

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

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

Аманжол Айман Смағұл

ИИН _____

Дата рождения 01.12.2022

Пол мен

Домашний адрес (или адрес организации интернатно
типа)

Д.Хазрет 48

Сведения о законных представителях:

Тел: 8705 630 7114 - анасы.

8707 338 6840 - әкесі

Поликлиника прикрепления ГД № 53-48-93

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

Эпикриз

Ребенок от IV беременности. от IV срочных родов.
Вес 3,400. рост 52 Рос(ла) и развиваль(лся) соответствен
но возрасту. Прививки по календарю(по индивидуальному
графику) Инфекционными заболеваниями болел(не болел)

На Д учете состоит(~~не состоит~~)

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Зев спокоен.

Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы
не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов
нет. Соч-тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, без
болезненный. Стул и диурез в норме.

Д/з- Зверев.

Гр.зд- I

Ф.р.-- осн

Ф.гр.-- осн

НПР- *Информация*

Школу посещать может Вр:

Дана Сабилова

Зареза Мухоморова



«№4 қалалық емхананың
мәжіліс бөлмесінің
коммуналдық кәсіпорнының
Оң түстік - Батыс ауданының
Ақбуырттарына»

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 02.06.2025

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

1. ЖЕНДИН: _____

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

3. Туган күні (Дата рождения): 01.12.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе , ЖИЛОЙ МАССИВ: Юго-Запад, УЛИЦА: Хазирет , ДОМ: 48

5. Медицинское заключение: Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):
Эпид окружения чистое.

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ТЕМИРБУДАТОВА ГАУХАР ТАЛГАТОВНА 119056



профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА

профилактических прививок

2022 жылғы (года) « » есепке алынды (взят на учет)

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

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

2. Туған күні (Дата рождения) 01.XII.2022

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Қоғ. Қармет - 4
көшесі (улица) үй(дом) қорпус пәте

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары		Туған жылы Дата рождения	Жасы Возраст	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медицина (ку Медицин Дат)
Туберкулезные пробы	Күні Дата						
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация					
		қайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екіпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст
11.10.23	05.07.23	U3N246V	1ч	11.10.23	АК-152	
12.10.23	01.09.23	U0A961M	4	19.11.24	У0А511М	
13.10.23	02.11.23	U3E501V				

Құл, 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 реакциясы Реакция на прививку	
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген Мен
11.10.23	05.07.23	0,5	U3N204	АКЖӨТЕЛ КӨКЖӨТЕЛ		
12.10.23	01.09.23	0,5	U0A961M	АКЖӨТЕЛ КӨКЖӨТЕЛ		
13.10.23	02.11.23	0,5	U3E501V	АКЖӨТЕЛ КӨКЖӨТЕЛ		
Қайта егу Ревакцинация	19.11.24	0,5	У0А511М	АКЖӨТЕЛ КӨКЖӨТЕЛ		

* Препарат обозначенный буквами АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием веществ столбнячного анатоксина, АД-анатоксин – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина, АЛ – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке карсы екпе / Прививка против вирусного гепатита В

Туған жылы Дата рож- дения	Туған жылы Дата рож- дения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттын атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицин- ский отвод
						Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
1985	1985	2011.12.22	0,5	0542	ИТВ	И	И	
		2012.07.23	0,5	УЗМ-146	УЗМ-146	И	И	
		2012.11.23	0,5	УЗЕБДИУ	АБДЕНТ-11АА Ир. В.	И	И	
		2012.01.25	0,6	013310378	Ир. А			

Паротитке карсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рож- дения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
1985	2012.12.23	0,5	013310378	И	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рож- дения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
1985	2012.12.23	0,5	013310378	И	

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

Туған жылы Дата рож- дения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
1985	2012.05.27	0,5	2168	Мубевоп 13	И	И	
1985	2012.11.23	0,5	СН6087	Мубевоп 13	И	И	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Себебі (Причина) _____ Қолы (Подпись) _____

Карта баланы сөзке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады.
Қаладан (ауданнан) көшкеш кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.
Карта ұйымда қалады.
Карта закомліється в дetskой лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.
Карта заповнюється в дetskой лечебно-профилактической організації (ФАП) на руки видається справка о проведенні вакцинації.