

«№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 Жаңабенова Асема  
Жиртманқызы  
Национальность Цыган Дата рождения 09.11.21  
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)  
Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)  
Казахстан, Алматы, Батыра 85-15  
Место работы матери/ законного представителя Мамбеталино А.Н.  
Место работы матери/ законного представителя Козкаралы Кешенке  
Телефон матери/ законного представителя 87771674860  
Ф.И.О. год рождения отца Идрис Жиртман  
Место работы отца  
Телефоны отца 87052462256  
законных представителей  
Поликлиника прикрепления ПЧ 94-176  
Группа крови \_\_\_\_\_ Резус - фактор \_\_\_\_\_  
Инвалидность (да/нет) \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_

Таблица 1. Характеристика организаций

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



Қазақстан Республикасы  
 "Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы"  
 мемлекеттік мекемесінің  
 шаруашылық жүргізу құрамындағы  
 "№2 қалалық емханасы"  
 мемлекеттік коммуналдық кәсіпорнының  
 Ақтөбе қаласы, Ахтанов көшесі, 50

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № КР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанда медициналық құжаттама  
 Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 10.07.2024

Уйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №2" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

- ЖСН/ИИН: \_\_\_\_\_
- Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЖАҢАБЕКОВА ЯСИНА ӘМІРЖАНҚЫЗЫ
- Туған күні (Дата рождения): 09.07.2021
- Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, УЛИЦА: Карасай Батыра, ДОМ: 35
- Медицинское заключение: Детский сад посещать может
- Рекомендации (при необходимости): Эпид. ситуация чистая
- Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификационный номер лица, выдавшего справку: КУЦ ИРИНА ПЕТРОВНА 218440



Мір (Печать)

Специалист	Заключение
Хирург	<u>Ирина Петровна Куц</u>
Дир. ОТОЛАРИНГОЛОГ	<u>05.07.24</u>
Невропатолог	<u>К. Б. Со. Я. Б. Я. М. И. Т.</u>
Окулист	<u>Ирина Петровна Куц</u>
Стоматолог	<u>Ирина Петровна Куц</u>

Дата: 04.07.24  
 Вис: 14 Рост: 110

Ребенок от 5 беременности, от 1 родов.  
 Родился(лась) с весом 3100 кг, ростом 12 см. Растет и развивается соответственно возрасту.  
 Контакт с тбс отрицает.  
 На «Д» учете и сейчас.  
 Наследственность не отягощена.  
 Объективно: общее состояние удовлетворительное.  
 Зев спокоен. Периферические лимфоциты не увеличены. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, болезненности нет. Стул и диурез в норме.

Врач: Ирина Петровна Куц  
 ФР: Ирина Петровна Куц  
 НТР: Ирина Петровна Куц  
 DS: Ирина Петровна Куц  
 Группа здоровья: 1





**Вирусгі гепатитке карсы екпе  
Прививка против вирусного гепатита**

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	090821	210921	0,5	10001	ВТ, В	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Қайта егу Ревакцинация	090821	141121	0,5	073	ВТ, В	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

**Паротитке карсы екпе  
Прививка против паротита**

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериасы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
090821	10823	0,5	010823	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

**Почвизия против кори**

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериасы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
090821	040522	0,5	010522	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

**Басқа жұрналы ауруларға карсы екпе (Прививка против других инфекций)**

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский от (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Вакцинация	090821	210921	0,5	073	ВТ, В	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Қайта егу Ревакцинация	090821	141121	0,5	073	ВТ, В	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

Себебі (Причина) \_\_\_\_\_

Карта баланы естке алғанда балазәр сәуле - трифенолтикеттік ұйымның (ЕПҰ) пәтерлерімен  
Қалдан (ауалдан) қолдан келеді және елден түрлі әкімдермен беріледі.  
Карта ұйымда қалады  
Карта заповируется в детской лечебно-профилактической поликлинике имени 100-летия Октябрьской революции

Қазақстан Республикасы  
«Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы»  
мемлекеттік мекемесінің  
шаруашылық жүргізу құқығындағы  
«№5 қалалық емханасы»  
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны

