

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173
Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О.ребенка Жаспазиев Дамза

Национальность қазақ Дата рождения 03 09 2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Батыс - 12 а - 7
8708 300 97 86 - аласт

Ф.И.О.год рождения матери/законного представителя 8747 594 01 05

Место работы матери/ законного представителя

Телефон матери/ законного представителя

Ф.И.О. год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

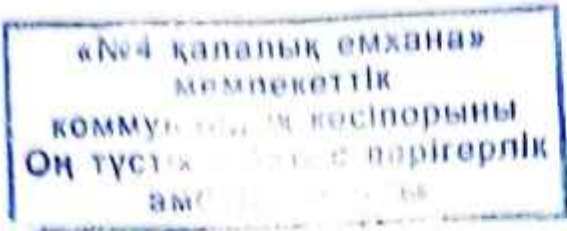
Поликлиника прикрепления МММ ЖИМАЛ 10 Зона

Группа крови Резус - фактор

Инвалидность (да/нет) нет группа

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное
—	—	—	—	—	—	—



Эпикриз

— Ребенок от II беременности. от II срочных родов. Вес 3200, рост 53. Рос(ла) и развиваль(ся) 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- Здоров
Гр.зд
Ф.р.-- Средней
Ф.гр.-- основной
НПР- I ч

Школу посещать может

Вр:



*Бала барында
баруға
құқығы
бар*



«Қазақстан Республикасының
қалалық емхана»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорны
Оңтүстік - Батыс
амбулаториясы

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 05.11.2024

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

2. Пациенттің тегі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): НАСИГАЗИЕВ ХАМЗА АЛЬТАИРҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 03.09.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ.: Ақтаба, МИКРОРАЙОН: Батыс 2, ДОМ: 12А

5. Медицинское заключение:
Острый фарингит, получает лечение

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

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



Мөр
(Печать)



Варусти гонимитке карсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атуы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Г°)	Местная	
09.12.21	20.12.21	0,5	200004	сүзгінсиз	ИБ	ИБ	

Паротитке карсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Доза	Серия	Всего дано реакций		Медицинский отвод (дата, причина)
			Общая (Г°)	Местная	
1.1.2022	20.12.22	05013N10814	ИБ	ИБ	

Кызылшага карсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г°)	Местная	
1.1.2022	20.12.22	0,5	013N10814	ИБ	ИБ	

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

Туған жылы Дата рождения	Түрү Тип вакцинация	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атуы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Г°)	Егілген жерде Местная	
1.1.2022		20.12.22	0,5	FM1508	превенор 12	ИБ	ИБ	

Сығарылған күні (Дата снятия с учета)
Причина)

Қолы (Подпись)