

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

Жуатбай Айбисей Берісұлы

Дата рождения 21 09 212

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Батыс 2 - 17^к - 102

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ПНЧ с/школа 10 Зона

Группа крови _____ Резус-фактор _____

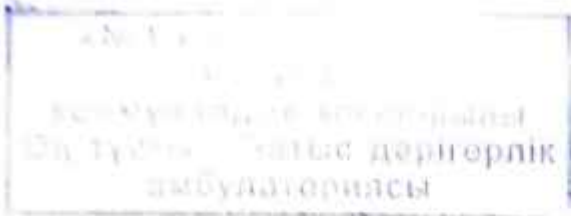
Инвалидность (да/нет) нет группа _____

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

Диагноз (код МКБ- 10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет не состоит.

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99



Эпикриз

Ребенок от 11 беременности. от 11 срочных родов.
Вес 3400 рост 54. 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) 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- Здрова
Гр.зд-
Ф.р.- средние
Ф.гр.- основные
НПР- 1ч

Школу посещать может



Здрова





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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/н
 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 12.03.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы мемлекеттік мекемесінің шаруашылық жүргізу құқығындағы "№4 қалалық емхана" мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны

2. Пациенттің тағ, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ҚУАТБАЙ АЙБИБІ БЕРІКҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 21.09.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан , ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе , МИКРОРАЙОН: Батыс 2 , ДОМ: 17А

5. Медицинское заключение:
здоров

6. Рекомендации (при необходимости):
эпид окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
РАЕВА ӨЙГЕРІМ ГАЛЫМЖАНҚЫЗЫ



02.03.21
02.04.25
02.04.25

* Препараты мана эриттерген болгондо: АКДС - адсорбированная коклюшная дифтерия-сросте анатоксин, АДС - адсорбированная дифтерия - сросте анатоксин, АДС - М-анатоксин-адсорбированная дифтерия-сросте анатоксин, курвиманов пептиген молишеру вакцинаны адсорбированная дифтерия анатоксин АС - адсорбированная сросте анатоксин, К - коклюшная вакцина
 * Препараты вакцинаны: Булардан АКДС - адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС - адсорбированный столбнячно-дифтерийно-анатоксин, АДС-М-анатоксин - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенной содержанием столбнячного анатоксин, АДС-М-анатоксин - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенной содержанием столбнячного анатоксин, АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшная вакцина.

Вирусги гепатитке кареы екпе / Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттын атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
02.03.21	02.03.21	0,5	20004	ВГВ	ИБ	ИБ	
32 бел	02.04.25	0,5	X3046K	ВГВ	ИБ	ИБ	
32 бел	02.04.25	0,5	X3047K	ВГВ	ИБ	ИБ	
Кайта егу Ревакцинация	ИТД						
32 бел	02.04.25	0,5	ИБ20004	ИТД	ИБ	ИБ	

Паротитке кареы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
32 бел	02.04.25	0,5	0185-100K	ИБ	ИБ	

Қызылшаға кареы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
32 бел	02.04.25	0,5	0185-100K	ИБ	ИБ	

Баски жұқпалы вируларға кареы екпе (Прививка против других инфекций)

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттын атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
32 бел	02.04.25	0,5	КА22004	ИТД	ИБ	ИБ	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы (Подпись) _____
 Себебі (Причина) _____

Карта баланы соңына алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) тоқтатылады.
 Қашқан (вуданнан) көшкен кезде қолына егілген туралы анықтама беріледі.
 Карта ұйымда қалды.
 Карта заңдылықпен баланың медициналық профилактикалық ұйымында (ФАП) при взятии ребенка на учет.
 В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.
 Карта остается в организации.