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

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Сарбулемова Аиель  
Аспаидиевқызы  
Национальность кореец Дата рождения 18.07.2001  
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)  
Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Сергеевка  
Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Сарбулемова Аиель  
Место работы матери/ законного представител д/х  
Телефон матери/ законного представителя  
Ф.И.О. год рождения отца Сарбулемов Александр  
Место работы отца ИТЖ Д/Х Зам  
Телефоны отца / законных представителей  
Поликлиника прикрепления ГПНБ  
Группа крови \_\_\_\_\_ Резус - фактор \_\_\_\_\_  
Инвалидность (да/нет) \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_

04.06.2024

DS: Дев'ять

ДЕТСКИЙ ХИРУРГ

Матюга жем. Дев'ять  
Дж



ОКУЛИСТ

06.06.2024

DS: Дев'ять



06.06.2024  
Зурова

ДЕТСКИЙ НЕВРОЛОГ

Стандарты диагностики  
СКД «ГП №5» на ПХВ  
Зурова 4/1/24

КРР

Блаженны дамыту кабинеті  
Кабинет развития ребенка

Курі Ван



Қазақстан Республикасы  
Ақтөбе облысының  
денсаулық сақтау басқармасы  
мемлекеттік мекемесінің  
шаруашылық жүргізу құқығындағы  
«№5 Қалалық емханасы»  
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі мұқабасында тіркелген №027/у  
2020 жылғы "30" қазіргілі № КР ДСМ-175/2020 Бұйрығымен бекітілген № 027/у  
нұсқасы медициналық құрал болып табылады.

Медициналық документация формасы № 027/у утверждена приказом исполняющего  
обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября  
2020 года № КР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у  
СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 02.09.2024

Ұйымның атауы: Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №5" на правах хозяйственного ведения Государственного учреждения "Управление здравоохранения Ақтөбінский области"

- ЖСН/ИИН: \_\_\_\_\_
- Пациенттің тоғ. аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): САРБУЛАТОВА АНЕЛЬ АСПАНДИЯРҰЛЫ
- Туған күні (Дата рождения): 18.07.2021
- Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА - Қазақстан, ОБЛАСТЫ - Ақтөбінская, ГОРОД ОБД.БНАН., Ақтөбе, ДАЧНЫЙ КООПЕРАТИВ "Черемуха", ДОМ: 56
- Медициналық сөйлем: \_\_\_\_\_  
Здрава
- Рекомендация (при необходимости): \_\_\_\_\_
- Эпид. оқуғаның жері: \_\_\_\_\_
- Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор ұран, емделушінің отаны: \_\_\_\_\_  
КИБАСОВА ЗАМИРА ЕРКИНОВНА



Мер  
(Печат)

Ребенок от \_\_\_\_\_ берменности, \_\_\_\_\_ гр., ростом \_\_\_\_\_  
Родился весом \_\_\_\_\_ гр., ростом \_\_\_\_\_  
Ребенок рос и развивался соответственно возрасту.

Профилактические прививки по возрасту (индивидуальный календарь) \_\_\_\_\_  
Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Состоит на Д.учете? (ДА, НЕТ) \_\_\_\_\_  
Ребенок осмотрен узкими специалистами перед поступлением в ДОУ  
Рост \_\_\_\_\_ см., вес \_\_\_\_\_ кг

Жалоб нет. Объективное состояние удовлетворительное. Кожные покровы  
и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание спокойное.  
Периферические лимфатические узлы не увеличены. Сетчатый ритмичный  
Дыхание. Везикулярное дыхание. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в  
норме.

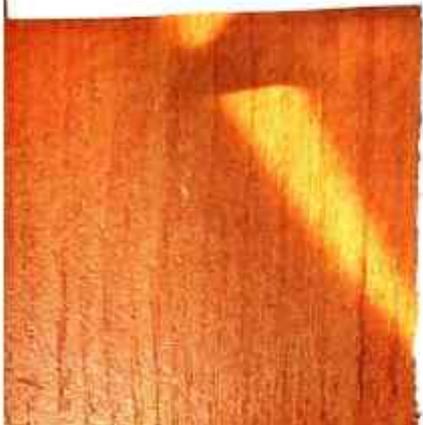
Диагноз: Нормальное состояние

Гр. Здрава Т. А.  
ИИР 100  
Физ. развитие нормальное

02/09/2024

ЭПИКРИЗ

Рольон



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің н.а. 2020 жылғы «30» қазан № ҚР ДСМ-175/2020 № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұлымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма №065/у Утверждена приказом н.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175-2020

