2

Приложение к пр
Министр здравоохран
Республики Каза
от 19 декабря 2023 года

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Жәнібекұлы Ән
ИИН
Дата рождения 17.02.2023
Пол мужской
Домашний адрес (или адрес организации интернатно типа)
Уркашская 52
Сведения о законных представителях:
Жанибекова Балжан
Кола Дулатович Жанибек
Поликлиника прикрепления
Группа крови Резус-фактор
Инвалидность (да/нет) нет группа
Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) нет
Диагноз (код МКБ- 10)* Z00.0
Дата взятия на диспансерный учет не состоит
*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

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 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/ИИН:
2. Пациенттің аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЖӘНІБЕКҰЛЫ ӘДІЛ
3. Туған күні (Дата рождения): 17.02.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ.: Актобе , УЛИЦА: Уркашская , ДОМ: 52
5. Медициналық қорытынды: Здоров
6. Ұсынымдар (қажеттілігінше): Этнад окучение чистов
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ТЕМИРБАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА 119056

(подпись)

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 ПХВ ГУ УЗ Актобинской области	«№4 қалалық емхана» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорнының Оң түстік – Батыс дәрігерлік амбулаториясы	Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

"Профилактикалық егілердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

1

___ жылғы (года) « » есепке алынды (взят на учет) Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, анасінің аты (Фамилия, имя, отчество) Жапбасқын Ақжан

2. Туған күні (Дата рождения) 17.02.2023 3. ЖСН (ИИН)

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе Ювилейная ул Уразбаевка 52

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе 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						
			2ай	19.04.23	0,05	0811	к/р 4 айда

Полиомиелитке қарсы екпе Прививка против полиомиелита

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V1 2ай	19.04.23	V3N229V	V4	16.08.24	Дпс 628			
V2 3ай	19.06.23	V DB091A	V5	04.09.24	40851114			
V3 4ай	20.06.23	V3E501V						

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

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Ерінген жерде	
V1 2ай	19.04.23	0,5	V3N229	АКДС вакцина	жұқ	жұқ	
V2 3ай	19.06.23	0,5	V DB091	АКДС вакцина	жұқ	жұқ	
V3 4ай	20.06.23	0,5	V3E501	АКДС вакцина	жұқ	жұқ	
R1 1ж	24.12.24	0,5	40851114	АКДС вакцина	жұқ	жұқ	

Scanned with CamScanner

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Егілген жерде	
Ҳ Орм	17.5.23	05	0341.	ВГВ	норм	норм	
V1 2ай	19.04.23	05	V3N225	Жүргізілген ВГВ	норм	норм	
V2 4ай	20.06.23	05	V3F297	Жүргізілген ВГВ	норм	норм	
ВГВ1	13.03.25	05	20230503	ВГВ	норм	норм	
ВГВ2	23.02.25	05	20240502	ВГВ	норм	норм	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
			Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде	
ДПТ 08.12.23	05	0133N036A	норм	норм	
V1 4ай 28.06.24	05	0133N058A	норм	норм	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде	
ДПТ 08.12.23		05	0133N036A	норм	норм	
V1 4ай	28.06.24	05	0133N058A	норм	норм	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
							Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
		V1 2ай	19.04.23	05	FM1506	Пневмо 13	норм	норм	
		V2 4ай	20.06.23	05	FM1506	Пневмо 13	норм	норм	
		V3 1,4ай	28.06.24	05	BK9400	Пневмо 13	норм	норм	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Scanned with CamScanner

«№4 қалалық емхана» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны

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

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

1. Общие положения

Ф.И.О.ребенка Ергожина Хадиса

Национальность казашка Дата рождения 25.04.2023г

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Актау 9а-12 87073649557

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

Место работы матери/ законного представителя

Телефон матери/ законного представителя

Ф.И.О. год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления Поликлиника 10 Запад

Группа крови _____ Резус - фактор _____

Инвалидность (да/нет) 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
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 10.06.2026

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

1. ЖСНИ

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

3. Туған күні (Дата рождения): 25.04.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс 2 , ДОМ: 12А

5. Медициналық қорытынды:

ДИАГНОЗ: N28.8 Другие уточненные болезни почек и мочеточника. (Впервые в жизни зарегистрированное хроническое или установленное впервые).Ночное энурез. G93.8 Другие уточненные поражения головного мозга. (Известное ранее хроническое заболевание). Рез. энцефалопатия. Направляется на обследование.

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое.

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

ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА 119056

Дәрігер
Врач

Scanned with CamScanner

РҰ әдеп-ш.

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

"Профилактикалық егілердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

23 жылы (года) «» 05е есепке алынды (взят на учет) Тіркелдіктен балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

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

2. Туған күні (Дата рождения) 25.04.23 3. ЖСН (ИИН)

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе Батыс 2, 12А - 24

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 7078619537

Туберкулез ауруына қарсы екпе 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						
			2дн	27.IV.23	0,05	0301	1м - 4 3м - нет 6м - нет 12м - нет

Полиомиелитке қарсы екпе Прививка против полиомиелита

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V1	08.08.23	509V	6м	V4 12.08.25	2м.с 03.04.25	4г5		
V2	25.09.23	W01961N	6м					
V3 1ге Май	27.03.25	X3C461N	6м					

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

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Егілген жерде	
	08.08.23	0,5	V3E509V	гекса	нб	нб	
	25.09.23	0,5	W01961N	пента	нб	нб	
V3 1ге 11м	27.03.25	0,5	X34611V	гекса	нб	нб	
Р1	30.08.24	0,5	5P70461	пента	нб	нб	

Scanned with CamScanner

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Ерілген жерде	
V1	25.IV.23	0,5	0341	Энвакс	нб	нб	
V2	08.08.23	0,5	501V	Энвакс	нб	нб	
V3 12 11 м	27.03.25	0,5	X3C46V	Энвакс	нб	нб	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
			Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	
2г 3м 12.08.25г	0,5	0133N100B	нб	нб	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	
2г 3мес V	12.08.25г	0,5	0133N100B	нб	нб	

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

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
							Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	
		V1	08.08.23	0,5	218	превенар	нб	нб	
		V2	27.03.25	0,5	KA9260	превенар	нб	нб	
		V3	12.08.25	0,5	KA9260	превенар 13	нб	нб	

Септен шығарылған күні (Дата снятия с учета) Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Scanned with CamScanner

МО «Эпеос»
Медициналық Орталығы
Ақтөбе қаласы
№ 15 06 2026 ж.

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 Сарсенгали Ибрагим Нурбалиұлы

ИИН _____

Дата рождения 18.03.2023

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Юго-Запад 1, Таймонова 20В

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ГП-№4

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

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

Диагноз (код МКБ-10)* Z00

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	общая	коррекционная	общая	коррекционная	общая	коррекционная
16.06.26	+					

Scanned with CamScanner

about:blank

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 праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН:
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): СӘРСЕНҒАЛИ ИБРАҺИМ НҰРБОЛҰЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 18.03.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: тайманова, ДОМ: 20
5. Медицинское заключение:

Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

Злид окружение чистое.

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

ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛҒАТОВНА 119056

ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛҒАТОВНА

Scanned with CamScanner

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 ПКП "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 егілердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

__ жылғы (года) « » есепке алынды (взят на учет) Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, анесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Сарсенгали Ибрахим

2. Туған күні (Дата рождения) 18.08.2023 3. ЖСН (ИИН) _____

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе Тлеулиновой 20в

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8776 128 50 57.

Туберкулез ауруына қарсы екпе 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						
			дом	20.08.23	0,05	0371	нет

Полиомиелитке қарсы екпе Прививка против полиомиелита

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

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

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Егілген жерде	

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Ерілген жерде	
V1	18.03.23	0,5	200041	Engerix	Нұ	Нұ	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
			Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	
Ко Вак 29.12.23	0,5	0133N0031B	Нұ	Нұ	
V1 1 мес 22.04.24	0,5	0133N058A	Нұ	Нұ	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	
Ко	29.12.23	0,5	0133N0031B	Нұ		
V1 1год	22.04.24	0,5	0133N058A	Нұ		

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

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
							Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	
		V1	22.04.24	0,5	CX3480	Превенар 13	Нұ	Нұ	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Приложение к приказ
Министр здравоохранени
Республики Казахста
от 19 декабря 2023 года №17

«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Фамилия имя отчество
ИИН
Дата рождения 04.11.2023
Пол мужского
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
город г ул в ул
Сведения о законных представителях:
отец Фамилия имя
мать Фамилия имя
Поликлиника прикрепления
Группа крови Резус-фактор
Инвалидность (да/нет) 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

«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2023 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 01.06.2026
Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью "ТТ и К"

1. ЖСН/ИИН:
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ФАРЗУЛЛИН ЕРНУР ЕРЛАНУЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 07.11.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ. Актобе , МИКРОРАЙОН Батыс 2 , ДОМ 338
5. Медициналық қорытынды:
Ребенок был на приеме и осмотрен врачом. Здоров. Кожа на ви не обнаружен. Вид окружения чистое. Допускается в ДОУ
6. Ұсынымдар (қажеттілігінше):
7. Анықтаманы берген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) және идентификаторы:
ЖЕЛІНҒАЗАҚЫЗЫ ЖАРКЕН 216549

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Scanned with CamScanner

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан Ұйымның атауы Наименование организации ТТ и К»	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау м-а 2020 жылғы «30» қазан №175 бұйрығымен бекітілген 065/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом и.о Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года №175

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20___ жылғы (года) «____» _____ есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения) _____

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Фаттуллин Ернур
2. Туған күні (Дата рождения) 07.11.2017
3. ЖСН(ИИН) _____
4. Мекенжайы: елді мекеннің (қаласының) адрес: населенный пункт) г Актобе
көшесі (улица) Батыс-2 үй(дом) Д-138-64
корпус _____ пәтер(квартира) _____
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Т. 87473220724

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Бүре

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация					1 жыл
		қайта егу ревакцинация					7 жас Бітер 12 жас

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
07.11.17	12.06.18							
07.11.17	15.07.24							

Күл, коқжөтел,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°)	Етілген жерде Местная	
Егу Вакцинация V1	07.11.17.	15.07.24	0,5			НБ	НБ	
V2	07.11.17.	15.07.24	0,5			НБ	НБ	
V3	07.11.17.	27.03.25	0,5			НБ	НБ	
Қайта егу Ревакцинация	07.11.23	24.10.25	0,5					

*Препараттар мына әріптермен: АКДС — адсорбцияланған, коклюшті — вакцинасы. АДС — адсорбцияланған дифтерия — сіреспе АДС - М анатоксин-адсорбцияланған дифтерия-сіреспе құрамында антигені мөлшерінің азайтылған АД - адсорбцияланған дифтерия АС — адсорбцияланған сіреспе К — КОК-жөтел вакцинасы.

