

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорны
Оң түстік - Батыс дөрігерлік
амбулаториясы

2

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

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Дүйсенбіна Айжан Райымбеқызы

ИИН

Дата рождения 20.10.2022

Пол

женский

Домашний адрес (или адрес организации интернационального типа)

Сведения о законных представителях:

Мамса Марсельовна Айнура Айбеқызы

Анап Абдулхамит Раисовна Дүйсенбі

Поликлиника прикрепления ПМЧ

Группа крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) нет группа

нет группа

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

Диагноз (код МКБ-10)* Z09.0

Дата взятия на диспансерный учет не составлен

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

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

Эпикриз

Ребенок от II беременности от II срочных родов.
Вес 3600, рост 56 (с(ла) и развиваль(ся) соответствен
но возрасту. Прививки в роддоме БЦЖ, ВГВ, Д учете не
состоит. Инфекционными заболеваниями не болел.
Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Зев спокоен.

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

Д/з - Зверев
Гр.зд - Чудов
Ф.р. - Срединский
Ф.гр. - Особович
НПР - Ин



Школу посещать может

Школа посещать может
Зверев
Чудов
Срединский
Особович
Ин



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
 Министерство здравоохранения Республики Казахстан
 «№4 қалалық емхана» мемлекеттік мекемесінің «Батыс дерігерлік амбулаториясы» филиалы

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30-қаңтардағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысаны 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”
 №065/е нысан

20 22 жылы (года) 25 8 есепке алынды (взят на учет)
 Уйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Дүйсенбіна Айгере
 2. Туған күні (Дата рождения) 20.10.2022 3. ЖСН (Индивидуальный идентификационный номер)
 4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская, ГОРОД 87758469940
 ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе Батыс 2 16а - 91

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіпелер

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
				21.10.22	0,05	0371	1м ПАВ Ұшма 3м пус Ұшма 6м ПАВ Ұшма 12 пус Ұшма

Полиомиелитке қарсы екіпелер

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

Құл, қожәтел, сіреспеге қарсы екіпелер

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпелерге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Г*)	Местная	

Вирусгі гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т*)	Местная	
	20.10.22	0,5	20004	БГВ			

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Доза	Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
			Общая (Т*)	Местная	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	

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

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
							Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)