**Профилактикалық екпелердің  
КАРТАСЫ  
КАРТА**

**профилактических прививок**

20 21 жылғы (года) «28» 09 есепке алынды (взят на учет)  
 Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы Сарбулатова Аялы Асанқиды  
 (для организованных детей наименование детского учреждения) ГП5  
 1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)  
 2. Туған күні (Дата рождения) 18.04.21 2021  
 3. ИИН(ЖСН)  
 4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) с/к Черемуха 56  
 көшесі (улица) \_\_\_\_\_ үй(дом) \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ пәтер(квартира)  
 Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

**Туберкулез ауруына қарсы екпе  
Прививка против туберкулеза**

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
2023.05.28	28/12/2022	18.04.21	19.02	0,05	03709080	1 ш - 3 ш - 1 ш 3 ш - 3 ш - 1 ш 6 ш - руб 3 ш 12 ш - руб 2 ш
2023.05.28	28/12/2022					

**Полиомиелитке қарсы екпе  
Прививка против полиомиелита**

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
2021.08.08	08.08.21	05	18F2H	05.12.21	4M06H	05.12.21	05.12.21	05.12.21
2021.08.08	08.08.21	05	18F2H	05.12.21	4M06H	05.12.21	05.12.21	05.12.21
2021.08.08	08.08.21	05	18F2H	05.12.21	4M06H	05.12.21	05.12.21	05.12.21

**Құл, кокжотел, сіреспеге қарсы екпе  
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка\***

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	2021.08.08	08.08.21	0,5	18F2H	АКДС	н/б	н/б	
	2021.08.08	08.08.21	0,5	18F2H	АКДС	н/б	н/б	
Кайта егу Ревакцинация	2023.05.28	28.05.23	0,5	18F2H	АКДС	н/б	н/б	

\* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС - адсорбтелген, кокжотел - дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС - адсорбтелген дифтерия - сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген молшері азайтылған. АД - 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, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшная вакцина.

**Вирусгі гепатитке карсы екпе  
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 қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	18.07.21	18.07	0,5	UVX 20004	БТ, Б*	Н/Б	Н/Б	
	<del>18.07.21</del>	<del>18.07</del>	<del>0,5</del>	<del>UVX 20004</del>	<del>БТ, Б*</del>	<del>Н/Б</del>	<del>Н/Б</del>	
Қайта егу Ревакцинация	У, БТ, А	22	0,5	202103023		Н/Б	Н/Б	

**Паротитке карсы екпе  
Прививка против паротита** *КРК*

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпилісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
1/2	18.07.22	0,5	0130K108H	Н/Б	Н/Б	
У, 2-бм	26.7.24	0,5	0135K0882	Н/Б	Н/Б	

**Қызылшаға карсы екпе  
Прививка против кори**

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпилісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
1/2	18.07.22	0,5	0130K108H	Н/Б	Н/Б	
У, 2-бм	26.7.24	0,5	0135K0882	Н/Б	Н/Б	

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екпе (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 қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	18.07.21	18.07	0,5	UVX 20004	Н/Б	Н/Б		
айта егу свакцинация	У, м.	6.10.21	0,5	ЕК6000	Н/Б	Н/Б		
	1/2	18.07.22	0,5	ЕТ6782	Н/Б	Н/Б		

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Солы (Подпись)

Себебі (Причина)

Сарта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады

Салдан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтам беріледі.

Сарта ұйымда қалады.

Сарта 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.

Сарта остается в организации.

670248m

Қазақстан Республикасы  
«Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы»  
мемлекеттік мекемесінің  
шаруашылық жүргізу құқығындағы  
«№5 қалалық емханасы»  
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны

Приложение  
Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Аннуарұлы Аңсар

Национальность қазақ Дата рождения 01.02.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Аңсар - 2, участка - 272 (взрыв гран)

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Избаева Т. Ж. 03.07.1991

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя 8702 5285791

Ф.И.О. год рождения отца Берекетов А. Тч. 18.02.1983

Место работы отца

Телефоны отца / законных представителей 8701 1834483

Поликлиника прикрепления

Группа крови \_\_\_\_\_ Резус - фактор \_\_\_\_\_

Инвалидность (да/нет) \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_

03.05.2024г.