*Препарат обозначать буквами: АКДС — ацеллюлярная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина. АДС — адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов

Scanned with CamScanner

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	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								
V2	07.11.23	11.05.24	0,5	[illegible]	[illegible]	нб	нб	
V3	07.11.23	11.09.24	0,5	[illegible]	[illegible]	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация								
ДКА V1	07.11.23	07.11.24	0,5	[illegible]	[illegible]			

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита ККП

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене сәйкестігі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
07.11.23	16.09.24	0,5	[illegible]	нб	нб	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене сәйкестігі Реакция на прививку		Медициналық қ (күні, себебі Медицинский о (дата, причи
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе / Прививка против других инфекций Превенар

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі Медицинский о (дата, причи
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация V2	07.11.23	11.05.24	0,5	[illegible]	Превенар 13	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация V2	07.11.23	11.05.24	0,5	[illegible]	Превенар-13	нб	нб	
V3	07.11.23	16.09.24	0,5	[illegible]	Превенар 13	нб	нб	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____Қолы
(Подпись)_____
Себебі(Причина)_____
Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу-профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады
Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.
Карта ұйымда қалады.

Scanned with CamScanner

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

Приложение к при
Министр здравоохран
Республики Казах
от 19 декабря 2023 года №

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Самай Тәлшын Бауыржанқызы
ИИН _____
Дата рождения 12.01.2023
Пол женский
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Батыс 2 16а - 1 - 61
Сведения о законных представителях:
_____
_____
_____
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 В20-В24, F00-F99

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

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 Бұйрығымен бекітілген № 027/у 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 праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН: _____
2. Пациенттің аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): САМАТ ТӘЛШЫН БАУЫРЖАНҚЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 12.01.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ. Актобе , МИКРОРАЙОН Батыс-2 , ДОМ 16А/1
5. Медициналық қорытынды: Здорова
6. Ұсынымдар (қажет болған жағдайда): Этад окружение чистое.
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР БАТЫРХАНА подпись

Scanned with CamScanner

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 ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области		Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

"Профилактикалық егілердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

20____ жылы (года) «____» а есепке алынды (взят на учет) Ұйымдасқан балалар үйін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

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

2. Туған күні (Дата рождения) 12.01.2023 3. ЖСН (ИИН)

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе Батыс 2 16а-1-61 8700600 1207.

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтың түрі, себебі Медицинский отвод (дата, причи
күні дата	нәтижесі результат						
04.10	0, 4+2Др		2дн	14.0123	0,5	037к091	1м пану 3м нуб
12.10.24	17 мм ⊕						1м нуб 2 1м нуб 2

Полиомиелитке қарсы екпе Прививка против полиомиелита

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	С
V1 15.08.24	0,5	XC3C46N	V3 27.02.25	0,5	CX3C461N	нб		
V2 25.12.24	0,5	X0A511M	нб V4 28.	0126	2MC780401B5	нб		

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

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге деңе реакциясы		Медицин қайшы себебі)
					Жалпы (Т°)	Егілген жерде	
V1	15.08.24	0,5	XC3C46N	гекса	нб	нб	
V2	26.12.24	0,5	X0A511M	пента	нб	нб	
V3	27.02.25	0,5	X3C461M	гекса	нб	нб	
R	14.05.25	0,5	X0A491	пента	нб	нб	

Scanned with CamScanner

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Ерілген жерде	
V1	Одн	0,5	0341	Vaqta инсти	нб	нб	
V2	15.08.24	0,5	X3C46A	Гекса	нб	нб	
V3	27.02.25	0,5	X246A	Гекса	нб	нб	
		ВГА					
V1 2х40	03.06.25	0,5	2024050222	ВГА	нб	нб	
V2	28.01.26	0,5	2024050222	ВГА	нб	нб	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	
Vo 9 м	09.11.23	0,5	0132M033A	нб	нб	
V1 12 м	17.04.24	0,5	0133M058A	нб	нб	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні себеб
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	
Vo 9м	09.11.23	0,5	0132M033A	нб	нб	
V1 12 3м	170424	0,5	0133M058A	нб	нб	

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

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе	Тип вакцины	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы, Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы		Медицинық қайшылықтар (күні,
							Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	
		V1 4м	14.04.23	0,5	GAR168	превакс 13	нб	нб	
		V2 12 3м	170424	0,5	GX9430	превакс 13	нб	нб	
		V3	261224	0,5	MP7361	превакс 13	нб	нб	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) Қолы (Подпись) Себебі (Причина)

Scanned with CamScanner

«№4 қалалық емхана» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны

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

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

1. Общие положения

Ф.И.О.ребенка Хорхан Аднан

Национальность Казах Дата рождения 21.04.2023г

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Алматы обл 17а-1-108

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

Место работы матери/ законного представителя

Телефон матери/ законного представителя

Ф.И.О. год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления ГПМУ филиал № 3 запад

Группа крови _____ Резус - фактор _____

Инвалидность (да/нет) 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

Scanned with CamScanner

«№4 қалалық емхана» шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны Ақ ... - 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 10.06.2026

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 тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ҚАЗИХАН АЛДИЯР ЕСЕТҰЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 21.04.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс 2 , ДОМ: 17А
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

«№4 қалалық емхана» шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны Ақ ... - Батыс дәрігерлік амбулаториясы

ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА Дәрігер Врач

Scanned with CamScanner

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№049	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 ПКП "Городская поликлиника №4" на ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области	«№4 қалалық емханасы» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорнының Оң түсіне - Бітпес дәрігерлік амбулаториясы	Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ 175/2020

"Профилактикалық екпелердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

___ жылы (года) + + есепке алынды (взят на учет) Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

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

2. Туған күні (Дата рождения) 21 04 2023 3. ЖСН (ИИН) _____

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе Әлемчи орда 17° 1-108

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8776 142 0089 сингн.

Туберкулез ауруына қарсы екпе Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулинометрия		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
			2ай	23 04 23	0,05	0311	к р 4 мес

Полиомиелитке қарсы екпе Прививка против полиомиелита

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V1 1ж 1ай	07 03 25	X3C461V	4ж	V4 2ж 4ай	04 N 23 до с 180423		180423	4ж
V2 1ж 11ай	16 04 25	Y0A371M	4ж	V5 13 ў 25 ОБ с 0431		4ж		
V3 2ж	16 05 25	L3J477V	4ж					

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

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Ерілген жерде	
V1 1.10	07 03 25	05	134614	АКДС	4ж	4ж	
V2 1.11	16 04 25	05	Y0A511	АКДС	4ж	4ж	
V3 2ж	16 05 25	05	L3J477	АКДС-АТВ	4ж	4ж	
R1	13 06 26	05	0411	АКДС	4ж	4ж	

Scanned with CamScanner

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Ерілген жерде	
V1 Орі	210423	0,5	200044	Engerix	145	145	
V1 1,10	07.03.25	0,5	X304H1	Бицерин инв + ВГВ2	145	145	
V1 Ақ	16.09.25	0,5	X3704H	Бицерин инв+ВГВ3	145	145	
ВГВ1	04.10.25	0,5	1820H05022	ВГА	145	145	
ВГВ2	13.11.26	0,5	1820H05044	ВГА	145	145	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
			Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	
V0 Бай 091123	0,5	0132 и 0350	145	145	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	
V0 Бай	091123	0,5	0132 и 0350	145	145	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
							Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	
	V1	12.10.06	07.03.25	0,5	4260	Превенар 13	145	145	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Scanned with CamScanner

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
Исламова Сафия Арминовна

ИИН _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Дата рождения 22.08.2023

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Б-е-2 д 10 Б

Сведения о законных представителях:
мама Исламова Г.Т.
папа Исламов Р.И.

Поликлиника прикрепления ТОО "ГТиК"

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/у нысандағы 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 02.07.2026

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

1. ЖЕНСКИЙ

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (болғанда, толық) Фамилия, имя, Отчество пациента: ИСЛАМ САФИЯ АРМИНОВНА

3. Туған күні (Дата рождения): 22.08.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс-2 ДОМ: 201Е

5. Медицинские заключения:
Здоров Этод окружение частое
Может посещать в ДДУ

6. Рекомендации (при необходимости):
Кап на н/г не обнаружено

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
ЖАМАНТАЕВА ГУЛЬНАРА ЖОЛЖАНОВНА 21654

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Scanned with CamScanner

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ «ТТ и ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИ
Ұйымның атауы Наименование организации	

КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау м.а. 2020 жылғы «30» қазан [illegible] бұйрығымен бекітілген 065/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма Ме 065/у Утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года №175

Профилактикалық екпелердің

КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 Д жылғы (года) «30» 08 есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ТОО. УТАК
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Исин Сафа
2. Туған күні (Дата рождения) 220823
3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Б-2
көшесі (улица) үй(дом) 1016
корпус пәтер(квартира)
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	220823	2208.23	0,05 мл	0322 0044	Ішек-дерто 3 ай ауыр
		қайта егу ревакцинация					Ош — рудотит 4ш Ішек дерто 9ай

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
V1 220823	280924	99805CHAV			V4 180425	2г 2мес		
V2 220823	13.11.24	105 YOA 814			V5 040326	3 год		
V3 220823	12.12.24	P04 13C4H V						

Күл, көкжөтел,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°)	Ерілген жерде Местная	
Егу Вакцинация V1	220823	280924	0,5	13C4H V	Генекина	36	36	
V2	220823	13.11.24	0,5	YOA 814	Генекина	36	36	
V3	220823	12.12.24	0,5	13C4H V	Генекина	36	36	
Қайта егу Ревакцинация V4	220823	040326	0,5	5P20431	Пентаксим	36	36	

Scanned with CamScanner

*Препаратар мына әріптерМеН АКДС — адсорбталған, коклюптік — вакцинаны, АДС — адсорбтелг[ен] дифтерия — сіреспе АДС - М-анатоксин-адсорбенген дифтерия-сіреспе құрамында аз мөлшерлі МоЧ11Jері азайтылғаН АД™ адсорбенген дифтерия АС — адсорбенген сіреспе К — КОК-жөтел вакцинасы.

*Препарат обозначать буквами: АКДС — ассоциированная, 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.

