

Акушерка  
Р. К. К. К.  
массажист  
В. В. В.

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

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Никара Козабаи

Национальность Буряат Дата рождения 09.07.2022

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) \_\_\_\_\_

Юго-запад 1  
ул. Таб-матова 20а

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

Место работы матери/ законного представителя ЖК

Телефон матери/ законного представителя 87082784527

Ф.И.О. год рождения отца Вармазамбиев Саранас

Место работы отца АИБ Вулгат 1 - ул. Сайхонгоо м. 100м 17

Телефоны отца 87083591391

законных представителей \_\_\_\_\_

Поликлиника прикрепления ТОО «Асыл мед»

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

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

Таблица 1. Характеристика организаций

мес, год ступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное

Эпикриз

от 11 беременности 11 родов. Родился с весом 3800 рост 58 см,  
или сразу. Беременность протекала нормально. Растет и развивается соответственно возрасту  
ответственность не отягощена. Аллергоанамнез без особенностей.

Пы риска-1 Состоит на «Д» не состоит. Перенесенные заболевания - ОРЗ, в 2024 г.  
вотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые,  
ой окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярные  
ие. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не  
чены. Физиологическое отправление в норме.

- По возрасту
- По возрасту
- Здоров
- группа



*Дефектом оврагисисеелде в фетусе*



Ұлымның атауы

Наименование организации

Т.О.О "Асват-Мер"

№ 065/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 065/у

Утверждена приказом Министра здравоохранения

Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

КАРТА

профилактических прививок

2022 года

взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Исраф Ходайты

2. Дата рождения 09.07.2022

3. Индивидуальный идентификационный номер

4. Домашний адрес: населенный пункт улица с/к Сайсаим 1 үк 206

Дом 8708 2784527

корпус

квартира 8708 2784527

Отметки о перемене адрес

8708 3591387 - жиегі

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы		вакцинация	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
			09.07.22	11.07.22	0,05	0371 6009	1 мм Пон Б. мм фиброз 3 мм мучк. лос фиброз
		ревакцинация					

Прививка против полиомелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V <sub>1</sub>	18/III/24	591V						
V <sub>2</sub>	2/VI/24	471M						
V <sub>3</sub>	2/IX/24	X3C461C						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка\*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация	V <sub>1</sub>	18/III/24	0,5	591V	герма	ш	ш	
	V <sub>2</sub>	2/VI/24	0,5	471M	герма	ш	ш	
	V <sub>3</sub>	2/IX/24	0,5	X3C461C	герма	ш	ш	
Ревакцинация								

ассортимент

**Прививка против вирусного гепатита**

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация	09.07.22	09.07.22	0,5	20004	ВТВ	НБ	НБ	
	V <sub>2</sub>	18/11/24	0,5	5810	Цеква	НБ	НБ	
	V <sub>2</sub>	2/12/24	0,5	X3c46v	Цеква	НБ	НБ	
Ревакцинация				ВТВ				
	V <sub>1</sub>	2/12/24	0,5	007308013	ВТВ	НБ	НБ	
	V <sub>2</sub>	11/5/25	0,5	202309013	ВТВ	НБ	НБ	

**Прививка против паротита**

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г*)	Местная	
V <sub>1</sub> S.u	24/11/23	0,5	01332038B	НБ	НБ	

**Прививка против кори + краснуха**

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г*)	Местная	
V	24/11/23	0,5	01332038B	НБ	НБ	Н.Н.

**Прививка против других инфекций *инвекс***

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку	
					Общая (Г*)	Местная
V <sub>1</sub> S.u	24/11/23	0,5	046082	инвекс	НБ	НБ
V <sub>2</sub>	11/12/24	0,5	049430	инвекс	НБ	НБ

Подпись \_\_\_\_\_



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

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

**Форма № 027/у**  
**СПРАВКА О состоянии здоровья**

Дата выдачи 27.05.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "Асыл-Мед"

КСН/ИИН

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента):

АСҚАР КӨЗАЙЫМ САЛАМАТҚЫЗЫ

Туған күні (Дата рождения): 09.07.2022

Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Благодарный, А. Нокин, МАССИВ: АСХК, ДОМ: дом№1

Медицинское заключение:

Диагноз: Здоров.

Рекомендации (при необходимости):

д. окружение чистое.

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

АБАСОВА АЙСАУЛЕ МАРАЛОВНА

198086



Мөр  
(Печать)

