



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

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

#### 1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Асгар Аман сери  
Саманбаев

Национальность Кыргыз Дата рождения 18.03.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

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

Кыргыз 1 Исраил Тахманов  
20а

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Кустубай Каромжан

Место работы матери/ законного представителя Автопарк кондукт - Бугалды

Телефон матери/ законного представителя 8 708 278 45 27

Ф.И.О. год рождения отца Виктор Андреевич Саманбаев

Место работы отца Кыргыз уюмдары

Телефоны отца 8 708 359 1391

законных представителей \_\_\_\_\_

Поликлиника прикрепления ТОО «Асыл мед»

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

Эпикриз

Ребенок от I беременности, I ср родов. Родился с весом 3080 гр, рост - 54 см

Закричал сразу. Беременность протекла нормально. Растет и развивается соответственно возрасту.

Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез: без особенностей.

Из группы риска-1 Состоит на «Д» не состоит . Перенесенные заболевания - ОРЗ

При осмотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологическое отправление в норме.

НПР-По возрасту

ФР- По возрасту

Д/З: Сильный жаров. ЗЯР.

Гр I группа

Ребенок здоров



Айбасова Айзуле Мадрадиновна  
Айбасова А.М.



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысандағы медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Товарищество с ограниченной  
ответственностью  
«Асыл-Мед»

Форма № 027/у  
СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 10.09.2024

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

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

АСҚАР АҚАН СЕРІ САПАМАТҰЛЫ

3. Тұған күні (Дата рождения): 18.03.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан , ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе , СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Благодарный , АУЛ(СЕЛО): Кенес Нокин , ЖИЛОЙ МАССИВ: АСХК, ДОМ: № 1

5. Медицинское заключение:

ЗРР

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое.

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

АЙБАСОВА АЙСАУЛЕ МАРАЛОВНА

198086



Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі  
 Республикасының Министрлігі  
 Уйымның атауы  
 Наименование организации  
 ТОО «Астана-Сәт»

ЕУЖЖ бойынша ұйым коды  
 Еол организации по ОКПО  
 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі  
 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген  
 № 065/е тапсырма медициналық құжаттама  
 Медицинская документация Форма № 065/у  
 Утверждена приказом Министра здравоохранения  
 Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

**КАРТА**  
**профилактических прививок**  
 20\_\_ года "\_\_\_" \_\_\_\_\_ вят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения \_\_\_\_\_  
 1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Ахмед Ахмедов  
 2. Дата рождения 18/III/2011  
 3. Индивидуальный идентификационный номер с  
 4. Домашний адрес: населенный пункт \_\_\_\_\_ улица Сейсемин - 1 қр 206  
 Дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_  
 Отметки о перемене адрес \_\_\_\_\_  
8708 248 45 27

**Прививка против туберкулеза**

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		вакцинация	V 2u	18/III/21	0,05	08799, 214	нет отвода
		ревакцинация					нет отвода

**Прививка против полиомиелита**

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V1 24.10.10	28/IV/21	271V	V4	22/IV/21	180200210			
V2 3.10.11	28/IV/21	461V	V	22/IV/20	961M			
V3 5.11.11	18/III/21	271V						

**Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка\***

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация	V1 24.10.10	28/IV/21	0,5	271V	аква	нет	нет	
	V2 3.10.11	28/IV/21	0,5	461V	аква	нет	нет	
	V3 5.11.11	18/III/21	0,5	271V	аква	нет	нет	
Ревакцинация	V4	22/IV/21	0,5	961M	аква	нет	нет	

\* Препараты обозначены буквами: АКДС - адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшная вакцина

**Прививка против вирусного гепатита**

Вакцинация	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Г*)	Местная	
V <sub>1</sub>	27.11.22	18/11/22	0,5	19004	Гутелер	нб	нб	
V <sub>2</sub>	27.11.22	28/11/22	0,5	2714	Селси	нб	нб	
Ревакцинация		15/11/22	0,5	2714	Селси	нб	н	
				ВТН				
V <sub>1</sub>		5/11/23	0,5	20410301P	ВТН	нб	нб	
V <sub>1</sub>		15/11/23	0,5	22105027	ВТН	нб	нб	

**Прививка против паротита**

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г*)	Местная	
V	27.11.22	0,5	19004	нб	нб	
V (эпидемиолог)	27.11.23	0,5	01334037A	нб	нб	

**Прививка против кори + краснухи**

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г*)	Местная	
V	27.11.22	0,5	19004	нб	нб	нпн
V (эпидемиолог)	27.11.23	0,5	01334037A	нб	нб	нпн

**Прививка против других инфекций *Мивеллекс***

Вакцинация	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Г*)	Местная	
V <sub>1</sub>	27.11.22	28/11/22	0,5	02082	Мивеллекс	нб	нб	
V <sub>2</sub>		15/11/22	0,5	02082	Мивеллекс	нб	н	
V <sub>3</sub>		27.11.22	0,5	ЕТ6182	Мивеллекс	нб	н	

Дата снятия с учета) \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_  
 Причина \_\_\_\_\_

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при вкати ребенка на учет.  
 В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.  
 Карта остается в организации.