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналыққайшылықтар Медицинский отвод
Егу Вакцинация V1	220823	220824	0,5	0342 Q0044	БГА	нб	нб	
V2	220823	220924	0,5	ИЗС461У	вакцина	нб	нб	
V3	220823	221224	0,5	ИЗС461У	вакцина	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация								
МДП	220823	220824	0,5	[illegible]	[illegible]	нб	нб	
МДП	220823	040524	0,5	[illegible]	МДП	нб	нб	

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене сергілісі Реакция на прививку: Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Екпеге дене сергілісі Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналыққайшылықтар Медицинский отвод
220823	100424	0,5	0133Х058А	нб	нб	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене сергілісі Реакция на прививку: Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Екпеге дене сергілісі Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналыққайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе / Прививка против других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналыққайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Егу Вакцинация V1	220823	280824	0,5	АР7361	превакар	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация V2	220823	031124	0,5	АР7361	превакар	нб	нб	
V3	220823	140524	0,5	[illegible]	превакар	нб	нб	
	0	070524	0,5	[illegible]	[illegible]	нб	нб	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____ Қолы (Подпись)_____

Себебі(Причина)_____

Карта баланы есептен алғанда балаңды емдеу-профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қалаған (ауданнан) көшкен жаңа жерінен тіркелгені туралы анықтама беріледі.

Scanned with CamScanner

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

2

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 Тлайбаев Хамза

ИИН ___

Дата рождения 05.09.2023

Пол ер

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Кр. 623-16

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ГП№4

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

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

Диагноз (код МКБ- 10)* здоров

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в

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

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

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете не состоит

Дата выдачи 02.06.2026

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

1. ЖСН/ИИН:

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда, жоқ, отчества (при наличии)): АБДЕБАЕВ ХАМЗА ӘДІЛЕТҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 05.09.2023

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

5. Медициналық зақтаулама:
Острый фарингит. Получает лечение , мед отвод от прививок на 7 дней.

6. Рекомендации (при необходимости):
Этод ердулеме чолов.

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА 116088

ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА
ВРАЧ

акстан Республикасы қсаулық сақтау министрлігі нистерство здравоохранения публики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
амның атауы именование организации ГКП "Городская поликлиника №4" на ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области		Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық егілердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

____ жылы (года) «____» 05а есепке алынды (взят на учет) Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Акылбаев Хамза

Туған күні (Дата рождения) 05.09.2223 З. ЖСН (ИИН) _____

Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: тобе Ш. 625 – 16

өзгерген жағдайы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екпе Прививка против туберкулеза

Туберкулин сынамалары Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтары (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
				080923	0,05	0379	1 күн – қалқу ұшығы 3 күн – шұқыр ұшығы 6 күн – шұқыр ұшығы 12 – қалқу ұшығы

Полиомиелитке қарсы екпе Прививка против полиомиелита

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
Үш айлық	28.11.22	XXC761V	3м					
Бір жас	08.09.23	SD7Q0951	1г					
	21.04.24	CF Y33201	2г					

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

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Ерілген жерде	
Үш айлық	28.11.22	0,5	XXC401V	АКДС+КДС+ИПВ+ВГВ	жо	жо	
Бір жас	08.09.23	0,5	SP20731	АКДС+ПЖ1 ішінде	жо	жо	
	21.04.24	0,5	YBXC	АБДС ПЖ2 ішінде	жо	жо	

Scanned with CamScanner

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық -қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Ерілген жерде	
V1	05.09.25	0,5	0341	Эувакс	н/б	н/б	
V1 1к1ай	28.11.24	0,5	X3CY6IV	Инвекгаб+инв+Hb-B	н/б	н/б	
V2	21.04.26	0,5	У3В22001	Инвигаб+НВВ	н/б	н/б	
V1 1к9ай	24.06.26	0,6	20240502A	Н.А.			

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

КДС

Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
			Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	
V1 - 24.06.26	0,5	0135N006A			

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	
V1 2к9ай	24.06.26	0,5	0135N006A			

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

Басқа жұқпалы аурулары қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
							Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	
		V1 2к1ай	28.11.24	0,5	HP7361	превакар 13.	н/б	н/б	
		V2 1к9ай	03.09.25	0,5	U3374	превенф-В	н/б	н/б	
		V3	21.04.26	0,5	AP3373	превенф-В	н/б	н/б	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Scanned with CamScanner

«№4 қалалық емханасы» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорнының Он тұстік - Батыс дәрігерлік амбулаториясы

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

Форма № 052-3/у "Паспорт здорового ребенка"

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Ғалиаскарова Ғалиаскарова
ИИН 2 [illegible]
дата рождения 12.02.2023
Пол Женский
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) г. Актобе, Алтын орда 20 -145
Сведения о законных представителях Нигуда Жанаш - 87072485217
Ғалиаскарова Ғалиаскарова - 7776 302 1997
Показания прекращения
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. Характеристики организаций

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

«№4 қалалық емханасы» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорнының Батыс дәрігерлік амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі мемлекеттік аттестаттаудан өтпеген "30" желтоқсан № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығының 6а 027/у нысанды медициналық құжаттама

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

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете на участке

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 тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) ТАҒАЛАРҒАЛИЕВА АЗАМАТҚЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 12.02.2023
4. Мекенжайы (Адрес) РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: АЛМАТЫ улица ДОМ: 58а/2
5. Медициналық деректемелер
6. Ро
7. Ф

Подпись [illegible] 119000

Scanned with CamScanner

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі Министерства здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы №175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама. Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 № 175
Ұйымның атауы Наименование организации		

Қазақстан Республикасы Ақтөбе қаласы
Республика Казахстан город Актобе
ЖШС/ТОО «Мир Женщины»
БСН/БИН 191240002914
Адрес: Батыс-2 дом 42 н.п.1, 8(7132) 65-65-19
Email: ak-zhenskiy.zdrav@yandex.ru

КАРТА
профилактических прививок

20 16 года 06 » 12 взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения ТОО «МИР ЖЕНЩИНЫ»

1.Фамилия,имя,отчество(при его наличии) ГАЛЕЕВА МУСЛИМА АЗАМАТОВНА

2.Дата рождения 12.02.2016г

3.ИИН(индивидуальный идентификационный номер):

4.Домашний адрес: населенный пункт ул. Алии Молдагуловой

5.Дом 56Д корпус 11 квартира

Отметки о перемене адреса

Прививки против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Дозы	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
Дата	Результат						1 мес –
							3 мес –
		Вакцинация	12.02.16	14.02.23	0,05	1391	6 мес –
		Ревакцинация					12 мес –

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V1	14.04.23	АСМ773V	4м	V4	16.02.2024	2г 4м	18.02.2032 ревак	
V2	22.05.23	АСМ311М	5м	ВР	22.01.2024	0,5 ФОНТАНА	4м	
V3	26.06.23	АСМ311М	6м					

Прививка против, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т°)	Местная	
Вакцинация	12.02.16	14.04.23	0,5	АСМ773V	ГЕКСАКСИМ	Нб	Нб	
	12.02.16	22.05.23	0,5	АСМ311М	ПЕНТАКСИМ	Нб	Нб	
	12.02.16	26.06.23	0,5	АСМ311М	ГЕКСАКСИМ	Нб	Нб	
Ревакцинация	12.02.16	16.02.24	0,5	АСМ311М	ПЕНТАКСИМ	Нб	Нб	

*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

Scanned with CamScanner

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т°)	Местная	
Вакцинация	ВГВ	19.01.23	0,5	20001	НВВ	н/б	н/б	
	V2	17.01.24	0,5	Х33473V	Тексаким	н/б	н/б	
	V3	26.06.25	0,5	НОС171М	Тексаким	н/б	н/б	
Ревакцинация	ВГ А*							
	V1	12.05.25	0,5	АВИ120923	ВГАВ	н/б	н/б	
	V2	01.10.25	0,5	АВИ160924	ВГАВ	н/б	н/б	

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т°)	Местная	
V2	16.02.2021	0,5	0132V057A	н/б	н/б	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т°)	Местная	
V2	16.02.2021	0,5	0132V057A	н/б	н/б	

Прививка против других инфекций ПКВ

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т°)	Местная	
Вакцинация	V1	17.04.23	0,5	КР7361	ПРЕВЕНАР	н/б	н/б	
Ревакцинация	V2	28.06.23	0,5	КР7364	ПРЕВЕНАР	н/б	н/б	
	V3	6.02.24	0,5	УА9260	ПРЕВЕНАР	н/б	н/б	

Дата снятия с учета _____ Подпись _____

Причина _____

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет
В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о произведенных прививках.

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
Сейтжан Санжар
ИИН
Дата рождения 24.02.2023.
Пол мужской
Домашний адрес (или адрес организации стационарного типа)
С. Акжарков 17
Сведения о законных представителях:

Показания прикрепления ПМП фильтр 10 этаж
Группа крови Резус-фактор
Инвалидность (да/нет) нет группа
Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) нет
Диагноз (код МКБ-10)* Z00P
Дата взятия на диспансерный учет на осмотр
*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/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 02.06.2026

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 тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): СЕЙТЖАН САНЖАР РАУАНҰЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 24.02.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ Актобе , УЛИЦА Муканова С. , ДОМ 17
5. Медициналық қорытынды:
Қызып с инфекционными заболеваниями. Отказ окружения чистая.
6. Рекомендации:
7. Фамилия, инициалы, штамп медицинской организации, идентификатор врача, выдавшего справку:
ТЕМИРБУЛАТОВА ГУЛЖАНАТ АСЕМХАН 110000

Мөр
(Печать)

Scanned with CamScanner

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 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 ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области		Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық екпелердің картасы"
№065/е нысан

2023 жылғы (года) «28» 4 есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Сейітхан Сымбат
2. Туған күні (Дата рождения) 24.02.2023 3. ЖСН (Индивидуальный идентификационный номер)

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛЗНАЧ.: Актобе Юго Запад ул Мугалжар 17.

