

ИНН _____

Дата рождения 07.12.2023

Пол меч

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Ю. Павлова 50

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления БСМУ

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

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

Диагноз (код МКБ-10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная



«№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/а
нұсқасы 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: 01.06.2026

Ұйымның атауы/Наименование организации: Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на правах хозяйственного ведения Государственного учреждения "Управления здравоохранения Актобинской области"

1. ЖСН/ВН: _____

2. Пациенттің текі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): _____

МАҚСАТ КӨЗАЙЫМ НАРБОЛАТҚЫЗЫ

3. Туган күні (Дата рождения): 07.10.2023

4. Мекен-жайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: тайманова, ДСМ: 50

5. Медицинское заключение:

Здорова

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид. окружение чистое

7. Фамилия, инициалы (или наличие) и идентификатор врача, выдавшего справку:

ТЕМІРБҰЛАТОВА ГАУХАР ТАЛҒАТОВНА



[Handwritten signature]

Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысандағы медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации: ГПЦ "Городская поликлиника №4" на ПХВ ГУ УЗ Актобинской области	Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық екіпелердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

Жылғы (года) « » есепке алынды (взят на учет)
наименование детского учреждения)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей)

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

2. Туған күні (Дата рождения) 07.11.2023 ж. ЖСН (ИНН) _____

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.:
Актобе Томмакөл - 30

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіпел Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	натіжесі результат						
				08.11.23	0,05	0372	12.11.23 5.11.23

Полиомиелитке қарсы екіпел Прививка против полиомиелита

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V ₁	11.11.24	05V3.457K	R	15.12.25	У0АБНН			
V ₂	16.11.24	05X01814M	V ₄	04.11.25	2M	18040125		
V ₃	10.11.24	05V3.457K						

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіпел Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екіпелге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т*)	Егілген жерде	
V ₁ 30.11	17.11.24	0,5	13M57K	АВЖС	иБ		
V ₂ 4.12	16.11.24	0,5	X0314M	АВЖС	иБ		
V ₃ 6.12	10.11.24	0,5	13M57K	АВЖС+иБ	иБ		
R ₁	15.11.25	0,5	У0АБНН	АВЖС+иБ			

2



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналық кәсіпорны
Оңтүстік - Батыс дәрігерлік
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нысанды медициналық құжаттамб

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 04.06.2026

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

1. ЖСН/ИН:

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

АЛТЫНБЕК САНЖАР ДАНИЯРҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 08.08.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе , ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: тайманова, 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 РАУЖАР ТАЛҒАТОВНА

119056



[Handwritten signature]

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрлігі
Министрлік медициналық қорғаушы Республикасы
Секретариаты

Ұйымның атауы
басқарушы органдарының ГКУП "Төрағасы
қолтаңбасы №4" на ПХВ ГУ УЗ Автобасқарушы
басқарушы

«№4 кәсіптік өкілетті»
мамлекеттік
коммуналдық қосалқыны
қолтаңбасы, басты медиктер
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30"
қыркүйектегі № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен
белгіленген № 065/е нысанам медициналық құжаттың

Медициналық документация форма № 065/у
утверждена приказом исполнителя обязанности
Министра здравоохранения Республики Казахстан от
"30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

"Профилактикалық ескерту картасы"
№065/е нысан

2023 жылғы (тоза) « » есепке алынды (азат на учет)

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

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

2. Туған күні (Дата рождения)

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт)

3-бөлім бойынша ауылдың тұрғын бағыты (Отметки о перемещении адреса)

Туберкулез науруына қарсы еске / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулездік пробасы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайырымдылық (күні, себебі) Медицинский отзыв (дата, причина)
күні Дата	нәтижесі результат						
		суу вакцинациясы		09.08 2023	0,05	0371	1-ай - по плану
		қайта суу ревакцинациясы					3-ай - по плану
							6-ай - по плану
							1-ай - по плану

Полноценная вакцинация / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата
№ 3-ай	15.11.23	V3E501V	4-1м 30д	15.11.24	22-68613061A		
№ 4-ай	15.11.23	V3E501V	4-1м 70д	18.03.25	40A511M		
№ 5-ай	18.01.24	V3E501V					

Қуа, қызыл, сіреспеге қарсы еске / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Ежедневная реакция Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егізген жерде Местная
Суу Вакцинация	№ 3-ай	15.11.23	0,5	V3E501V	АКДС + ИБ	ИБ	ИБ
	№ 4-ай	15.11.23	0,5	V3E501V	АКДС + ИБ + ИА	ИБ	ИБ
	№ 5-ай	18.01.24	0,5	V3E501V	АКДС + ИБ + ИА	ИБ	ИБ
	1-м 70д	18.03.25	0,5	40A511M	АКДС + ИБ + ИА	ИБ	ИБ

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Рахат Асими Малматов

ИНН

Дата рождения 23.09.2023

Пол мек.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Арыстан Батыр 37

Сведения о законных представителях:

Кажыназ Мәрат Рахымовна
Батырова Әуресіе Жақажаровна

Поликлиника прикрепления

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



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорны
Оң түстік - Батыс дәрігерлік
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30* қазыңғы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нұсқадан медициналық құжаттан

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: 04.06.2025

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

1. ЖСН/ВН:

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

РАХАТ АСЫЛЫМ МАРАТОВЫЧ

3. Туған күні (Дата рождения): 04.09.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, ЖИЛДЫ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: Арыстанбатыр,
ДОМ: 37

5. Медицинское заключение:

Здорова

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид. окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (полностью) и идентификатор врача, выдавшего справку:

ТЕМИРБУЛАТОВ ГАУХАР ТАГАТОВИЧ

119056



"Профилактикалық ескерту картасы"
№065/у нысан

2021 жылғы (жыл) « » есепке алынды (алынды)

Ұлттық медициналық назарда ұстау және қолдау қызметі
(для организации детей на территории детского учреждения)

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

Рахат Асылым

2. Туған күні (Дата рождения)

04.07.2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Почтовый адрес: населенный пункт)

көшесі (улицы) № 23051779

үй(дом)

корпус

пәтер(квартира)

Мекенжайы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы еске / Прививка против туберкулеза

Туберкулез ауруына қарсы Туберкулез ауруы	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылық (еңбегі, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
егу		05.09.23	0,5	0341	1-ші - нәтижесі
қайта егу					3-ші - нәтижесі

Полномнелитке қарсы еске / Прививка против полномнелита

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күн Дата
1-ші	05.09.24	V3M57IV	В	14.05.25	40A511M		
2-ші	04.03.24	XOB14M	В41M	23.05.25	12-180401A5		
3-ші	08.04.24	V3M57IV					

Егу, инъекция, есепке қарсы еске / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Ескерту және реакциясы Реакция на прививку		М к М
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Еріген жерде Местная	
Егу	1-ші	05.09.24	0,5	V3M57IV	НБББ+НБ	НБ	НБ	
	2-ші	04.03.24	0,5	XOB14M	НБББ+НБ	НБ	НБ	
	3-ші	08.04.24	0,5	V3M57IV	НББББ+НБ	НБ	НБ	
Қайта егу	4-ші	14.05.25	0,5	40A511M	НБББ+НБ	НБ	НБ	

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Аманжолдиева Асия Жанжолдиевна
ИИН _____

Дата рождения 28.06.2023

Пол ж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Юго запад 2, Бейімбет Майлин 22

Сведения о законных представителях:

Жерібаев Жанжолди Аманжолдиұлы
Мендісбаева Мадина Бектұржанқызы

Поликлиника прикрепления ГПНЧ 53-46-9

Группа крови 1

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) нет

группа

0

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

Диагноз (код МКБ- 10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/в
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

