



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

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Арамоулы Шах Назар
 ИИИ _____

Дата рождения 26.11.2022

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Астана қаласы Ақын Орта мектебі №14/12

Сведения о законных представителях: Ата анасы Арамоулы Шах Назар мен Арамоулы Шах Назар

Полиглотика прикрепления ЕА Ресурс-фактор ЕА
 Группа крови ЕА Инвазивность (да/нет) нет группа кей
 Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) не состоит

Диагноз (код МКБ-10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов В20-В24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Дошкольная организация	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая
11/2022	Общая	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Коррекционная



Медициналық мекемесі
«МЕДИКУС ЦЕНТР»
 Медицинское учреждение

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 выдач 02.06.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус центр"

1. ИИН _____

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

Ақжолұлы Шах Назар

3. Туған күні (Дата рождения): 26.11.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Ақтобе Батыс Ул Алтын Орда 17А/72

5. Медицинское Заключение:
Д/з Здоров

6. Рекомендации (при необходимости)

Эпид окружение чистое.

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



...отив вирусного гепатита

Туған жылы Дата рождения	Күнi Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация	26.11.22	26.11.23	0,5	19004	АКВ	10	10
	26.11.22	26.01.29	0,5	А31184	Пелва	10	10
	26.11.22		0,5	73104	Пелва	10	10
Қайта егу Ревакцинация	26.11.22	28.11.27	0,5	20210019	АКВ	10	10
	26.11.22	28.05.25	0,5	А0220922	АКВ	10	10

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паратита

Туған жылы Дата рождения	Күнi Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицина қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
26.11.22	26.11.23	0,5	01392119	10	10	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күнi Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицина қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
26.11.22	26.11.23	0,5	01392119	10	10	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе /Прививка протиы других инфекций

Туған жылы Дата рождения	Күнi Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медици қайшыл Медици отв
					Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	26.11.22	26.01.29	0,5	С34086	10	10	10
	26.11.22	26.03.24	0,5	С34086	10	10	10
Қайта егу Ревакцинация	26.11.22	26.11.28	0,5	01392111	10	10	10

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 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