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе

Туберкулин сынамалары Туберкулиновые пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайтпалықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
			2023	26.11.23	0,05	037	

Полиомиелитке қарсы екпе

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V1 1м 6ай	17.09.24	X3C461M	1г5					
V2 1м 8ай	24.10.24	Y0A5MM	1г5					
V3 1м 9ай	28.11.24	X3C461V	1г5					
V4 2м 9ай	30.12.25	Y0A5MV	1г5					

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайтпа-лықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т°)	Местная	
V1 1м 6ай	17.09.24	0,5	X3C461M	АКДС+НЕВ+ИПВ	1г5	1г5	
V2 1м 8ай	24.10.24	0,5	Y0A5MM	АКДС+НЕВ+ИПВ	1г5	1г5	
V3 1м 9ай	28.11.24	0,5	X3C461M	АКДС+НЕВ+ИПВ	1г5	1г5	
RV	30.12.25	0,5	Y0A5MM	АБДС-М+ИПВ	1г5	1г5	

Scanned with CamScanner

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

...ған	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медициналық отвод (дата, причина
					Общая (T°)	Местная	
	24.11.23	0,5	200401	ВГВ	н/р	н/р	
1 мектеп	17.09.24	0,5	Х3С161И	АКДС+ИПВ+ВГВ	н/р	н/р	
1м 9сын	18.11.24	0,5	Х3С161И	АКДС+ИПВ+ВГВ	н/р	н/р	
1 мектеп	18.03.25	0,5	2023090	ВГВ	н/р	н/р	
2 мектеп	30.09.25	0,5	2023030	ВГВ	н/р	н/р	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Доза	Серия	Ешкеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық отвод (дата, причина)
			Общая (T°)	Местная	
ДМ4 21.XI 23	0,5	0133	н/р	н/р	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Реакция на прививку		Медицинс отвод (дата, причина
				Общая (T°)	Местная	
Кіш ДМ4	21.XI 23	0,5	0133	н/р	н/р	

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

Басқа жұқпалы вирустарға қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медициналық отвод (дата, причина
							Общая (T°)	Ешкеге жерде Местная	
		1 мектеп	17.09.24	0,5	НР7361	превенар 13	н/р	н/р	

...ген шығарылған күні (Дата снятия с учета) Қолы (Подпись)

...себі (Причина)

«ТТиК»

2

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года №117

Форма № 053-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения

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

ИИН _____

Дата рождения _____

Пол _____

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) _____

Сведения о законных представителях: _____

_____

_____

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

«ТТиК»

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете на состоит

Дата выдачи 10.07.2026

Уважаемые коллеги! Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "ТТиК"

1. ФИО(ИИН) _____

2. Паспортные данные (Свидетельство о рождении) _____

3. Дата рождения (Дата рождения) 26.07.2023

4. Место жительства (Адрес) РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ Актюбинская, РАЙОН Каргалинский, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ Коктогайский, АУЛ(СЕЛО) Коктогай, УЛИЦА М.Мамытова, ДОМ 13

5. Медицинское заключение

Здоров.Этнод окружения чистый.ДДУ посещать может

6. Рекомендации (при необходимости)

Вес на кг на обследование

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

РАХИМОВА А.НУР _____ ПОДПИСЬ _____

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Scanned with CamScanner

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау м.а. 2020 жылғы «30» қазан №175 бұйрығымен бекітілген 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма №: 065/у Утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года №175

Профилактикалық екпелердің КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

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

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

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Ильясканерова Диляшат
2. Туған күні (Дата рождения) 04.04.2015
3. ЖСН(ИИН) _
4. Мекенжайы: тұрғылықты үйінің адрес: населенный пункт) Бейнеу ауд 18а
көшесі (улица) _____ үй(дом) _____
корпус _____ пәтер(квартира) 44
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	04.04.25	05.04.25	0,05	037108-01	
		қайта егу ревакцинация					6 жас 12 жас

Полиомиелитке қарсы екпе / Прививка против полиомиелита

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

Күл, көкжөтел,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
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

*Препараттың қысқа әріптермен белгіленуі: АКДС — адсорбцияланған, коклюшті — вакцинасы, АДС — адсорбцияланған дифтерия — сіреспе АДС – М вакцинасы -адсорбцияланған дифтерия-сіреспе құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД -адсорбцияланған дифтерия АС — адсорбцияланған сіреспе К — ІСК-жасуша вакцинасы.

*Препарат обозначать буквами: АКДС — адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС — адсорбированный дифтерийно-столбнячный вакцинаж, АДС-М-вакцинаж адсорбированный дифтерийно-столбнячный вакцинаж с уменьшенным содержанием антигенов, АД — адсорбированный дифтерийный вакцинаж, АС — [illegible]

Scanned with CamScanner

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		№
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	04.07.23	04.07.25	0,5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене сергілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылық Медицинотв
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори [illegible]

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене сергілісі Реакция на прививку		Медицинал қайшылық
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
04.07.23г.	13.07.26г.	0.5	0115N006			

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе / Прививка против других инфекций [illegible]

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		М
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	04.07.23г.	13.07.26г.	0.5	ИБ 30514	[illegible]			
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____Қолы (Подпись)_____

Себебі(Причина)_____

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

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

Карта ұйымда қалады.

Данный документ согласно пункту 1 статьи 7 ЗРК от 7 января 2003 года №370-II «Об электронном документе и электронной цифровой подписи» Об идентификации, аутентификации и авторизации, а также в соответствии с Правилами проверки подлинности электронного документа Вы можете на сайте [illegible]

Scanned with CamScanner

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

Медициналық мекемесі
«МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР»

Форма № 052-2/у "Паспорт профилактики"

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Шаяхметов Жансерік

ИИН

Дата рождения 04.05.2015 г.

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях:

отец 8776 775 0888.

Поликлиника прикрепления

Группа крови Резус-фактор II - III

Инвалидность (да/нет) группа

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

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
	1 кл					

2. Аллергологические сведения

Таблица 2. Аллергологический

Аллергий (есть/нет)

Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания
	1 кл.			

* Вид аллергии: пищевая, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевания	Год	Заболевания	Год
Корь	—	Дифтерия	—
Коклюш	—	Туберкулез	—
Скарлатина	—	Эпидемический паротит	+
Брюшной тиф	—		
Ветряная оспа	—		
Краснуха	—		
Вирусный гепатит (А, В, С, Д)	—		

Scanned with CamScanner

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 На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 21.07.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус Центр"

ИИН

Аты, тегі, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) ТУЛЕПОВ ЖАНСЕРИК

Туған (Дата рождения) 08.04.2021

Жайы (Адрес) РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ Актобе , СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ Каргалинский , ЖИЛОЙ МАССИВ Актобе Сити, МИКРОРАЙОН Актобе Батыс 2 17а корпус 1 кв 17

Иное заключение

Нужное частое

Қойылған (при необходимости)

Т. аты, әкесінің (При его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку

ЗА ГУЛЬНАРА АБИЕВНА

257504

М.О. (Печать)

приказ № КР ДСМ-175/2020
Қазақстан Республикасы сақтау министрінің
Міндеттерін атқарушы 2020 жылғы 30 қазан
№ ҚР ДСМ-175/202 Бұйрығына 1-қосымша
Приложение 1 к приказу
Исполняющего обязанности Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 30 октября 2020 года
№ КР ДСМ-175/202

Медициналық мекемесі
«МЕДИКУС ЦЕНТР»
Медицинский

Профилактикалық екпелерді картасы — **Форма № 065/е нысынды**

КАРТА профилактических прививок — **Форма № 065/у**

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

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

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

2. Туылған күні (Дата рождения) _____ ИИН _____

3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес населенный пункт:) _____

Көшесі (улица) _____ үй(дом) _____ корпус пәтер (квартира) _____

Мекен жайы ауысқаны уралы белгілер (Отметки р перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні,себебі) Медицинский отвод (дата,причина
Күні дата	Нәтижесі результат						
		Егу вакцинация					
		Қайта егу ревакцинация					

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

Күл.көкжөтел,сіреспеге қарсы екпе/ Прививка против дифтерии,коклюша,столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т°) общая (Т°)	Ерінген жерде местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

*Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС-адсорбцияланған,көкжөтел-дифтерия-сіреспе вакцинасы; АДС-адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС-М-анатоксин-адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині,құрамында антигені мөлшері азайтылған. АД-адсорбцияланған дифтерия анатоксині; АС-адсорбцияланған сіреспе анатоксині, К-көкжөтел 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 вакцин

Scanned with CamScanner

Вирусті гепатитке қарсы/Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т°) общая (Т°)	Ерілген жерде местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паратита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата		Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	
					Жалпы (Т°) общая (Т°)	Ерілген жерде Местная

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозаса Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т°) общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе /Прививка протиы других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
Егу Вакцинация							
Қайта егу Ревакцинация							

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____ Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина)_____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу –профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады

Қаладан (ауданнан)көшкен кезде қолына ерілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

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

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках

Карта остается в организации.

Scanned with CamScanner

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

Приложение 6 к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 171

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

1. Общие сведения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) работника

Дата

Пол

Пол

Дата

Знаковый класс (или код) организации (предприятия)

Специальность

Регистрационное удостоверение

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) при чем

Состоит на рабочем на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов (Z71-Z76, F00-F99)

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Основная организация		Организация средней специальности		Организация дополнительного типа	
	Общая	Корректировочная	Общая	Корректировочная	Общая	Корректировочная

«Бай қалалық емхана» коммуналдық кәсіпорнының Оң түстік - Батыс дәрігерлік амбулаториясы

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (профилактическом) учете, медосмотр

Дата выдачи 03.06.2026

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

1. ФОТО

2. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) (Фамилия, имя, отчество указываются

3. Дата рождения (Дата рождения)

4. Документы (Адрес)

5. Место работы (учебы)

6. Регистрационный номер

Дата

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

подпись

Таблица 6. С какими и сколько лет назад перенесенные травмы, операции

Дата (с какого числа) по какое число	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация

Scanned with CamScanner

		КҰЖЖК бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы №907 бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма №063/ у утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 11 жылғы (года) «____» _____ есепке алынды (взят на учет)

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

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

2. Туған күні (Дата рождения) 04. XII 2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Юж. Хазрет 35
көшесі (улица) 87057237790 үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулезге қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация		06.XII.25	0,05	0372	1ай – туберкулез қарсы 3ай – туберкулез 6ай – КҚБ қарсы 12 – КҚБ қарсы
		қайта егу ревакцинация					

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
V1 Най	05.04.24	V3.U571V		25.09.25	0,5 Y8C431A			
V2 Бай	06.05.24	XOC471M	V4	25.XII.25	21-1804025			
V3 Бай	06.06.24	W3C283V						

Күл, коклюшке, 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		Медицин қайшылы Медицинс отвод
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V1 Най	05.04.24	0,5	V3.U571V	АДСТ+КҚБ ИПВ+ВГ.В	Жо	Жо	
	V2 Бай	06.05.24	0,5	XOC471M	АДСТ+КҚБ+ИПВ	Жо		
	V3 Бай	06.06.24	0,5	W3C283V	АДСТ+КҚБ+ИПВ	Жо		
Қайта егу Ревакцинация	R	25.09.25	0,5	Y8C431A	ВГ.В R АДСТ	Жо		

Scanned with CamScanner

* Препаратор мына әріптерінің бастапқылары: АКДС – адсорбцияланған, коклюшті – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбцияланған дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында вакцина мөлшері азайтылған адсорбцияланған дифтерия анатоксині АС – адсорбцияланған сіреспе анатоксині, К – көкжөтел 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, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтпалары Медицинский отвод
Бір Ревакцинация	[illegible]	05 XII 23	0,5	0342	АКДС	Нб	Нб	
	[illegible]	05.04.24	0,5	[illegible]	АКДС+Полиомиелит			
	[illegible]	16.04.24	0,5	[illegible]	АС-Б столбняк			
Қайта егу Ревакцинация					ИПВ+ АС-Б			
	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]			
		[illegible]		[illegible]	[illegible]			

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита КПК

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтпалары Медицинский отвод
[illegible]	[illegible]	0,5	[illegible]	[illegible]		

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтпалары (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
[illegible]	[illegible]	0,5	[illegible]			

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтпалары (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Бір Ревакцинация	[illegible]	05.04.24	0,5	[illegible]	[illegible]	45	45	
Қайта егу Ревакцинация	[illegible]	05.04.24	0,5	[illegible]	[illegible]	нб	нб	
	[illegible]	[illegible]	0,5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

Екпені енгізген күні (Дата ввития в учета) _____ Қолы (Подпись) _____

Сәйкес (Причина) _____

Карта бұлғы емхана ветеринарлық бөлімшесі немесе қалалық (ауылдық) ветеринарлық станциясында (ВСУ) толтырылады

Карта заполняется ветеринарным отделением поликлиники или городской (сельской) ветеринарной станцией (ВСУ)

Карта үйлесімсіз қалады

Карта заполняется в данной ветеринарной организации (ВСУ) при смене района на учет

«№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 Аманулы Казыбек Бибатқызы

Национальность Казак Дата рождения 28.02.2023
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) г Актобе

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Тлесинбай Н.К
Место работы матери/ законного представителя
Телефон матери/ законного представителя 8702 1007025
Ф.И.О. год рождения отца
Место работы отца Жаулов Н. Н
Телефоны отца
законных представителей
Поликлиника прикрепления
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	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное

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

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

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

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 04.06.2026

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

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

3. Туған күні (Дата рождения): 28.02.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, ДОМ: 2

5. Медицинское заключение:
Здорова

6. Рекомендации (при необходимости):
Эпид окружение

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии), идентификатор врача, выдавшего справку:
ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЛҒАТОВНА 119056

Мөр

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау мин... м.а 2020 жылғы «30»қазандағы №175 бұйрығымен бекі... №65/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы № 4 КДЕ Наименование организации ГП № 4. М.В1	Медицинская документация Форма №065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года №1

АЛДЫН АЛА ЕГІЛУ КАРТАС

Есепке алынды «01» 03 2023 жыл. Ұйымдасқан мекемелер үшін балалар мекемесінің атауы Городская поликлиника №4

1.Аты-жөні Ильясова Карлыгаш

2.Туған күні 28.01.2023

3.Мекен-жайы,елді мекен г. Аксобе көшесі п. Жанаконыс Мира 10 пәтер

Мекен-жайы ауысқаны туралы белгілер 3708 244 1836 Тел. Байсан - 3701 1007025

Туберкулез ауруына қарсы екпе.

Туберкулез сынамасы			Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Медициналық қайшылықтар (күні,себебі)
күні	нәтижесі						
		Егу Вакцинация	28.01.23	01.03.23	0,5	D3H037	
		Қайта егу Ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екпе.

Туған жылы	Күні	Сериясы	Туған жылы	Күні	Сериясы	Туған жылы	Күні	Сериясы
19.06.23								

Гемофилияға,күл,көкжөтел,сіреспеге қарсы екпе.

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медицинал қайшылы
						Жалпы (t°)	Егілген жерде	
Егу Вакцинация		19.06.23	0,5	3L246				
Қайта егу Ревакцинация								

Вирусты гепатитке карсы екпе.

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар
						Жалпы (t°)	Ерілген жерде	
V1	15.03.23	28.03.23	0,5	03ЧМ005	ВГВ	ш/ж	ш/ж	
	10.06.23		0,5	03ЧМ005	ВГВ	ш/ж	ш/ж	
	10.09.23		0,5	03ЧМ005	ВГВ	ш/ж	ш/ж	

Паротитке карсы екпе.

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар
						Жалпы (t°)	Ерілген жерде	
24.11.23		05.12.23	0,5	0132N035	ПКК	36,6	36,6	
10.04.24		10.04.24	0,5	0132N035	ПКК	36,6	36,6	

Қызамық,қызылшаға карсы екпе.

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар
						Жалпы (t°)	Ерілген жерде	

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екпе._____

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар
						Жалпы (t°)	Ерілген жерде	
6	10.10.23	10.10.23	0,5	0132N035	ПКК	36,6	36,6	
20.04.24		20.04.24	0,5	0132N035	ПКК	ш/ж	✓	
10.04.24		10.04.24	0,5	0132N035	ПКК	ш/ж	✓	

Есептен шығару күні _____ Қолы _____

Себебі

«№4 қалалық емхана» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны

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

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

I. Общие положения

Ф.И.О.ребенка Абдигалиев Шахназ

Национальность каз Дата рождения 06.12.2013

Пол: мужской/женский (подчеркнуть) жен.

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)
Алматы ОРДО 5 Е-40
8 705 481 70 53 – мамасы

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя _____

Место работы матери/ законного представителя _____

Телефон матери/ законного представителя 8705 382 08 14

Ф.И.О. год рождения отца _____

Место работы отца _____

Телефоны отца _____

законных представителей _____

Поликлиника прикрепления _____

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	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное

Scanned with CamScanner

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі мәліметтер ақпарушының 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 08.06.2026

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

1. ЖСН/ИИН: 231206653406

2. Пациенттің аты, жөні, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АБЫЛАЙҚЫЗЫ ШАХНАЗ

3. Туған күні (Дата рождения): 06.12.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , РАЙОН: Уилский , СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Уилский , АУЛ(СЕЛО): Уил , УЛИЦА: Бакаева , ДОМ: 43

5. Медициналық қорытынды: Здоров

6. Ре[illegible] қажеттілігі): Это[illegible]

7. Аты-жөні, қолы, отчествасы (болған жағдайда) және дәрігердің идентификаторы: ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ЗАЙРАТОВНА 119056

V3- XI.24 RV- V! 25
КПК - VII.24 V, ВГ, Р - 10 25.

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 065/ у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30 октября 2020 года № 175
Ұйымның атауы: Наименование организации	№4 қалалық поликлиника мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны Оң түстік - Батыс аудандық амбулаториясы ОАС

ВГА1

КАРТА

профилактических прививок

20___ года "____" _____ взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения _____

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Абилайхан Шахназ

2. Дата рождения 06.12.2023

3. Индивидуальный идентификационный но[мер] _____

4. Домашний адрес: населенный пункт ___ улица Отан, Бақай 43.

Дом _____ корпус _____ квартира _____

Отметки о перемене адрес Б-2. 5е-40

8705 781 1053; 87012634905 Бағсан.

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		вакцинация	V рід	08.12.2023	0,05	03026044	
		ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V1	05.04.24	V3ЕЛТНV	V3	16.06.25	X334733V	1г5		
V2	20.06.24	W1A73	V1	16.VII.25	2к-18040ИЕ	1г5		

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т°)	Местная	
Вакцинация	V1	05.04.24	0,5	V3ЕЛТНV	Пентаксим	нет	нет	
Ревакцинация	V2	20.06.24	0,5	W1A73	Пентаксим	нет	нет	

V3 Тивай 16.06.25 0,5 X334733V Абилайхан Ш.В. 1г5

* 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.

Прививка против вирусного гепатита

		Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку: Общая (Т°)	Реакция на прививку: Местная	Медицинский отвод
Вакцинация	V		26.12.23	0,05	1741:04	$Б_{II}БП$	Н/б	Н/б	
Ревакцинация	V1								
	V3	Июнь	16.06.25	0,5	X334113V				Н/б
	V	18.06.24		0,5	2014				Н/б

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку: Общая (Т°)	Реакция на прививку: Местная	Медицинский отвод
V1 Июнь	16.03.25	0,5	0133N100A	Н/б	Н/б	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку: Общая (Т°)	Реакция на прививку: Местная	Медицинский отвод (дата, причина)
V1 Июнь	16.03.25	0,5	0133N100A	Н/б	Н/б	

Прививки против других инфекций

		Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку: Общая (Т°)	Реакция на прививку: Местная	Медицинский отвод
Вакцинация	V		25.01.24	0,5	GV3785	Н.В.	н/б	н/б	
Ревакцинация	V2	Июнь	16.03.25	0,5	АВ4260	Превенар 13	Н/б	Н/б	

Дата снятия с учета) _____

Подпись _____

Причина _____

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

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта сдана в организацию

«Ақтөбе қаласының денсаулық сақтау басқармасының Оңтүстік Батыс дәрігерлік амбулаториясы» коммуналдық мемлекеттік кәсіпорны

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

Форма № 052-3/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие сведения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Ғалымбекова Балауса Ерболқызы

ИИН

Дата рождения 20 XII 2023

Пол

Домашний адрес (или адрес организации, осуществляющей такой уход) Ақтөбе-23

Сведения о законных представителях:

Национальная принадлежность

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. Характеристики организаций

Ясли, под наступлению	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организации среднего образования		Организации интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

Форма № 027/у

СПРАВКА № при выписке (Диспансерное) карте не состоит

Дата выдачи 07.02.2025

Наименование, адреса Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на праве хозяйственного ведения государственного учреждения "Управление здравоохранения Актюбинской области"

1. ВСЕНЕВА

2. Паспортные (ф.и.о., имя, отчество, год рождения) СЕРИКБАЕВА БАЛАУСА ЕРБОЛҚЫЗЫ

3. Год рождения (Дата рождения) 20.12.2023

4. Национальность (Адрес) РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ Актюбинская ГОРОД ЖЛ Энже Актобе ЧЕЧЕЛЬ Акжары Актау-Батыра ДОМ 29

5. Медицинское заключение

Заключение

6. Рекомендации (при необходимости)

Знаки медицинских работников

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

АЗЕРБАЙДЖАНОВА АЛМАГУЛЬ ТАСТАЙҚЫЗЫ

Подпись

М.п.
(Печать)

Таблица 6. Сведения о госпитализациях (включая травмы, операции)

Даты (с какого числа до какого числа)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация

Scanned with CamScanner

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 ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области		Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

"Профилактикалық егілгендің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

20 жылы (года) есепке алынды (взят на учет)

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

1. Тегі, аты, анасының аты (Фамилия, имя, отчество) Сарсенбаева Балауса

2. Туған күні (Дата рождения) 20 XII 2023 3. ЖСН (ИИН)

4. Мекенжайы және мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе Юбилейный ул. Кашаубаева - 23

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8 777 506 57 01

Туберкулез ауруына қарсы екпе Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отв (дата, причина
күні дата	нәтижесі результат						
				21 XII 23	0,05	0371	Тер-ду

Полиомиелитке қарсы екпе Прививка против полиомиелита

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сер Се
	07.04.24	Y2C1202		-				
V2	05.08.24	6042020	4 м	4 м				
V3	03.09.24	Y3C1207	5 м	5 м				

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

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Етілген жерде	
	07.04.24	0,5	Y6C002	АКДС-М			
V2	05.08.24	0,5	6042045	АКДС+ИПВ+ДТП	4 м	4 м	
V3	03.09.24	0,5	Y6C1202	АКДС+ИПВ	5 м	5 м	

Scanned with CamScanner

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Ерілген жерде	
	20.12.23	0,5	19004	АКДС	ш		
✓	03.09.24	0,5	43G-1102	АКДС + ИПВ			

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
			Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы		Медицинал қайшы-лықтар (күні, себе
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	

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

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себеб Медицинск отвод (дата, причи
							Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	
	07.07.16	0,5	1			Рубеол.			

