

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорыны

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173
Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О.ребенка Аманжол Айыби
Айсұлтан ұрн
Национальность _____ Дата рождения 09.06.22
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) 2 Актобе
Ботые 4 175А - 115кв
Ф.И.О.год рождения матери/законного представителя Жыл Умет
Место работы матери/ законного представителя _____
Телефон матери/ законного представителя 8775 425 5036
Ф.И.О. год рождения отца Норам А А
Место работы отца Центр трудовой занятости
Телефоны отца 8771 599 3669
законных представителей _____
Поликлиника прикрепления Ж 24
Группа крови _____ Резус - фактор _____
Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций				Организация интернатного	
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Общее	коррек
	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное		

ЭПИКРИЗ

Ребенок от 1, беременности, от 1 родов.

Родился(ась) с весом 3120,0 кг, ростом 51 см.

Растет и развивается соответственно возрасту.

Привит по календарю.

Контакт с tbs – отрицает.

На «Д» учете не состоит

Наследственность не отягощена.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное.

Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Кожные покровы чистые, обычной окраски.

В легких везикулярное дыхание . хрипов нет.

Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий,

Безболезненный. Стул и диурез в норме.

*А.А.А.А.
направляется
по Ссылке на АА
000625*



D/S; здоров

Гр.здр 1

НПР 1

ФР вероятно *В.Н.*



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
 Министерство здравоохранения Республики Казахстан
 Ұйымның атауы
 Наименование организации ГКП "Городская поликлиника №4" на ПХВ ГУ УЗ Актобинской области

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қызырдағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттам
 Медицинская документация форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ- 175/2020

"Профилактикалық екіпелердің картасы"
 №065/е нысан

20 _____ жылғы (года) « _____ » _____ есіпке алынды (взят на учет)
 Уйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Аймаккері М.Б.Сейі
 2. Туған күні (Дата рождения) 09.06.2022 3. ЖСН (Индивидуальный идентификационный номер)
 4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД
 ОБЛ.ЗНАЧ.:
 Актобе Протас 2 17А кв 115, 87715993669.

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіп

Туберкулез сынағалары Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылық (күні, себебі) Медицинский (дата, причина)
күні дата	натіжесі результат						
			09.06.22	11.06.22	0,05	0371	к.р. Ч.м.

Полиомиелитке қарсы екіп

Туған жылы	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V ₁	21.10.22	05CV3C021	14,5	14.12.22	15.2.23	22	18021132	14,5
V ₂	30.05.23	05WDA961	14,5	14.3.23	10.06.25		40C43M	
V ₃	26.09.23	05V3154	14,5					

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіп

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпке дене реакциясы		Медициналық қайшылық (күні, себебі) Мед отвод (дата, причина)
					Общая (Т*)	Местная	
V ₁	21.10.22	0,5	V3C021	Абирет-көбіт + ИМ	14,5	14,5	
V ₂	30.05.23	0,5	VDA961	Абирет-көбіт + ИМ	14,5	14,5	
V ₃	26.09.23	0,5	V3154	Абирет-көбіт + ИМ	14,5	14,5	
Р. З.м.	10.06.25	40C43M - 0,5		Абирет-көбіт + ИМ			

Вирусті гепатитке қарсы екпе Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Г*)	Местная	
V1	09.06.22	0,5	200074	ВТТЗ	ИД	ИД	
V2	21.8.22	0,5	2404961	СВирс+ИВ+СММ +ВТТЗ	ИД	ИД	
V3	26.12.23	0,5	135507	СВирс+ИВ+СММ +ВТТЗ	ИД	ИД	
ВГА	04.12.24	0,5	202309013	ВГА	ИД	ИД	
V2.3ж	10.06.18	0,5	АВЛОА405022	ВГА			

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

Күні Дата	Доза	Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
			Общая (Г*)	Местная	
ЖМК					
16.08.23	0,5	01311024	ИД	ИД	

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г*)	Местная	
ЖМК	16.08.23	0,5	01311024	ИД	ИД	

Прививка против кори Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
							Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
	V1		21.10.22	0,5	FM1506	превенор-13	ИД	ИД	
	V2		30.05.23	0,5	№42168	превенор	ИД	ИД	
	V3		16.08.23	0,5	2116	превенор	ИД	ИД	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)