Д/В: Дем'сан



ОКУЛИСТ

03.05.2024г.

Д/В: Дем'сан



ДЕТСКИЙ ХИРУРГ

Зр 26

Матосек жөз. Дем'сан



ДЕТСКИЙ ХИРУРГ

03.05.2024г.

Зроров

Handwritten signature

Стоматология №5, Калалык емханасы  
ГКП «ГП» ЖЭБ на БУВ

Самарован З/И/М

Билсени дамыту кабинеті  
Кабинет развития ребенка

Күні 03.05





• 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
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	0-9	17.12	0,5	79004				
Ревакцинация	12.05.21	12.05.21	0,5	УЗНЛАВК	активный иммунитет			

### Прививка против паротита *мелен.*

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	
12.05.21	12.05.21	0,5	ЕКФОАО			
12.05.21	12.05.21	0,5	FN1506			

### Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
12.05.21	12.05.21	0,5	016 014 088			
01.06.21	01.06.21	0,5	016 310 088			

### Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация								
Ревакцинация								

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.

290407659753

00/02/2021 87

00/02/2021

Қазақстан Республикасы  
 «Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы»  
 мемлекеттік мекемесінің  
 шаруашылық жүргізу құрылымындағы  
 • «№5 баланың емханасы»  
 мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны

Приложение  
 Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

Жарықпен Кеңесіне

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

**1. Общие положения**

Ф.И.О. ребенка Сырақ Арұна Аманбекқызы

Национальность Қазақ Дата рождения 07.04.2021г.  
 Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)  
с/о Аманбекқызы 11/28

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя  
Аманжолбаева Әлімжанқызы 09.11.1999г.

Место работы матери/ законного представител  
И.О. Аманжолбаева басқарушысы

Телефон матери/ законного представителя \_\_\_\_\_

Ф.И.О. год рождения отца Аманжолбаев Арманбек  
14.04.1993г.

Место работы отца \_\_\_\_\_

Телефоны отца / законных представителей \_\_\_\_\_

Поликлиника прикрепления ГПНБ

Группа крови - \_\_\_\_\_ Резус - фактор \_\_\_\_\_

Инвалидность (да/нет) нет группа \_\_\_\_\_





## ЭПИКРИЗ

Ребенок от I беременности, I родов  
Родился весом 3290,0 гр., ростом 56 см см  
Ребенок рос и развивался соответственно возрасту.

Профилактические прививки по возрасту (индивидуальный календарь)

Перенесенные заболевания отр.

Состоит на Д учете? ( ДА, НЕТ) \_\_\_\_\_

Ребенок осмотрен узкими специалистами перед поступлением в ДОУ

Рост 97 см., вес 14,0 кг

Жалоб нет. Объективное состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Зев спокоен. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Сог тоны ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный. Стул и диурез в норме.

Диагноз: здоровья

Гр. Здоровья ТЗР

НПР Корина

Физ. развитие нормально



Мамин Мамин  
Зав Мамин  
2014



13  
70

Медицинский отвод 13.11.2021

Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан Ұйымның атауы Наименование организации	КУЖОК бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

**КАРТА**

профилактических прививок  
 2021 года " 07 " 04 взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения Видеоб Фарм

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Смак Аруна

2. Дата рождения 7.04.2004

3. Индивидуальный идентификационный номер 10000000000000000000

4. Домашний адрес: населенный пункт \_\_\_\_\_ улица Букатина

Дом 9 корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

Отметки о перемене адрес от Алматы переехал 11/28

**Прививка против туберкулеза**

Туберкулезные пробы		Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат					
21.11.23	213 ЕК с 23.11.2021		8.11.2021	0,5	ХОВИЧКА	отвод по причине аллергии
11.09.23	ср 11.09.23					отвод по причине аллергии
11.09.23	ср 11.09.23					отвод по причине аллергии