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

2

Приложение 6 к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года №17

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Бекенан Сартай Алмазулы

Дата рождения 14.07.2023

Пол мужск.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Мкр-зап 1, Юлия 50 кв 44

Сведения о законных представителях:
Бекенова Гульнар Бекболатовна
Бекенов Алмаз Бектемирович

Поликлиника прикрепления ГП №4

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 қиналық емхана» кешенекті» коммуналдық кәсіпорыны Оң түстік - Батыс дәрігерлік амбулаториясы

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

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

Форма № 027/у

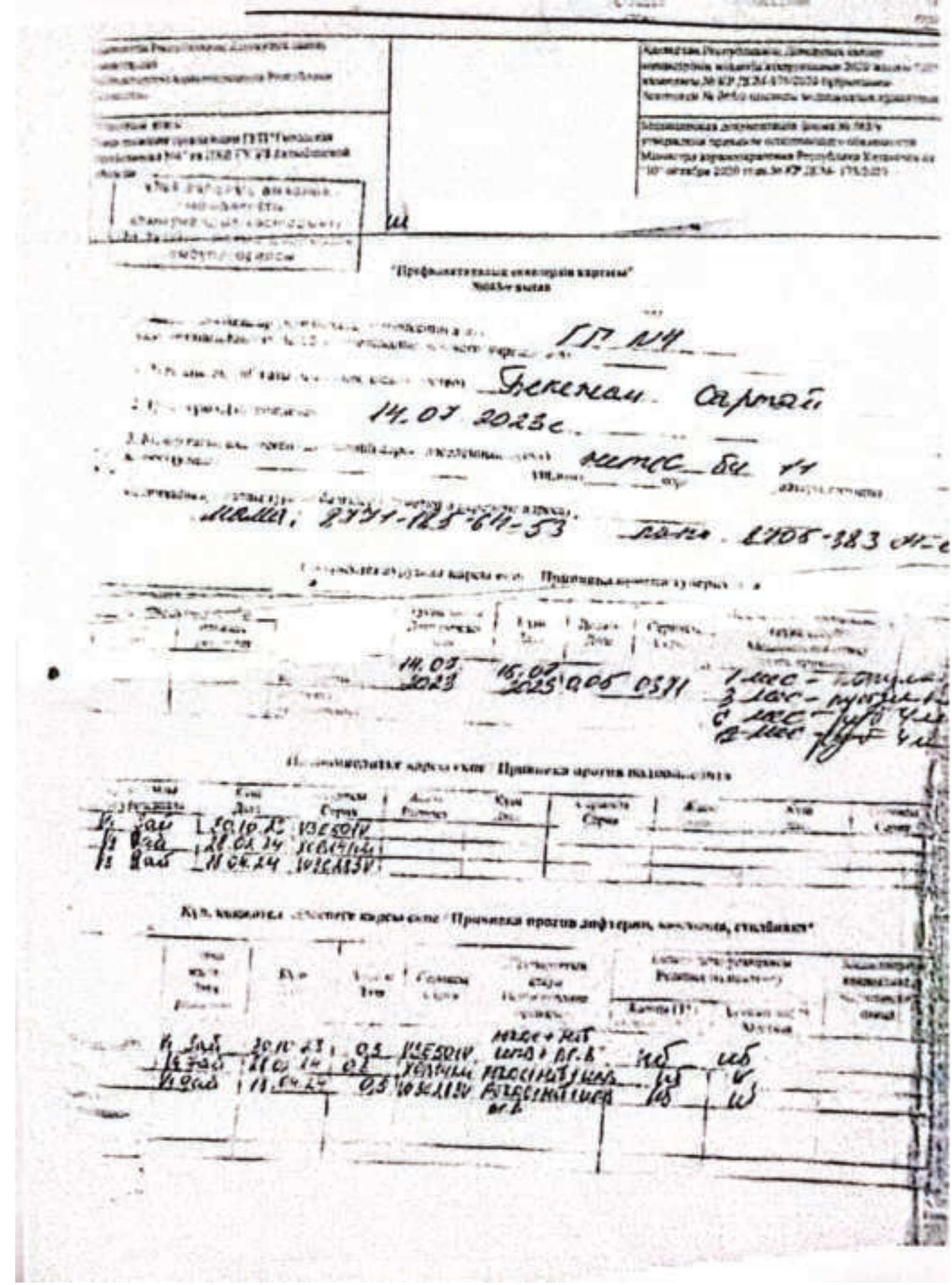
СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: на состоит

Дата выдачи 03.08.2026

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 (ер/әйел, жасы/жасы толғанда) (Фамилия, имя, отчество пациента) БЕКЕНАН САРТАЙ АЛМАЗУЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения) 14.07.2023
4. Мекенжайы (Адрес) РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ. Актобе , ЖИЛОЙ МАССИВ Юго-Запад, ДОМ: 21Б
5. Медицинская документация
Заключение
6. Результаты
Отказ от медицинского вмешательства
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку
ТЕЛЕНОВА САУЛЕШАР ТАЛГАТОВНА 11808

* Под аллергии: медицинская, лекарственная, аллергическое заболевание



	14.07.2023	14.07.2023	0,5	ОБУ	Рабиес	КБ	КБ	
	13.09.23	30.10.23	0,5	VSESP10	Менингококковая	КБ	КБ	
	12.09.24	11.09.24	0,5	VSCLESV	Гепатит В			

13.09.23	05.11.24	0,5	ОЗЭНОСТА					

13.09.23	05.11.24	0,5	ОЗЭНОСТА					

13.09.23	10.10.23	0,5	СНИФЛ	Гриппол 13	КБ			
12.09.24	11.09.24	0,5	СГРИПП	Гриппол 13	КБ			
13.09.23	05.11.24	0,5	НЕЙЗАЛ	Гриппол 13				

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

2

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 Орак Қазақым Әлібекқызы

ИИН

Дата рождения 26.09.2023

Пол Женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Юго-Запад 2 - 45

Сведения о законных представителях:

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 _____

*для исключения диагнозов B20-B24, F00-F99

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

Казахстан 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: на состоит

Дата выдачи 03.06.2026

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

1. Ә

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

3. Туған күні (Дата рождения): 26.09.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ. Актобе , ЖИЛОЙ МАССИВ Юго-Запад 2, УЛИЦА ДОМ , ДОМ 45

5. Медициналық ұйымның

Заведующая Батыс Дәрігерлік

6. Дәрігердің (Фамилия, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) және идентификатор врача, выдавшего справку:

ТЕЛЕУБАЕВА Гаухар Ерлановна 119058

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Общая | Местная

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 063/е медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 063/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

"Профилактикалық егілуден қорғалды"
№063/е нысан

20___ жылғы (года) "____"_____

Үйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ДП №4
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Орақ Қозыбаев Әбдесат

2. Туған күні (Дата рождения) 26.09.2023.

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) ДЗ-й ук: 45
көшесі (улица) _____ үй(дом)_____ корпус_____ пәтер(квартира)_____

Мекенжайы ауысқан туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8702 251 3928.

Туберкулезге аллергия қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулин сынамалары * Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қабылдаулар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	26.09.23	27.09.23	0,05	0321	1 мес - 140 тг 2 мес - 140 тг
		қайта егу ревакцинация					6 мес - 140 тг 12 мес - 140 тг

Полиомиелитке қарсы екпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата
V1 Доб	26.12.23	V1E501V	2м	02.05.25	4015H21		
V2 Доб	26.01.24	V2E521V	4м	14.08.25	2м 1009125		
V3 Доб	26.02.24	V3U537V					

Күл, коклюшке, 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°) Общая (Т°)	Екпенің маңы Местная
Күл / Вакцинация	V1 Доб	26.12.23	0,5	V1E501V	АКДС-ПЦВ-Л	нб	нб
	V2 Доб	26.01.24	0,5	V2E521V	АКДС-ПЦВ-Л	нб	нб
	V3 Доб	26.02.24	0,5	V3U537V	АКДС-ПЦВ-Л	нб	нб
Қайта егу Ревакцинация	2м 10дб	02.05.25	0,5	4015H21	АКДС-ПЦВ-Л	нб	

Scanned with CamScanner

...дың дифтерия анатоксин АС – адсорбтелген сірсіз анатоксин, К – коклюшті вакцина.
* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный д...но-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанис...нов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Егілгеннен кейінгі реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	Медициналық қайтымсыз Медицинский отвод
Егу Вакцинация	26.09.23	26.09.23	0,5	0644	КБ	нб	нб	
	V1 бай	26.11.23	0,5	V3E534V	Энджерикс-В	нб	нб	
	V3 бай	26.01.24	0,5	V3L139V	Вр.В' Комбиотех	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация		Вр.А			Инфл+Вр.А			
	V1 ақп	02.2.25	0,5	AB10A05B42	Вр. А°	нб		
		26.04.25	0,5	1024080104	Вг.А			

ККК

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Егілгеннен кейінгі реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	Медициналық қайтымсыздық Медицинский отвод
V1/кас	01.10.24	0,5	0133N058A	нб	нб	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Егілгеннен кейінгі реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	Медициналық қайтымсыздық (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
V1/кас	01.10.24	0,5	0133N057A	нб	нб	

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Егілгеннен кейінгі реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная.	Медициналық қайтымсыздық (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Егу Вакцинация	V3 бай	16.11.23	0,5	CH0017	превенар 13	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	V2 бай	26.01.24	0,5	GX9430	превенар 13	нб	нб	
	V3/кас	01.10.24	0,5	HP7361	превенар 13			

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы (Подпись) _____
Себебі (Причина) _____

- Карта балалы есепке алғанда баланың емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады
- Көшкен (аудандан) кеткен кезде қалыпты егілгені туралы анықтама беріледі.
- Карта ұйымда қалады.
- Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ДЛП) при взятии ребенка на учет.
- В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.
- Карта остается в организации.

