

ШШШ 200705602674



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 Баладың аты-жөні, әкесінің аты / Ф.И.О. ребенка Әміржанов Әбілғазы Әбілғазыұлы

Ұлты / Национальность қазақ Туған күні / Дата рождения 05.01.2020

Жынысы: ер / әйел (қажеттісінің астын сызу керек)

Пол: мужской / женский (подчеркнуть)

Мекен-жайы (немесе) интернат мекемесінің мекен-жайы Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) А. Мамбетов көшесі 609 б/д 105

Телефон (тұрғылықты орны) / Телефон (места жительства) 87014536085 Қызмет көрсететін емхана Обслуживающая поликлиника Г.П.НУ

Каньның тобы / Группа крови Резус-фактор Мүтедектік / Инвалидность ШШ

Table with 2 main sections: 'ҮЙІМДЕР СІПАТТАМАСЫ / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ' and 'ҮЙІМДЕР СІПАТТАМАСЫ (жалғасы) / ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНИЗАЦИЙ (продолжение)'. Each section has columns for 'Мектепке дейінгі мекеме / Дошкольная организация', 'Орта жалпы білім беру / Среднего общего образования', 'Мектеп-интернат / Школа-интернат', and 'Балалар үйі / Детский дом'. Sub-columns include 'жалпы / общее' and '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 ШШ



Эпикриз

Ошир Зарова Айгер Шохир кызы
0507.2020.

Ребенок от 1 беременности. от 1 срочных родов.
Вес 3,2 кг Рост 62 Рос(ла) и развиваль(лся) соответствен
но возрасту. Прививки по календарю (по индивидульному
графику) Инфекционными заболеваниями болел (не болел)

На Д учете 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- Зарова

Гр.зд- 1

Ф.р.-- БМ

Ф.гр.-- одн

НПР- тип острый мотел

Школу посещать может

Вр:

Зарова БМ

Handwritten signatures and stamps in the bottom left corner, including a circular official seal.

Official circular stamp and handwritten signature in the bottom right corner.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Медициналық және фармацевтикалық
Республикалық Қазақстан
Ұйымның атауы
Наймен атауы

800705602674

КУЖОК бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы
«23» қарашадағы №907 бұйрығымен бекітілген
№ 063/е нысанда мелшоналық құжаттама
Медициналық документация «Форма №063/у
утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстана от «23» ноября 2010 года №907

Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

И. Абышев

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

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ГПМЧ Эргелебная альбулатр
(для организованных детей наименование детского учреждения) Того запар

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Ширзахова Әйгерім Шамсерікқызы

2. Туған күні (Дата рождения) 05.07.2020

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Мамаргүлова 56р/1-105
көшесі (улицы) _____ үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира)

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8705 818 2230

Туберкулез ауруына қарсы екіп / Прививка против туберкулеза

Туберкулезге қарсы Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	<u>05.07.20</u>	<u>07.07.20</u>	<u>9.05</u>	<u>0372</u>	<u>1 ай қауіпсіздігі</u>
	қайта егу ревакцинация					<u>3 ай қауіпсіздігі</u>

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
<u>14.07.21</u>	<u>23.05.23</u>	<u>2и с 063</u>	<u>11</u>	<u>11</u>				
<u>14.07.21</u>	<u>23.05.23</u>	<u>03E501K</u>						

Күл, 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 жерге Местная	
Егу Вакцинация	<u>14.07.21</u>	<u>23.05.23</u>	<u>0.5</u>	<u>03E501K</u>	<u>НБКВСТ-100-100</u>			
Қайта егу Ревакцинация	<u>14.07.21</u>				<u>1 КТТ2</u>			

• Препараттар мына эритермен белгіленеді: АКДС – адсорбталған, кокжетел – дифтерия-сіреспе вивтоксині, АДС – адсорбталған дифтерия – сіреспе вивтоксині, АДС - М-вивтоксин-адсорбталған дифтерия-сіреспе вивтоксині, құрмында аттыған молшері айттылы адсорбталған дифтерия вивтоксині АС – адсорбталған сіреспе вивтоксині, К – кокжетел вивтоксині.
 • Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный вивтоксин, АДС-М-вивтоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный вивтоксин с уменьшенным содержанием, АД – адсорбированный дифтерийный вивтоксин, АС – адсорбированный столбнячный вивтоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екіе / Прививка против вирусного гепатита

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылық Медицинский от
					Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	01.07.21	0,5	19003	Р5ТБ	КБ	КБ	
Қайта егу Ревакцинация	23.05.23	0,5	УЗЕ005V	АКСИМОНАЛ В/К/К ₂			

Паротитке қарсы екіе / Прививка против паротита

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылық Медицинский от
				Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
1/1 год	14.07.21	0,5	0139-119B	КБ	КБ	

Қызылшаға қарсы екіе / Прививка против кори

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылық (күні, себебі) Медицинский от (дата, причина)
				Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
1/1 год	14.07.21	0,5	0139-119B	КБ	КБ	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екіе (Прививка против других инфекций)

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылық (күні, себебі) Медицинский от (дата, причина)
					Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	1/1 год	14.07.21	0,5	BR 0572	превеноар	КБ	КБ
Қайта егу Ревакцинация	23.05.23	0,5	FM 1506	превеноар В			

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

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 визите ребенка на учет.
 В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о прививках.