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

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи: 02.06.2026

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

1. ЖСН/ИИН: _____
2. Пациенттің теп, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АМАНКЕЛЬДИЕВА САФУРА ЖАНКЕЛЬДИЕВНА
3. Туған күні (Дата рождения): 28.06.2023
4. Мекен-жайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, ДОМ: 2
5. 5. _____
6. _____
7. Фамилия, имя, отчество (полного имени) и идентификатор врача, выдавшего справку: ТЕМИРБУЛОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА

119056



1/1

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министрліктің құқық қорғаушысы Қазақстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қыркүйегі № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанның медициналық құжаттама Медициналық документация формасы № 065/у ұтырылған бұйрықпен іске асырылуына қатынасты Министрліктің құқық қорғаушысы Министрліктің құқық қорғаушысы
---	---

"Профилактикалық емделу картасы"

№065/е нысан

Жасы (жыл) «...» ... өспіріс аямады (жылға не уақыт)

Уақытша балалар үшін балалар мекемесінің атауы (қолданбалы балалар мекемесінің атауы)

«...» ... жылы «...» ...

Уақытша балалар үшін балалар мекемесінің атауы:

(қолданбалы балалар мекемесінің атауы)

БП МЧ Албулатович

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

2. Туған күні (Дата рождения) 28.06.2023

3. Мекенжайы: елді мекені (Должностной адрес, населенный пункт) 107-й

көшесі (улицы) Дейвисон Мейман үйі (дома) 22 корпус 22 пәтер (квартира)

Мекенжайы ауыспалы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87767912861

Туберкулез ауруына қарсы ем / Прививка против туберкулеза

Туберкулез ауруына қарсы ем	Туған күні Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық отау (ауы, өспіріс) Медицинский отау (ауы, өспіріс)
1. Берілген күні	28.06.2023	28.06.2023	0,05	0371	1 мес - 100%
2. Берілген күні					3 мес - 100%
3. Берілген күні					6 мес - 100%
4. Берілген күні					12 мес - 100%

Полноценентке қарсы ем / Прививка против полиомиелита

Туған күні Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата
1. 4 ай	01.11.23	VSE30IV	V4	17.11.24	2E-68B2306AA		
2. 8 ай	03.12.23	WDC5A131	R	20.08.25	40A5H.11		
3. 14 ай	08.01.24	V3.125IV					

Құлақ қосқыш, сірнеге қарсы ем / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туған күні Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Емге дене реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) (Общая (Т*))	Ерітінді жағдайы Местная
1. 4 ай	01.11.23	0,5	VSE30IV	АДРС+КБ	ИЛБ+А.Р.В.	ИЛБ	ИЛБ
2. 8 ай	03.12.23	0,5	WDC5A131	АДРС+КБ+ИЛБ	ИЛБ	ИЛБ	ИЛБ
3. 14 ай	08.01.24	0,5	V3.125IV	АДРС+КБ+ИЛБ	ИЛБ	ИЛБ	ИЛБ
4. 14 ай	20.08.25	0,5	40A5H.11	АДРС+КБ+ИЛБ	ИЛБ	ИЛБ	ИЛБ

Қазақстан Республикасының
Сәуілеттік және
Әлеуметтік даму
Министрлігі

2

Приложение к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года №1

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Асанов Такназар Ерматович

ИИН 2

19

Дата рождения 06.08.2023 года

Пол ер бала

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

№10 Запад 1, Кушанбек Шангымбаев 33

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ГПНЧ 53-4683

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



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорыны
Оңтүстік - 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 03.06.2026

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

1. ЖСНИИН:

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

АСАНОВ ХАҚНАЗАР ЕРНАЗАРҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 06.08.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе , ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: Шангылбаев , ДОМ:
33

5. Медицинское заключение:

Здоров

6. Рентгенография (при необходимости):

Экспозиция чистов.

