

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Серик Айна Аманжол

ИНН

Дата рождения 11.05.2022 г

Пол

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Юно-Зарай 1, дом 619, кв 23

Сведения о законных представителях:

Отца: Аманжол Сериков
 Мать: Айна Сериковна

Поликлиника прикрепления

117 МЧ 53-46-93.

Группа крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) нет

группа

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

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

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

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

Эпикриз

Ребенок от _____, от _____ родов.

Родился(лась) с весом 3,300 кг, ростом 51 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит _____ Контакт с tbs – отрицает.

На «Д» учёте не состоит

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 1 уровень

ФР-нормосомия

Группа здоровья: 2А

2р-5

Школу/Детсад посещать может

Врач:



[Large handwritten signature]



Этуд окружение чистое.



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

1. ЖСН/ИИ- _____

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

3. Туған күні (Дата рождения): 11.05.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, ЖИПОЙ МАССИВ: Юго-Запад 1, УЛИЦА: ДОМ, ДОМ: 619

5. Медицинское заключение:

Здорова

6. Әкесінің медицина (бейнесіз) қимылы):
Эдификация және қыстау

7. Фамилия, аты, отчество (пациенттің қолымен) және отбасылық (пациенттің отбасының) және отбасылық (пациенттің отбасының) и идентификаторы врач, выдавшего справку:
ТЕМИРБҰЛАТОВА ГАУХАР ТАЛПАТОВНА

119056



Министерство здравоохранения ИЯСБ
 Республики Казахстан
 Ұйымның атауы
 Наименование организации ГКП "Городская поликлиника №4" на ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области

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

"Профилактикалық екіпелердің картасы"

Форма № 065/у

"КАРТА профилактических прививок"

20__ жылғы (года) «__» а 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) Серік Айша
 2. Туған күні (Дата рождения) 11.05.2022 3. ЖСН (ИИН) _____
 4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес; населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе 103 619 КВ 23 8708 846 7970
 Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8702 972 0088 - Ақтобе.

Туберкулез ауруына қарсы екіпел Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынама/пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықты (күні, себебі) Медицинский с (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
				12 V. 22	0,05	0811	1.м. по плану 3.м. мест. 4 6.м. мест. 4.л 17.м. мест. 4.л

Полиомиелитке қарсы екіпел Прививка против полиомиелита

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Себебі
V ₁ бай	01.12.22	0,5 - 021V	108	V ₄ 19.06.23	2 л с 18028132	108		
V ₂ бай	05.01.23	0,5 - 351V	108	V ₅ 22.02.24	ХОРБ141.м	108		
V ₃ бай	01.02.23	0,5 021V	108					

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

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екіпелге дене реакциясы		Медициналық қайшылықты (себебі)
					Жалпы (Т*)	Егілген жерде	
V ₁ бай	01.12.22	0,5	V3E021V	АБЕРС+ХИБ+ИПТБ 15713	108	108	
V ₂ бай	05.01.23	0,5	V0D351	АБЕРС+ХИБ ИПТБ	108	108	
V ₃ бай	05.02.23	0,5	V35021V	АБЕРС+ХИБ ИПТБ+15713	108	108	
R ₁ К бай	22.02.24	0,5	ХОРБ141.м	АБЕРС+ХИБ ИПТБ	108	108	

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	
	11V 22	0,5	2001	БГА	ИБ	ИБ	
V2 бай	01.12.22	0,5	V3E02IV	АЕКХС + ИБ + ИТБ	ИБ	ИБ	
V3 бай	07.02.23	0,5	V3E02IV	АЕКХС + ИБ + ИТБ	ИБ	ИБ	
				БГА			
V2 бай	11.07.24	0,5	202309013	БГА	ИБ	ИБ	
V2 бай	21.01.25	0,5	202309013	БГА	ИБ	ИБ	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде	
V, 1 жас	15.05.23	0,5	0131M074A	ИБ	ИБ	

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	
V, 1 жас	15.05.23	0,5	0131M074A	ИБ	ИБ	

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

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшы-лықтар (күні, себебі)
							Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
		V, бай	01.12.22	0,5	FM1506	превенар 13	ИБ	ИБ	
		V2 бай	07.02.23	0,5	FM1506	превенар 13	ИБ	ИБ	
		V3 1 жас	15.05.23	0,5	FM1506	превенар 13	ИБ	ИБ	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)