



Приложение к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

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

I. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Нуртас Нуртор
ИИН 220211553356

Дата рождения 11 02 2022

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях: Батпае 129 20

Нуртасов Нуртор Майханулы
Нуртасов Нуралы Нурбергенович

Поликлиника прикрепления ГПМЧ

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

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

Диагноз (код МКБ-10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет нет

*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

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
САУАТ ҚАМҚАУ АҒАМЫ
ҚОҒАМДЫҚ КАСИПОРЫНЫ
ОҚУ-ӘДІСТІК БІЛІМ ДАМУ
КАБІЛУАТЫ

Эпикриз

Ребенок от 16 беременности. от 16 срочных родов.
Вес 3800г, рост 56. Рос(ла) и развиваль(лся) соответствен
но возрасту. Прививки в роддоме БЦЖ, ВГВ. Д учете не
состоит. Инфекционными заболеваниями не болел.
Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Зев спокоен.

Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы
не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов
нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий,
без болезненный. Стул и диурез в норме.

Д/з- Зроров
Гр.зд- Зч
Ф.р.- средний
Ф.гр.- основное
НПР- Зч

Школу посещать может

Вр:



Түп округіне жетсе
доңус кәтә
Әрү
жет түп



* 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.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация	12.02.22	01.05.22	0,5	0374009	КВ			
		06.08.22	0,5	0374009	КВ			
Ревакцинация	13.04.23	20.07.23	0,5	202205028	КВ			
		07.11.23	0,5	202309013	КВ			

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г*)	Местная	
V	05.04.23	0,5	0374009	КВ		

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г*)	Местная	
	05.04.23	0,5	0374009	КВ		

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация		05.04.23	0,5	0374009	КВ			
Ревакцинация		05.04.23	0,5	0374009	КВ			
		06.08.22	0,5	0374009	КВ			

Дата снятия с учета _____

Подпись _____

Причина _____

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