**Прививка против полиомелита**

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
12.04.04	2004.02	05	180	13.11.23	0,5	13.11.23	0,5	ХОВИЧКА
12.04.04	25.08.22	05	180	13.11.23	0,5	13.11.23	0,5	ХОВИЧКА
12.07.04	1.12.22	05	180	13.11.23	0,5	13.11.23	0,5	ХОВИЧКА

**Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка\***

Вакцинация	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
1	12.04.04	25.08.22	0,5	05	АДДС-К+С+Б	нет	нет	
2	12.04.04	1.12.22	0,5	05	АДДС-К+С+Б	нет	нет	
3	12.10.04	13.11.23	0,5	05	АДДС-К+С+Б	нет	нет	
Ревакцинация	12.07.04	06.06.24	0,5	05	АДДС-К+С+Б	нет	нет	

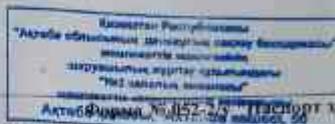


Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год\*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	98 30.05.2024
Рост	16
Вес	
Заслуженный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	1
Медицинская группа для занятий физической культурой	
Рекомендации	



\* При отсутствии сведений об актуальных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее - ПМПК) \*

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

1. Общие положения  
Физическое состояние (тип, цвет, состояние) ребенка: Артур Кенжет  
ИМН: \_\_\_\_\_  
Дата рождения: 28.05.2014  
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа): г. Павлодар, ул. Пржевальского, д. 88, кв. 106  
Сведения о законных представителях: Б.Р.О. № 121-2 Шаров Руслан Б.С.  
8-707-7738720  
Полная дата рождения: 28.05.2014  
Группа крови: \_\_\_\_\_ Резус-фактор: \_\_\_\_\_  
Испытательность (да/нет) группы: \_\_\_\_\_  
Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет): \_\_\_\_\_  
Диагноз (код МКБ-10) \* \_\_\_\_\_  
Дата взятия на диспансерный учет: \_\_\_\_\_  
\* За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Место поступления	Характеристика организаций				Организация интернатного типа	
	Дошкольная организация	Общая образовательная	Коррекционная	Организация среднего образования	Общая	Коррекционная





Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Дата	Профиль	Климатическая зона
03.06.24	гемат	116
03.06.24	в корид	
05.06.24	от	отриц

Таб. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата справки	выдачи	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача	его
от	до				
		Хирург	03.06.24	Здрова	
		невропатолог	04.06.24	Здрова	
		окулист	03.06.24	Здрова	
		лор	03.06.24	Здрова	



Эпикриз

На «Д» учете не состоит. Наследственность неотягощена. Осмотрена узкими специалистами. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и в/слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезнен. Печень и селезенка не увеличены.

Физотправления не нарушены

Диагноз-Здорова

По ИБВДВ нет низкого веса, нет низкого роста, нет анемии

НПР-по возрасту.



*Handwritten notes and signatures in blue ink, including a date '31.11.10'.*

Примечания	Гиперэритема	Гиперпигментация	Гиперкератоз	Гиперостоз	Гиперостоз	Гиперостоз	Гиперостоз	Гиперостоз	Гиперостоз

Таблица 5. Сведения о санитарно-курортном (и санаторно-курортном в виду) лечении

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	Климатическая зона
19.05.2014	В11.01	Профили	
08.05.2014	В11.01	Профили	
14.05.2014	В11.01	Профили	

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата	Выданы	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фрагменты, срок, отсрочка при наличии врача	с/о
от	до				

**ЛОР** 08.05.2014 *[Signature]*

**Окулист** 14.05.2014 *[Signature]*

**СТОМАТОЛОГ** 14.05.2014 *[Signature]*

**Срочолог** 14.05.2014 *[Signature]*

Вирусі гепатитке қарсы екіне  
Прививка против вирусного гепатита

ВТНД 9

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препара- тата	Екіне дене реакциясы Реакция на прививку		Медицина қайтып Медицинский отдел
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		2024.05.24	0,5	С20004	ВТНД 9			
Қайта егу Ревакцинация	22.9.2024	06.08.24	0,5	АВ202309013	ВТНД			

Паротитке қарсы екіне  
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екіне дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайтып Медицинский от
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Әсел	09.04.2024	0,5	0833	М	М	

Қызылшаға қарсы екіне  
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екіне дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайтып (күні, себебі) Медицинский отдел (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Әсел	09.04.2024	0,5	0833	М	М	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екіне (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препара- тата	Екіне дене реакциясы Реакция на прививку		Медицина қайтып Медицинский (дата, прич
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		2024.05.24	0,5	0833	ВТНД 9			
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

Себебі (Причина) \_\_\_\_\_

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қаладан (ауданнан) 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.

