

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

Приложение
 к Инструкции по заполнению
 и ведению учетной формы 026/у-3
 «Паспорт здоровья ребенка»

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ
 (ОКУД бойынша кодтың нысаны 026/у-3)
ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА
 (Код формы по ОКУД-26/у-3)

I. БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ / ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

Баланың аты-жөні, әкесінің аты / Ф.И.О. ребенка Дамберген
Шыраш Маубалетұлы
 Ұлты / Национальность қазақ Тұған күні / Дата рождения 04.07.2010
 Жынысы: ер / эйел (каждого из них астың сызу керек)
 Пол: мужской / женский (подчеркнуть)
 Мекен-жайы (немесе) интернат мекемесінің мекен-жайы Домашний адрес (или адрес
 интернатного учреждения) Бөкей Атево

Телефон (тұрғылықты орны) / Телефон (места жительства) _____
 Қызмет көрсететін емхана Обслуживающая поликлиника _____
Бірлескен обсерватория
 телефон (мед. ұйым) / телефон (мед. орг.) _____
 Қанның тобы / Группа крови _____ Резус-фактор _____ Мүгедектік /
 Инвалидность не

Түскен айы, жылы Месізі, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепте дейінгі мекеме Дополнительная организация		Орта жалпы білім беру Среднего общего образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы өбісе	түзету коррекционное	жалпы өбісе	түзету коррекционное	жалпы өбісе	түзету коррекционное
Түскен айы, жылы Месізі, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ (жалғасы) / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ (продолжение)					
	Кәсіби білім беру Профессионального		Мектеп-интернат Школа-интернат		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы өбісе	түзету коррекционное	жалпы өбісе	түзету коррекционное	жалпы өбісе	түзету коррекционное

Қолайсыз кәсіби-өндірістік факторлар / Неблагоприятные профессионально-
 производственные факторы _____

(кәсіби білім беру ұйымдары үшін, негізін жылдан бастап
 для организаций профессионального образования, с такого года)

Аллергия не

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

Эпикриз

Ребенок от ___ беременности. от ___ срочных родов.
Вес ___ . рост ___. Рос(ла) и развиваль(лся) соответствен
но возрасту. Прививки по календарю (по индивидуальному
графику) Инфекционными заболеваниями болел (не 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
болезненности. Стул и диурез в норме.



Школу посещать может

Вр: Темургулов Т.

Темургулов Т.
Директор
Курсанов

1111
1110 6 рсн

200704500993

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство «Здравоохранения»
Қазақстан Республикасы
Уәкілетті органы
Денсаулық сақтау органдары

ҚҰЖАҚ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы
«23» қарашаданғы №907 бұйрығымен бекітілген
№ 06/36 нысаны медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма №063/у
утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №907

Профилактикалық екенелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

2020 жылғы (тада) « _____ » _____ есенке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы Келм
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Қалмбарбек Шерон

2. Туған күні (Дата рождения) 04.07.2020

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Батыс 17 а - 118
көшесі (улицы) 87029684748 үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулезге пробасы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық кабинеті (күні, себебі) Медицинский отдел (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	<u>1 рсн</u>	<u>05.07.20</u>	<u>905</u>	<u>0379</u>	<u>1 см - пән 4.</u>
	қайта егу ревакцинация					<u>3 см - күн 4.</u> <u>6 см күн 4.</u> <u>1 см</u>

Полиомиелитке қарсы екпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата

Құз, көкжотел, сіреспеге қарсы екпе / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
Егу Вакцинация							
Қайта егу Ревакцинация							