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

ТЕМИРБУЛТОВА ГАУХАРТАГІТОВНА



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазыдағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанда медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ГКОП "Городская поликлиника №1" на ПЗН ГУ УЗ Актобинской области мемлекеттік көпмүмкіндік кәсіпорны Оңтүстік-Батыс облыстық амбулаториясы	Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық ескертіріс картасы"
№065/е нысан

23 жасы (тола) * * * * * өскеле алынған (аят на учет)
 Ұйымдасқан базалар үшін базалар іскерісінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

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

2. Тұтан күні (Дата рождения) 6. 08. 2023

3. ЖСН (Индивидуальный идентификационный номер) 230806.552619

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД
 ОБЛ. ЭНАЧ: Актобе 101 жол 40. Мәңгілік - 33

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 88475608870

Туберкулез ауруына қарсы еске

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы	Түп вакцинация	Тұтан жылғы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі, Медицинский отвод (дата, причина))
күні дата	нәтижесі результат					
			8.08.23	0,05	0571	100% - нәтиже 100% - түп
						100% - түп
						100% - түп

Полноценность қарсы еске

Тұтан жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
1. Асан	06.12.23	18F50M	14 ж.	18.12.23	18F50M			
2. Бау	8.08.24	18F50M	14 ж.	18.08.24	18F50M			
3. Бау	9.08.24	18F50M	14 ж.	18.08.24	18F50M			

Күл, көкжотел, сіреспеге қарсы еске

Тұтан жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Ескерте дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т*)	Местная	
1. Асан	6.04.23	0,5	18F50M	18.04.23 + 18.04.23	100		
2. Бау	8.01.24	0,5	18F50M	18.01.24 + 18.01.24	100		
3. Бау	9.02.24	0,5	18F50M	18.02.24 + 18.02.24	100		
4. Бау	11.04.25	0,5	18F50M	18.04.25 + 18.04.25	100		



«№4 қауалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорнының
Оң тустық - Батыс дөңгелегінің
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
қысқанды медициналық құжаттамалар

Медицинская документация (форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 03.06.2026

Учредителем является: Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на правах хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСНДМН:

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

ӨБДИСАТТАР ХАНШАЙЫМ НҮРКЕЛДІҚЫЗЫ

3. Туган куні (Дата рождения): 11.08.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, МИКРОРАЙОН: Батыс 2, ДОМ: 95

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



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қызығары № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанда медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ГКП "Торолская поликлиника №4" на ПХВ ГУ УЗ Актобинской области «104 қалалық емхана» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны Он-түсіні Батыс дарыс амбулаториясы	Медициналық документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық есептердің картасы"
№065/е нысан

13.08.08
жасы (тоға) « 13 » есепке алынған (кәзім) (үзет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (алы организмдерінің балаларының балаларының)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Жарасымов Жасымов
 2. Туған күні (Дата рождения) 13.08.2008
 3. ЖСН (Индивидуальный идентификационный номер) 13-0811652944

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД
 ОБЛ.ЗНАЧ:Актобе Басма - 900 - 92

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 84022055845

Туберкулез ауруына қарсы еске

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
			13.08.23	12.08.23	4.06	0379	13.08.23 - 13.08.23 13.08.23 - 13.08.23

Полномочитке қарсы еске

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
13.08.23	13.08.23	0379	15	13.08.23	0379	15		
13.08.23	13.08.23	0379	15	13.08.23	0379	15		
13.08.23	13.08.23	0379	15	13.08.23	0379	15		

Күз, көктем, сирепке қарсы еске

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т*)	Местная	
13.08.23	13.08.23	0.5	0379	Туберкулин	ид	ид	
13.08.23	13.08.23	0.5	0379	Туберкулин	ид	ид	
13.08.23	13.08.23	0.5	0379	Туберкулин	ид	ид	

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации ГКУП "Городская поликлиника №4" ш.ПХВ ГУ УЗ Актобинской области

