

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

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

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

**1. Общие положения**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Оқолжан Асыл Әбдіраманұлы

ИИН \_\_\_\_\_

Дата рождения 01.02.2022

Пол Болы

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) \_\_\_\_\_

Сведения о законных представителях: \_\_\_\_\_

Поликлиника прикрепления ПНМЧ

Группа крови \_\_\_\_\_ Резус-фактор \_\_\_\_\_

Инвалидность (да/нет) нет группа \_\_\_\_\_

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

Диагноз (код МКБ-10)\* Z00.0

Дата взятия на диспансерный учет не состоит

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

**Таблица 1. Характеристика организаций**

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

коммуналдық кәсіпорыны  
Оң түстік - Батыс дәрігерлік округі  
амбулаториясы

Ребенок от 11 беременности, от 11 родов.

Родился(лась) с весом 3200 кг, ростом 54 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит шаривирус контакт с tbs - отрицает серотип б  
у ребенка не состоит периметра

Наследственность не отягощена.

Из перенесенных заболеваний: ОРЗ

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски.

Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечные тоны ясные,

ритмичные.

Живот мягкий, безболезненный.

Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров(а)

НПР I уровень

ФР-нормосомия

Группа здоровья: 2А



*Здоров*

Школу/Детсад посещать может

*Этот окружение  
чистое*

Врач:



*Долуснае тсе*



«№4 қалалық емхана»  
 мемлекеттік  
 коммунадық 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: не состоит**

Дата выдачи 27.05.2025

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): ОРАЗҚАН АНЕЛЬ ДӘУРЕНҚЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 01.02.2022
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБП.ЗНАЧ.: Ақтобе , МИКРОРАЙОН: Батыс 2, ДОМ: 17

5. Медицинское заключение:  
 здорова

6. Рекомендация (по необходимости):  
 эпид. окружение чистое.

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:  
РАЕВА ӘЙГЕРІМ ҒАЛЫМЖАНҚЫЗЫ 242583



**Профилактикалық екіпелердің  
КАРТАСЫ  
КАРТА  
профилактических прививок**

2022 жылғы (года) «18» ақпан есеппе алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы Т.П.Ч. Әжігерлік амбулаториясы  
(для организованных детей наименование детского учреждения)

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

2. Туған күні (Дата рождения) 01.02.2022

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес; населенный пункт) Батыс - 2  
көшесі (улица) \_\_\_\_\_ үй(дом) 17а корпус 1 пәтер(кв) \_\_\_\_\_

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8707 873 16 02

**Туберкулез ауруына қарсы екіпе / Прививка против туберкулеза**

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық (күні, Медицина (дата, п
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	<u>01.02.22</u>	<u>02.02</u>	<u>0,05</u>	<u>0371</u>	<u>1 ай на 3 ай на</u>
	қайта егу ревакцинация					<u>6 ай 12 ай на</u>

**Полиомиелитке қарсы екіпе / Прививка против полиомиелита**

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

**Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіпе / Прививка против дифтерии, коклюша, стол**

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпеге дене реак Реакция на прив	
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егі

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная
Егу Вакцинация	01.02.	01.02	0,5	А0004		ИБ	ИБ
Қайта егу Ревакцинация							

КПРК

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық кабинет Медицинский кабинет
				Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
У. Әке Нәзір	15.01.26	0,5	013410718			

КПРК

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық кабинет (күні, себебі) Медицинский кабинет (дата, причина)
				Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
У. Әке Нәзір	15.01.26	0,5	013410718			

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 (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная
Егу Вакцинация	У. Әке Нәзір	15.01.26	0,5	КТ 3183	коровакс В		
Қайта егу Ревакцинация							

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады. Қыладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі. Карта ұйымда қилады. Карта заңдылығымен в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет. В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.