



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

Клюмова Айсама Курмановна

ИНН 220319654662

Дата рождения 19.03.2022.

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Алматы Орта МП. кв 116.

Сведения о законных представителях:

мама Клюмова Айсама

папа Клюмов Курман

Поликлиника прикрепления BZ Холдинг

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) группа

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организация

Месяц, год поступле ния	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Обща я	Коррекционна я	Обща я	Коррекционна я	Обща я	Коррекционна я

Эпикриз

Ребенок от 12 беременности, от 12 родов.

Родился(лась) с весом 3,200 кг, ростом 58 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит было Контакт с tbs – отрицает.

На «Д» учёте не состоит

Наследственность неотягощена.

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) I

НПР 1 уровень

ФР- нормосомия

Группа здоровья: 2А

Школу, Детсад посещать может

Врач: Радимова, А.К.



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	153017 9 мес	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі 2020 жылғы «30» қазанындағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ТОО МЦ «INTERTEACH АКТӨБЕ»		Медицинская документация Форма № 065/у утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

**Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

20 22 года " 11 " 08 взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения _____

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Жылалова Айсана

Курманжановна

2. Дата рождения 19.03.22г.

3. Индивидуальный идентификационный номер 220319654662

4. Домашний адрес; населенный пункт Б-2 улица _____

Дом 1-Т корпус Т квартира 14

Отметки о перемене адреса _____

~~Тел 874787543014 Айтман~~

Б-2 р.м. 111 кв 146

**Туберкулез ауруына екпе
Прививка против туберкулеза**

Туберкулездік пробасы		Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
Дата	Результат					
	вакцинация	19.03.22	25.03.22	0.05	03790029	1 мес - не то 3 мес - не то
	ревакцинация					6 мес - шығу 12 мес - шығу

**Полиомиелитке қарсы екпе
Прививка против полиомиелита**

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст

**Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка***

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
вакцинация								
ревакцинация								

*Препарат обозначать 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.

**Вирусы гепатитке қарсы екпе
Прививка против вирусного гепатита**

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
вакцинация	19.05.22	отказ						
ревакцинация								

**Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита**

К.П.И.

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
11.12.02.25	0,5	013310058				

**Қызылша ауруына қарсы екпе
Прививка против кори**

К.П.И.

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
11.12.02.25	0,5	013310058				

**Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе
Прививка против других инфекций**

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
вакцинация	11.12.02.25	0,5	9260	превентар				
ревакцинация					+			

Дата снятия с учета) _____

Подпись _____

Причина _____

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка