

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Молмухам Ермешев

ИН \_\_\_\_\_

Дата рождения 31.01.2021.

Пол Мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)  
Житіс 1 17А - кв 89.

Сведения о законных представителях:

\_\_\_\_\_

Поликлиника прикрепления ПДМ

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

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

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

Диагноз (код МКБ-10)\* Z000

Дата взятия на диспансерный учет \_\_\_\_\_

\*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

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

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

Эпикриз

Ребенок от 14 беременности, от 15 родов.

Родился(лась) с весом 8400 кг, ростом 45 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит повозрасту 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)

Г

НПР I уровень

ФР-нормосомия

Группа здоровья: 2А

Школу/Детсад посещать может

Врач:



*Балне  
Балне  
Огулов*



*посещать  
может АД*

*Этих документов  
норма.*

«№4 қалалық емхана»  
емлекәттік  
кәсіпорнының кәсіпкерлерінің  
Оңтүстік-Батыс дәрігерлік  
амбулаториясы

Т. Темірбулатова

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 О состоянии здоровья**

Дата выдачи 04.07.2024

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациент: Төлеухан Еркеназ Дидарқызы

3. Туған күні (Дата рождения): 31.01..2021

4. Мекенжайы (Адрес): Республика Казакстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД Актобе Батыс 17а кв 89

Медицинское заключение Здоров. Не состоит на Д-учете. Эпид окружение чистое

5. Рекомендации: Может посещать детский сад

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

Вр.: Темірбулатова Г.Т.





Вирусні гепатити җарсы өкпе Препараттың атына Препараттың атына Препараттың атына

Туған жылы	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атына Препараттың атына Препараттың атына	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Г°)	Местная	
21 Орк	31.07.24	0,5	15005	Vx	И5	И5	
22 Орк	27.04.23	0,5	V3N2R9	Вакцинация + ИТТ	И5	И5	
23 Орк	31.05.25	0,5	V5E57	Вакцинация + ИТТ	И5	И5	
24 Орк	12.03.24	0,5	202205027	ИТТ	И5	И5	

Паротитке җарсы өкпе Препараттың атына Препараттың атына Препараттың атына

Күн Дата	Доза	Серия	Екпеге док реакциясы Реакция на прививку	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г°)	Местная	
12 Ноябрь	020622	0,5	013N108A	И5	И5	
12 Ноябрь	200124	0,5	0133N058A	И5	И5	

Кызылшага җарсы өкпе

Туған жылы ата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г°)	Местная	
12 Ноябрь	020622	0,5	013N108	И5	И5	
12 Ноябрь	200124	0,5	0133N058A	И5	И5	

Прививка против кори Басқа жұқпалы ауруларға җарсы өкпе (Прививка против других инфекций) *Тривекс*

Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атына Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Г°)	Егілген жерде Местная	
V2	12 Ноябрь	020622	0,5	ET6182	Тривекс 1S	И5	И5	
V2	12 Ноябрь	29.04.23	0,5	EM1506	Тривекс 1S	И5	И5	

Сырылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)