Scanned with CamScanner

мұнай қалалық емхана» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорнына Оң түсіп батыс дәрігерінің шабуыл-қорғасы

2

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
Тәкелен Байсұлтан Есетұлы

ИИН

Дата рождения 24.08.2023

Пол Ұл

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Юго-Запад 1, здание 8 квартира 14

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления

Группа крови 1 Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) 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

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 На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 04.09.2026

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

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

3. Туған күні (Дата рождения): 24.08.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ: Актобе , УЛИЦА: Халиуды Мамонкей , ДОМ: 14

5. Медициналық мекеменің (Здравоохранение):

6. Ұйымдастырушылық-құқықтық нысаны (Организационно-правовая форма):

7. Фамилиясы, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) және идентификатор врача, выдавшего справку: ТЕМИРБУЛАТОВА РАУШАН ТАЛҒАТОВНА 119008

ТЕМИРБУЛАТОВА РАУШАН ТАЛҒАТОВНА ДӘРІГЕР ВРАЧ

Scanned with CamScanner

Дата	Дата	Серия	Оспа	Мантоу

Профилактикалық егілгендігі картасы
Карта прививок

20 2 жылғы (годы) «__» _____ есепке алынды (взят на учет)

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

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

2. Туған күні (Дата рождения) 24.01.25

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) [illegible]
көше (улица) [illegible] үй(дом) [illegible] пәтер(квартира) [illegible]

Мекенжайы ауысқан туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулин сынамалары Туберкулинные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Мекеменің қайдағылығы (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		оң положительная		26.02.25	0,05	0371	1 а.б – жақын
		жалған оң ложноположительная					6 а.б – бүк. ф.
							6 а.б – бүк. ф.
							12 бүк. ф.

Полиомиелитке қарсы екпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата
V1	03.05.25	F361206					
V2	03.08.25	БР20251					
V3	01.09.25	Y35C1284					

Күл; коклюшке, сіреспеге қарсы екпе / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аталуы Наименование препарата	Басқа дәрі реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Тігілген жері Место
АКДС Вакцина	V1	03.07.25	0,5	Y39402	АКДС 1 доз	36,6	нет
	V2	03.08.25	0,5	БР20251	АКДС 1 доз	36,6	нет
	V3	01.09.25	0,5	Y35C1284	АКДС 1 доз	36,6	нет
Қайта егу Ревакцинация							

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбталған, коклюшты – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбталған дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбталған дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері аз адсорбталған дифтерия анатоксині АС – адсорбталған сіреспе анатоксині, К – коклюшті 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, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге деген реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайтыс Медицинский
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	
Бір Вакцинация		26.08.25	05	0374	АКДС	нб		
		02.07.26	05	730120	АКДС	нб		
		01.09.26	05	930801	АКДС	нб		
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге деген серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайтыс Медицинский отв
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	
04.06.26	04.06.26	05	0135 N006A	нб	нб	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге деген серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайтыс (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	
04.06.26	04.06.26	05	0135 N006A			

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге деген реакциясы Реакция на прививку		Медицин қайтыс (күні, себ Медицин отвод (дата, прич
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	
Бір Вакцинация	04.06.26	04.06.26	05	ИЕ5054	Превенар 13			
Қайта егу Ревакцинация								

Кестеге енгізілген күні (Дата внесения в учет) _____ Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

Карта бойынша есепке алынған балалар ауру - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады

Келгенін (ауысқанын) кешкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

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

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.

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

2

Приложение в при
Министр здравоохран
Республики Казах
от 19 декабря 2023 года №

Форма № 053-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Сагидулла Жибек Т.

Дата рождения 23.04.23
Пол мужской
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях:
мама Сагидулла Жибек Т.

Тана Сагидулл Турар С.
Поликлиника прикрепления №4 детская
Группа крови _____ Резус-фактор _____
Инвалидность (да/нет) нет группа _____
Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) ____
Диагноз (код МКБ- 10)* Z022
Дата взятия на диспансерный учет нет
*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

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

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № КР ДСМ-175/2020 бұйрығымен Бекітілген № 027/у 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 04.06.2026

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

1. ЖС
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): САГИДУЛЛА НУРАЛЫ ТУАРҰЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 23.04.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ. Актобе , МИКРОРАЙОН Батыс 2 , ДОМ 15А , КВАРТИРА 39
5. Медициналық мекеме:
Эпид оқуынан чистая
6. Рекомендации
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ЗАГИТОВНА 119058

М.О.
(Печать)

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Scanned with CamScanner

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 ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области		Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық егілгендің картасы"
№065/е нысан

2025 жылғы (года) «16» 2Т _____ есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ГП №4
(для организованных детей наименование детского учреждения) _____

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

2. Туған күні (Дата рождения) 21.10.2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Мамбетова 38
көшесі (улица) _____ үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) тел: 8702-499-05-32

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайтпалықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	21.10.23	22.10.23	0,05	0322	1 мес корь 2 мес - дпт 3 мес - дпт 12 мес - дпт
		қайта егу ревакцинация					

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
11 дай	27.12.23	V3E504V	2	29.04.25	V04511M			
1 жас	26.01.24	V04511M	1 жас 6 ай	10.11.25	2г - V04511M			
3 жас	26.02.24	V3M571V						

Күл, коклюшке, сіреспеге қарсы екпе / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге деген реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайтпалықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерінген жерде Местная	
Егу Вакцинация	1 жас	27.12.23	0,5	V3E504V	АКДС+Hib+ВГВ	нб	нб	
	1 жас 6 ай	26.01.24	0,5	V04511M	АКДС+Hib+ИПВ	нб	нб	
	3 жас	26.02.24	0,5	V3M571M	АДС-М+Hib+ИПВ			
Қайта егу Ревакцинация	6 жас	29.04.25	0,5	V04511M	ВГВ АДС-М+Hib+ИПВ	нб		

Scanned with CamScanner

* Препаратар кыска әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбталған, коклюитсіз – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбц дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбталған дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері адсорбталған дифтерия анатоксині АС – адсорбталған сіреспе анатоксині, К – коклюштен вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбиров но-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным сод нием, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакци

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге деген реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная
Бір Вакцинация	21.10.23	21.10.23	0,5	0341	RTR	норм	норм
	12.10.05	27.12.23	0,5	ENESWV	НЕВАКСИНПРАЙМ		
	13 мая	16.02.24	0,5	P3J4591V	М.Б. АБЕВАКС		
Қайта егу Ревакцинация					ИПВ + В.Г.Б.		
	16.2м	31.10.25	0,5	H2204092A1	М.Б.		
		31.04.25	0,5	0024 ИПВ			

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

RRL

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге деген сезімтілігі Реакция на прививку		Медициналық қайш Медицинский о
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
16 мая	29.10.24	0,5	0133N057A			

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге деген сезімтілігі Реакция на прививку		Медициналық қайтыс (күні, себебі) Медицинский отво (дата, причина)
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
16 мая	29.10.24	0,5	0133N057A			

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге деген реакциясы Реакция на прививку		Медицин қайтыс (күні, се Медицин отво, (дата, при
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Бір Вакцинация	16 мая	27.12.23	0,5	CHF087	превенар 13	норм	норм	
Қайта егу Ревакцинация	12 мая	16.02.24	0,5	CX9034	превенар 13	норм	норм	
	13 мая	29.10.24	0,5	HP8430	превенар 13			

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____ Қолы (Подпись)_____

Себебі (Причина) _____

Карта балалы есепке алынған балалар емлеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қалалдан (аудандан) өзгеше кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

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

Scanned with CamScanner

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

2

Приложение к при
Министр здравоохран
Республики Казах
от 19 декабря 2023 года №

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Сапиулла Нурдин Е
ИИН 230423535536
Дата рождения 23 04 23
Пол мужской
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях:
мама Копанова Ж Ж
папа Копанов Нурд С
Поликлиника прикрепления №4 филиал 2
Группа крови ____ Резус-фактор ____
Инвалидность (да/нет) нет группа ____
Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) ____
Диагноз (код МКБ- 10)* Z00.2
Дата взятия на диспансерный учет нет
*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

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

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/у 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 04.06.2026

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

1. ЖСНИИН: 230423535536
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): САПИУЛЛА НУРДИН ТЕРАРУЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 23.04.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ Актобе , МИКРОРАЙОН Батыс 2 , ДОМ: 15А , КВАРТИРА: 39
5. Медициналық қорытынды:
Этад зарубежная часть
6. Рекомендации по лечению: Здоров
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ТЕМИРБУЛАТОВА ГАУХАР ТАЙЛАУОВНА 11808

Мөр (Печать)

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Scanned with CamScanner

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		...н Республикасы Денсаулық сақтау ...нің 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 ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области	«№4 қалалық емхана» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны Оң түстік - Батыс дәрігерлік амбулаториясы	Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

"Профилактикалық екпелердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

___ жылды (года) « » есепке алынды (взят на учет) Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Сапарулина Нурлан Тулеуович

2. Туған күні (Дата рождения) 23.04.2023г. 3. ЖСН (ИИН)

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе Батыс 15 2 39

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8701 9190336

Туберкулез ауруына қарсы екпе 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						
			1 мес.	25.05.23	0,05	037	к. р. 5 мес.

Полиомиелитке қарсы екпе Прививка против полиомиелита

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

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

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Еңілген жерде	

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
					Жалпы (Т°)	Ерілген жерде	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
			Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	
Vo Гай 23 11 23	0,5	0133N001B	н/б	н/б	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде	
Vo Гай	23 11 23	0,5	0133N001B	н/б	н/б	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
							Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Scanned with CamScanner

ТОО «Элеос»
Медицинская [illegible]
Актобе [illegible]
№ 04. 06 2026

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 Исенгір Дария Нариманқызы

Дата рождения 04.06.2023

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Самыбай батыра 92 л кв 2

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ГП-Р6

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

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

Диагноз (код МКБ-10)* Z00

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	общая	коррекционная	общая	коррекционная	общая	коррекционная
04.06.26	+					

Scanned with CamScanner

МО «Элеос»
Медициналық Орталығы
Ақтөбе қаласы
№07 «04» 06 2026 ж.