«№4 қалалық емхона»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорны
Он түсіні - Батыс дорт
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазаны № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанғы медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполнительного областного Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

"Профилактикалық ескертілік картасы"
№065/е нысан

23.08.08
жылы (тоза) « 08 » есепке алынғы (көзге не үчет)

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

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Жаросамов Александр Павлович

2. Туған күні (Дата рождения) 12.08.2023

3. ЖСН (Индивидуальный идентификационный номер) 300808652844

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Актобинская, ГОРОД
ОБЛАСТТАҒЫ: Актобе б. а. а. - 2 - 9 0 0 - 8 2

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемещении адреса) 87022055845

Туберкулез ауруына қарсы еске

Туберкулез сымнамалары Туберкулезные пробы	Тип вакцинация	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
		12.08.23	12.08.23	4.06	0378	тәсілі - 12.08.23 нәтижесі - 1.4.06.23 б. а. а. - 1.4.06.23 12.08.23

Полномнелитке қарсы еске

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
1. 4.06.23	12.08.23	0378	12	1.4.06.23	0378	12		
2. 4.06.23	8.09.24	0378	13	1.4.06.23	0378	13		
3. 3.06.23	15.05.24	0378	13					

Құл, коксжел, сіреспеге қарсы еске

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Г*)	Местная	
1. 4.06.23	12.08.23	0.5	0378	вакцинация + 1.4.06.23	нб	нб	
2. 4.06.23	8.09.24	0.5	0378	вакцинация + 1.4.06.23	нб	нб	
3. 3.06.23	15.05.24	0.5	0378	вакцинация + 1.4.06.23	нб	нб	
4. 3.06.23	17.06.25	0.5	0378	вакцинация + 1.4.06.23	нб	нб	

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

1. Общие положения

Ф.И.О. Колембаев Азизер Бексенович

Национальность қазақ Дата рождения 02.05.2023

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

г. Актобе р-он Юго-Запад 1

ул. Б. Мамырзаева 14 кв 2

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Абдрашева Г.М. 24.08.80

Место работы матери/ законного представителя

Телефон матери/ законного представителя 8705 398 64 77

Ф.И.О. год рождения отца Колембаев Б.Е. 09.07.1977

Место работы отца пенсионер

Телефоны отца 8705 212 77 76

законных представителей

Поликлиника прикрепления ПНЧ филиал ЮЗЗМС

Группа крови Резус - фактор

Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррек- ционное	Общее	коррек- ционное	Общее	коррек- ционное



«№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/н
нұсқасы 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 02.06.2026

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

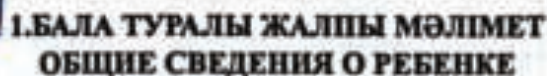
1. ЖСНІІН: 2
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): КОПЕНБАЕВ АЛДИЯР БЕРИКОВИЧ
3. Туған күні (Дата рождения): 02.05.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, УЛИЦА: Байсалбая Жолмырзаева, ДОМ: 14, КВАРТИРА: 2
5. Медицинское заключение:
Контакт с инфекционными больными отрицает. Эпид окружение чистое.
6. Рекомендации (при необходимости):
7. Фамилия, аты, отчество (наличия) и идентификатор врача, выдавшего справку: ЕТҚОУАР ТІЛДІКОВНА



Мөр
(Печать)

(ҚР Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 30.10.2020 ж.
#ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығы бойынша 052-2/у нысаны)

д-ру и.о. Министра здравоохранения РК от 30.10.2020г. #КР ДСМ-175/2020)



Базилон Т.О. / 19.11.2019 г. Сатсэз Арна Сатимовна

Ұлты / Национальность қазақша Тұған күні / Дата рождения 01.07.2023

Пол: МУЖСКОЙ / ЖЕНСКИЙ (подчеркнуть)

Мекен-жайы (немесе интернат мекемесінің мекен-жайы) / Домашний адрес (или интернатного учреждения)

Саммидай Батиро. 38.6 - 20.

Телефон (турмушлыкты орны) / Телефон (места жительства) _____

Қызмет көрсететін емхана / Обслуживающая поликлиника ТВО Мир детства

Телефон (тургумлыкты орны) / Телефон (места жительства) _____

Қызмет көрсететін емхана / Обслуживающая поликлиника

Телефон (мед/фам) / Телефон (мед/орг) _____

Қанжың тобы / Группа крови релус-фактор	
---	--

Мүтелектік / Инвалидность неет

[illegible]

Республика Казахстан Астана қаласы Ауруханалық медициналық орталығы Ауруханалық медициналық орталығы Ауруханалық медициналық орталығы Ауруханалық медициналық орталығы Ауруханалық медициналық орталығы	Республика Казахстан Астана қаласы Ауруханалық медициналық орталығы Ауруханалық медициналық орталығы Ауруханалық медициналық орталығы Ауруханалық медициналық орталығы Ауруханалық медициналық орталығы
---	---

**Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ / КАРТА
профилактических прививок**

20 _____ жылғы (года) « _____ » _____ сессия алынды (взят на учет)

Ушаралық балалар үшін балалар немесе інісінің атуы

(для организованных детей указывается детский учреждение)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Сатаева Нұрша Сахметовна
 2. Туған күні (Дата рождения) 01.07.2023
 3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____
 көшесі (улица) Саткенов үй (дом) 38 корпус 6 пәтер (квартира) 30.
 Мекенжайы ауылдық туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезге пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайыптықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Күні Дата	Нәтижесі Результат					
	егу вакцинация		02.07.23	0,05	0372	1 млн 4 млн
	қайта егу ревакцинация					3 млн 4 млн 6 млн 4 млн 12 млн 4 млн

**Полиомиелитке қарсы екпе
Прививка против полиомиелита**

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V ₁	04.10.23	0,5 E581		RV	30.04.25	10000		
V ₂	09.11.23	0,5 W085H						
V ₃	31.01.24	0,5 W157H						
V ₄	28.10.24	0,5 W157H						

**Құл, кокотел, сіреспеге қарсы екпе
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка ***

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атуы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайыптықтар Медицинский отвод
						Жалпы * Общая *	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V ₁	04.10.23	0,5 E581		гекса	н/б	н/б	
	V ₂	09.11.23	0,5 W085H		гекса	н/б	н/б	
	V ₃	31.01.24	0,5 W157H		гекса	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация	RV	30.04.25	0,5 W085H		гекса	н/б	н/б	

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: МҚДС-адсорбтелген, кокотел -дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС - адсорбтелген дифтерия - сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрылымда антиген мөлшері азайтылған. АД - адсорбтелген дифтерия анатоксині АС - адсорбтелген сіреспе анатоксині, К - кокотел вакцинасы.

*Препарат обозначать буквами: АКДС - адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшная вакцина.



Қазақстан Республикасы Ақтөбе қаласы
Республика Қазақстан город Ақтөбе
ЖШС/ТОО «Мир Женщины»
БСН/БИН 191240002914
Адрес: Батыс-3 дом 4Д ж.п.1, 8(7132) 45 49 19
Email: mir.zhenitsyn@aktobe.kz

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық жеттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР Д175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА о состоянии здоровья № 542

Дата выдачи 03.06.2026г

Ұйымның атауы Наименование организации ТОО Мир женщины

Ө.И.О. Сатаева Аруна Сагитовна

ИИН

Туған күні Дата рождения 01.07.2023г

1. Мекенжайы (Адрес)

РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ г.Ақтөбе Батыс 2. А Молдагуловой 62-1-1

2. Медицинское заключение. Здоровья

Эпид окружение чистое

3. Рекомендация (при необходимости) ддд посещать может.

4. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего

Врач Айбергенова Ж.Н.

