

«№4 қалалық емхана»  
Мемлекеттік  
қосымшалық кәсіпорыны  
Оңтүстік - Батыс дәрiгерлiк  
амбулаториясы

Приложение к пр  
Министр здравоохран  
Республики Каза  
от 19 декабря 2023 года

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Әули Ахмет Әсiмбеуов

ИИН 0

Дата рождения 26.03.2021

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатно  
типа)

Қатпе 2 ж 17А-кв28

Сведения о законных представителях:

\_\_\_\_\_

Поликлиника прикрепления ПНМЧ

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 В20-В24, F00-F99

## Эпикриз

Ребенок от 11 беременности. от 18 срочных родов.  
Вес 3400 рост 54. Рос(ла) и развиваль(ся) соответствен  
но возрасту. Прививки по календарю (по индивидульному  
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.--средний  
Ф.гр.--  
НПР-  
*14*

Школу посещать может

Вр:



*Змур омунассеев  
пистие.*

*Долженнаева  
В.Г.Сар*



✓  
«№4 қоналық емхана»  
кәсіпорнының  
коммуналдық кәсіпорны  
Оңтүстік - Батыс дәрігерлік  
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/уСПРАВКА**

**О состоянии здоровья**

Дата выдачи 28/06/2024

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

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациент Әділ Ахмет Асылбекұлы

3. Туған күні (Дата рождения) 26.03.2021

4. Мекенжайы (Адрес) Республика Казакстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД Актобе Батыс 17а-88

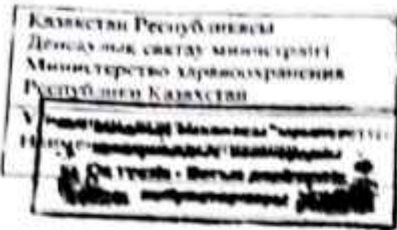
Медицинское заключение Здоров. Эпид окружение чистое

5. Рекомендации, посещения может садик

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

Вр. Жолдыбаева Ш.С.





КУЖОЖ бойынша ұйым коды  
Код организации по ОКПО  
Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрлігінің м.а. 2010 жылғы  
«23» қыркүйектегі №907 бұйрығымен бекітілген  
№ 063/е нысаны медициналық құжаттама  
Медицинская документация Форма №063/у  
утверждена приказом Министра здравоохранения  
Республики Казахстана от «23» ноября 2010 года №907

Профилактикалық екіпелердің  
КАРТАСЫ  
КАРТА  
профилактических прививок

20 22 жылғы (жұла) «03» «03»

есепке алынды (алына учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ГП №4 ЮВО - Дәндәз ЮВ  
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Әзіз Ахмет Нәсіпбекұлы

2. Туған күні (Дата рождения) 26.03.2021

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Бұттық 2 - 8 АТН - КВ 88  
көшесі (улица) УП(дом) корпус пәтер(квартира)

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Т: 8747 207 2481

Туберкулез ауруына қарсы екіпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождени- ния	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	<u>26.03.21</u>	<u>27.03.21</u>	<u>0,05</u>	<u>0379</u>	<u>1 мес - потч. чел</u>
	қайта егу ревакцинация					<u>3м - потч. чел</u> <u>6м - рубч. чел</u> <u>12м - рубч. чел</u>

Полиомиелитке қарсы екіпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата
<u>VI 3к дай</u>	<u>12.06.24</u>	<u>W3E283V</u>					

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіпе / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка\*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпеге дене реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
Егу Вакцинация	<u>VI 3к дай</u>	<u>12.06.24</u>	<u>0,5</u>	<u>W3E283V</u>	<u>АТҚОС + КІБ, ШВ + В.Б.</u>		
Қайта егу Ревакцинация							

\* Препараттар мына эриттермен белгіленеді: АКДС - адсорбцияланған, коклюштелі дифтерия-сиренге анатоксині, құрғақылды антигенді микробтар қайтығын, АД - дифтерия - сиренге анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбцияланған дифтерия-сиренге анатоксині, К - коклюштелі вакцинасы.  
 \* Препараттар белгіленуі: АКДС - адсорбцияланған, коклюштелі дифтерия-сиренге анатоксині с ұмышанған мазмұнындағы антигендерді қайтығын, АД - адсорбцияланған дифтерия-сиренге анатоксині, АДС-М-анатоксині - адсорбцияланған дифтерия-сиренге анатоксині с ұмышанған мазмұнындағы антигендерді қайтығын, АД - адсорбцияланған дифтерия-сиренге анатоксині, АС - адсорбцияланған сиренге анатоксині, К - коклюштелі вакцинасы.

**Вирусі гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита**

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу вакцинация	1/ Орн	26.03.23	0,5	19004	13Г13	HS	HS	
	2/ Зк дай	12.08.14	0,5	W3C283V	АДС-М-АКДС В.С.В.			
дайға егу вакцинация								

**МПК Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита**

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Змас	6.04.23	0,5	0138	HS	HS	

**Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори**

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Змас	6.04.23	0,5	0138	HS	HS	

**Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций) Превенар**

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
инивация п егу ши-	Змас	6.15.23	0,5	1506	Превенар	HS	HS	

екпе алынған күні (Дата снятия с учета) \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_  
 (Причина) \_\_\_\_\_

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады  
 Қаладан (аудандан) қашқан кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.  
 Карта ұйымда қалады.  
 Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при визите ребенка на учет.  
 В случае выезда из города (района) карта выдаетеся в \_\_\_\_\_