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

Ұйымның атауы Наименование организации ТОО Мц «Элеос»

[redacted]

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Есенгул Аруа Георгиевна
3. Туған күні (Дата рождения): 04.06.1993
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ: Актобе, УЛИЦА: Сана б. ДОМ: 77 кв 2
5. Медициналық қорытынды: Здоров Эпидокружение нет
6. Ұсынымдар (қажеттілігі бойынша): динамике в поликлинике
7. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) және анықтаманы берген дәрігердің идентификаторы: Мер (Печать)

АНЫҚТАМАЛАР ҮШІН ДӘРІГЕРЛІК КЕҢЕС

ДОКТОР ВРАЧ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген №065 /у формасы медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ГП№6		Медицинская документация Форма № 065 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года № 175

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20__ жылғы (года) «____» _____ есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы _____ ГП№6.
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Вексельдер Адия
2. Туған күні (Дата рождения) 04.06.2023
3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____
көшесі (улица) Г. Баишев үй(дом) 72Г
кіреберіс _____ пәтер(квартира) 2
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8775207 1552.

Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	04.06.23	05.06.23	0,05 бір	0371	Рубеш Ұшы
		қайта егу ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

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

Прививка против дифтерия, 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								
Қайта егу Ревакцинация								

Scanned with CamScanner

Прививка против вирусного гепатита В

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
Егу Вакцинация	04.06.23	04.06.23	0,5	0341	ВПВ			
Қайта егу Ревакцинация								

Прививка против кори,паротита и краснухи / КПК

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене сезімділігі Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене сезімділігі Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
V1	8.VI-26	0,5	0125			

Прививка против вирусного гепатита/ ВГ«А »

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене сезімділігі Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене сезімділігі Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)

Прививка против других инфекций/ превенар

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Егу Вакцинация	V3	8.VI.26	0,5	3233	превенар			
Қайта егу Ревакцинация								

Scanned with CamScanner

«ТТ и К» 2
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН.
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ

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
Сабанбай Айбат

ИИН 231009551026.

Дата рождения 09.10.23.

Пол муж.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Мангилик ел 20

Сведения о законных представителях:
Мама
Папа
т-87076590100

Поликлиника прикрепления Т Ж У К.

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

«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН.
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/у 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 29.06.2026

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

1. ЖСН/ИИН: 231009551026
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): САБАНБАЙ АЙБАТ АБАТҰЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 09.10.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ. Актобе , УЛ/ЦА. Мангилик Ел , ДОМ: 20
5. Медициналық қорытынды:
Энид серум чистив. Может повышать ДДУ.
6. Ұсынымдар (қажеттілігіне қарай):
Бал на иглист на обнаружен.
7. Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) және идентификатор: НИГАЗИНА РАХАТ ЗАЙНЕТДИНОВНА 24892

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Scanned with CamScanner

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау м.а. 2020 жылғы «30» қазан №175 бұйрығымен бекітілген 063/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 063/у Утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октяб я 2020 года №175

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

2013 жылғы (года) «18» 10 есепке алынды (взят на учет)

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

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Сабитхан Жібек
2. Туған күні (Дата рождения) 09.10.2013
3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Жанашық ст. 10, к. -59
көшесі (улица) _____ үй(дом) _____
корпус _____ пәтер(квартира) _____
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87076590100

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	09	11.10.2013	0,1-0,05	03726044	
		қайта егу ревакцинация					

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

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге деңе реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	09.10							
Қайта егу Ревакцинация								

Scanned with CamScanner

*Препаратар мына әріптермен АКДС — адсорбцияланған, коклюшті — ... АДС — адсорбцияланған дифтерия — сіреспе АДС - М-вакцинасы-... дифтерия-сіреспе құрамында вакцина МА'ЛІЛерді қайталағыш АД — адсорбцияланған дифтерия АС — адсорбцияланған сіреспе К — КОК-жөтел вакцинасы.

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

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылық Медицинский
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	09.10.23	14.08.24	0,5	03НВ0402	ВГВ			
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский от
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
09.10.23	14.08.24	0,5	03НВ0402			

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайш (күні, себеб Медицинский от (дата, причина)
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе / Прививка против других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықта (күні, себебі Медицинский о (дата, причин
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	09.10.23	14.08.24	0,5	03НВ0402	Engerix-B			
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы (Подпись) _____

Себебі(Причина): _____

Карта балалар есепке алынып балаларды емдеу-профилактикалық ұйымдарда (ЕПҰ) толтырылады

Қалалық (аудандық) көпсалалы кезек жолын егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалды..

ҚР ДСМ 2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына қосымша

Приложение к приказу
МЗ РК от 19 декабря 2023 года № 173

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны
Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Жалпы ережелер/Общие положения

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

ЖСН / ИИН [redacted]

Туған күні / Дата рождения 31.10.23 Жынысы / Пол жен

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы)/Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) г. Жезказган ул. Бапи 2 дом 16а кв 1

Заңды өкілдер туралы мәліметтер:/Сведения о законных представителях:

Қолз. Мухамедж Манап

Мама: Шуйтекеева Гульзия Сериковна

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления ПМСП

Қан тобы / Группа крови _____ Резус-фактор _____

Мүгедектік (иә / жоқ) топ / Инвалидность (да/нет) группа _____

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ)/Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____ Диагноз (АХЖ-10 коды /код МКБ-10) * _____

Диспансерлік есепке алу күні / Дата взятия на диспансерный учет _____

**За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99*

Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы/Характеристика организаций

Түсу айы, жылы /Месяц, год поступления	Ұйымдардың сипаттамасы /Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі/Дошкольная организация		Жалпы орта білім беру ұйымы /Организация среднего образования		Интернат үлгісіндегі ұйымы /Организация интернатного типа	
	Жалпы Общая	Түзету Коррекционная	Жалпы Общая	Түзету Коррекционная	Жалпы/ Общая	Түзету Коррекционная

ШЖҚ «№3 қалалық емханасы» МКК
ГКП «Городская поликлиника №3» на ПХВ

Казакстан 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 05.06.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №3" на праве хозяйственного ведения государственного учреждения "Управление здравоохранения Актюбинской области"

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

3. Туған күні (Дата рождения): 31.10.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс-2 , ДОМ: 16А/1

5. Медицинское заключение:
Здорова

6. Рекомендации (при необходимости):
эпидемиологическое окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
ДЖАКСЫГАЛИЕВА ЛАЗЗАТ ПАНАШОВНА 226231

Мөр
(Печать)

Scanned with CamScanner

ШЖҚ «№3 қалалық емханасы»
ГКП «Городская поликлиника №3»

Қазақстан Республикасы Сақтау министрінің
Міндетерін атқарушы 2020 жылы 30 қазанды
№ ҚР ДСМ-175/202 бұйрығына 1-қосымша
Приложение 1 к приказу
Исполняющего обязанности Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 30 октября 2020 года
№ ҚР ДСМ-175/202

Профилактикалық екпелерді картасы
Форма № 065/е нысынды
КАРТА профилактических прививок
Форма № 065/у__ __20_ жылғы) «___» ___есепке алынды

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
___ №3___КАЛАЛЫҚ ЕМХАНА_____
1 Тегі, аты, әкесінің аты МАНАСҚЫЗЫ АМИНА
2. Туылған күні (Дата рождения) 31.10.2023
3. Мекен-жайы: елді мекен _.Ақтобе_қаласы_
Кошесі _ БАТЫС -16А/1-19
Мекен жайы ауысқаны уралы белгілер Тел:

Туберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні,себебі) Медицинский отвод (дата,причина
Күні дата	Нәтижесі результат						
		Егу вакцинация		01.11.2023	0,05	0372	1 мес – 4 мм
		Қайта егу ревакцинация					3 мес – 4 мм
							6 мес – 4мм
							12 мес – 4 мм

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
V1	06.03.24*	V3M571V	V4	11.07.25	18040125			
V2	27.07.24	X0B471M	R1	15.10.25	J0C431M			
V3	08.10.24	X3C461V						

Күл.көкжөтел,сіреспеге қарсы екпе/ Прививка против дифтерии,коклюша,столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т°) общая (Т°)	Еліккен жерде местная	
Егу Вакцинация	V1	06.03.24	0,5	V3M571V	Гексасим	н/б	н/б	
	V2	27.07.24	0,5	X0B471M	Пентаксим	н/б	н/б	
	V3	08.10.24	0,5	X3C461V	Гексаксим	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация	RV1	15.10.25	0,5	J0C431M	Пентаксим	н/б	н/б	

*Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС-адсорбцияланған,көкжөтел-дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС-адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС-М-анатоксин-адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині,құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД-адсорбцияланған дифтерия анатоксині ВС-адсорбцияланған сіреспе анатоксині, К-көкжөтел 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 вакцин

Scanned with CamScanner

Вирусті гепатитке қарсы/Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т°) общая (Т°)	Ерілген жерде местная	
Егу Вакцинация	V1	31.10.23	0,5	0341	ВГВ	н/б	н/б	
	V2	06.03.24	0,5	V3M571V	Гексаксим	н/б	н/б	
	V3	08.10.24	0,5	X3C461V	Гексаксим	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация								
	V1	03.11.25	0,5	202405022	ВГА	н/б	н/б	
	V2	30.05.26	0,5	202405024	ВГА	н/б	н/б	

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паратита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т°) общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	
V	11.07.25	0,5	0133N100B	н/б	н/б	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори-паратит+краснухи

Туған жылы Дата рождения	Күні	Дозаса Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т°) общая (Т°)	Ерілген жерде Местная	
V	11.07.25	0,5	0133N100B	н/б	н/б	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе /Прививка против других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
Егу Вакцинация	V1	06.03.24	0,5	GX9430	Превенар 13	н/б	н/б
	V2	24.07.24	0,5	HP7361	Превенар 13	н/б	н/б
Қайта егу Ревакцинация	V3	20.11.24	0.5	HP7361	Превенар 13	н/б	н/б

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

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

Картадан (сауалнамадан) неден кейін ерілгені туралы анықтама беріледі

Карта ұйымда қалады

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

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

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

Scanned with CamScanner