

«№4 қалалық емхана»
 мемлекеттік
 коммуналдық кәсіпорны
 Оңтүстік - Батыс дәрігерлік
 амбулаториясы

201009555737

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)

1. БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ / ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

Баланың аты-жөні, әкесінің аты / Ф.И.О. ребенка Бүржанбек Шәріпұлы Серікұлы
 Ұлты / Национальность қазақ Тұған күні / Дата рождения 09.08.2020
 Жынысы: ер / әйел (қажеттісінің астын сызу керек)
 Пол: мужской / женский (подчеркнуть)
 Мекен-жайы (немесе) интернат мекемесінің мекен-жайы Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Төле би 11-228
 Телефон (тұрғылықты орны) / Телефон (места жительства) 77724
 Қызмет көрсететін емхана Обслуживающая поликлиника _____

_____ телефон (мед. ұйым.) / телефон (мед. орг.) _____
 Қанның тобы / Группа крови _____ Резус-фактор _____ Мүгедектік /
 Инвалидность _____

Түскен айы, жылы М-аыц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Орта жалпы білім беру Среднего общего образования		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное
Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	ҰЙЫМДАР СИПАТТАМАСЫ (жалғасы) / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ (продолжение)					
	Кәсіби білім беру Профессионального		Мектеп-интернат Школа-интернат		Балалар үйі Детский дом	
	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное	жалпы общее	түзету коррекционное

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

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

Аллергия _____

«№4 қалалық емхана»
МЕМЛЕКЕТТІК
КОММУНАЛДЫҚ КӘСІП
Оң түстік - Батыс
Амбулаториясы

Тілекер
Қулышев Шығарым Серігер
09 x 2020

Ақпараттар мен ақпараттар
қолдануға берілген.
Тері мәліметтері мен
Әрбір адамның өмірі мен
Сонымен бірге барлық
адам. Тері және бас
меншік. Қызыл
Тілекер. Дәрігер
Қолдану

Д/с Дәрігер ау

Урба
Шығарым
Шығарым
Әлеуметтік



20100935 5938

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Ұйымның атауы
Наименование организации

902511
02708

ҚҰЖЖ бойынша ұйым қолда
Қала тіркелуі бойынша (по ОКНП)
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігінің «ж. 2010 жылғы
«23» қарашаның 2007 бұйрығымен бекітілген
№ 063/е нысанында медициналық құжаттары
Медицинская документация Форма №063/у
утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года №067

Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

2010 жылғы (года) «20» 10 есепке алынды (взят на учет)

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

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Қуандық Шәріпұлы

2. Туған күні (Дата рождения) 09.10.20

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Юрлово - П. 228
көшесі (улица) 87025532391 үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіп / Прививка против туберкулеза

Туберкулез диагностикасы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Туберкулезге пробасы күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация		10.10.20	0,05	03796	1 мес - жоқ 3 мес - жоқ 6 мес - жоқ 12 - жоқ
	кайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екіп / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V1 3 мес	08.01.21	R3L172V						
V2 4 мес	10.02.21	V0B461M						
V3 6 мес	09.04.21	T3E27IV						

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпке дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V1 3 мес	08.01.21	0,5	R3L172V	АБҚС+НҚБ ИПВ+ВГ.В	ИБ	ИБ	
	V2 4 мес	10.02.21	0,5	V0B461M	АБҚС+НҚБ+ИПВ	ИБ	ИБ	
	V3 6 мес	09.04.21	0,5	T3E27IV	АБҚС+НҚБ+ИПВ ВГ.В	ИБ	ИБ	
Кайта егу Ревакцинация		V1 22						

* Препараттар мына эриттермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, кокжотел – дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС – адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, курамында ангіген мөлшері азайтылған адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – кокжотел вакцинасы.
 * Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусгі гепатитке қарсы екіе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	VI Змее	09.10.20	0,5	19003	БТВ	ИБ	ИБ	
	VI Змее	08.01.21	0,5	Р3172V	Авокс+КВ+ИВ	ИБ	ИБ	
Қайта егу Ревакцинация	VI Змее	09.04.21	0,5	Т3Е271V	ВР.В. Авокс+ИВ ИВ+ВР.В.	ИБ	ИБ	

Паротитке қарсы екіе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екіеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	

Қызылшаға қарсы екіе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екіеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
Dellet	11.01.20	0,5	С058Н			

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екіе (Прививка против других инфекций) ПМВ

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	VI Змее	08.01.21	0,5	Д19656	превенар13	ИБ	ИБ	
Қайта егу Ревакцинация	VI Змее	09.04.21	0,5	ВР0572	превенар13	ИБ	ИБ	
	VI Змее	06.12.20	0,5	FM1506	превенар13	ИБ	ИБ	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы (Подпись) _____
 Себебі (Причина) _____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады
 Қаладан (аудандан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.
 Карта ұйымда қалады.
 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.