\* Препараты обозначены буквами: АКДС - адсорбированный коклюшно-дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДК - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АК-М-анатоксин - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшный анатоксин.

### Прививки против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Г*)	Местная	
Выздоравливая	18.05.21	0.5.21	0,5	18.05.21	АКДС	нет	нет	
	12.8.мее	20.05.22	0,5	ГЗНО774	Актисант	нет	нет	
	2				Инд + БТБ	нет	нет	
Ревакцинируемая								

### Прививка против паротита *миелин*

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г*)	Местная	
12.8.мее	20.05.22	0,5	ЕЛ6010	нет	нет	
22.9.21	29.08.23	0,5	6Н6087	нет	нет	

### Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г*)	Местная	
27.3.21	29.08.23	0,5	0132М07113	нет	нет	

### Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Г*)	Местная	
Выздоравливая								
Ревакцинируемая								

Дата снятия с учета \_\_\_\_\_

Причина \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

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.

анаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

д МКБ-10) Учреждение

Профиль

Климатическая зона

6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

от	до	выдачи	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	его
	20.07.24		Асирети	Зорова		
	22.07.24		сир	Зорова		
	22.07.24		невропатолог	Зорова		
	23.07.24		окулист	Зорова		
	22.07.24		стоматолог	Зорова		
	23.07.24		педиатр	Зорова		





**"OBVI"**  
**DERMATOKOSMETOLOGIA**  
**ORTALYGY**  
**АНЫКТАМА / СПРАВКА**

Берили (Дата) Толмбергеев Ибраим

Тилмурзаев, 23.12.2023

УИН: 211223551541

Ол дарігердин кабылдауына болганын жонинде  
 (в том, что он(а) был(а) на приеме у врача)

дерматолого ДТ: себорейного

дерматит. кармашено леченине  
рекомендовано: мер  
об прививки



Дарігердин колы/ Подпись врача:



Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Экпеге дене серпилісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	

Баска жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Экпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация							
Қайта егу Ревакцинация							

Есептен шығарылған күні: (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)  
 Себебі (Причина)

Карта баланы есеңке алғанда балазар емдеу - профилактикалық ұйымында (БПҰ) тоқтырылады

Қаладан (ауданнан) көшпен кезде қолына егілген туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымыда 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.

№ 03.18.141

Кабинет Республики  
"Центр областного детского хирургического  
института им. академика  
С.С. Ковалева"  
"93 детской больницы"  
Алтайский край, г. Барнаул, Школьный

Акт приема-передачи  
Республика Казахстан  
от 19 января 2023 года № 173

Д.р. Усупов

Табуров Александр

пункт 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год  
по параметрам: Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст

в обследовании  
полнотелый двитво (в том числе  
и соответствующим  
по здоровью  
пенсионная группа для зонной  
местной культуры  
активации

Д.р. Усупов  
Александр Александрович



в отсутствие сведений об актуальных прививочных показаниях родителям  
органом обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

«8. Сведения о направлении в дошкольно-начальную педагогическую  
таблицу (далее - ПМПК)»  
направление в: Дачина (под МКБ-10) Стимуляционная ПМПК

1. С/О  
Фамилия  
Имя  
Отчество  
Дата рождения: 12.07.2004 г. Барнаул  
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа):  
ул. Мухоморова д. 100 - кв. 59  
Сведения о близких родственниках: Барнаул 2023

Полнотелый прививочный: 011-9 02 015  
Группа крови: Резус-фактор  
Пенсионная группа: Пенси-фактор  
Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)  
Диспансер (код МКБ-10) \*  
Дата вступления на диспансерный учет  
\* За исключением диагнозов I20-I24, I90-I99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц	Характеристика организаций					
	Дополнительная организация		Организация средств образования		Организация интернатного типа	
Дата поступления	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						