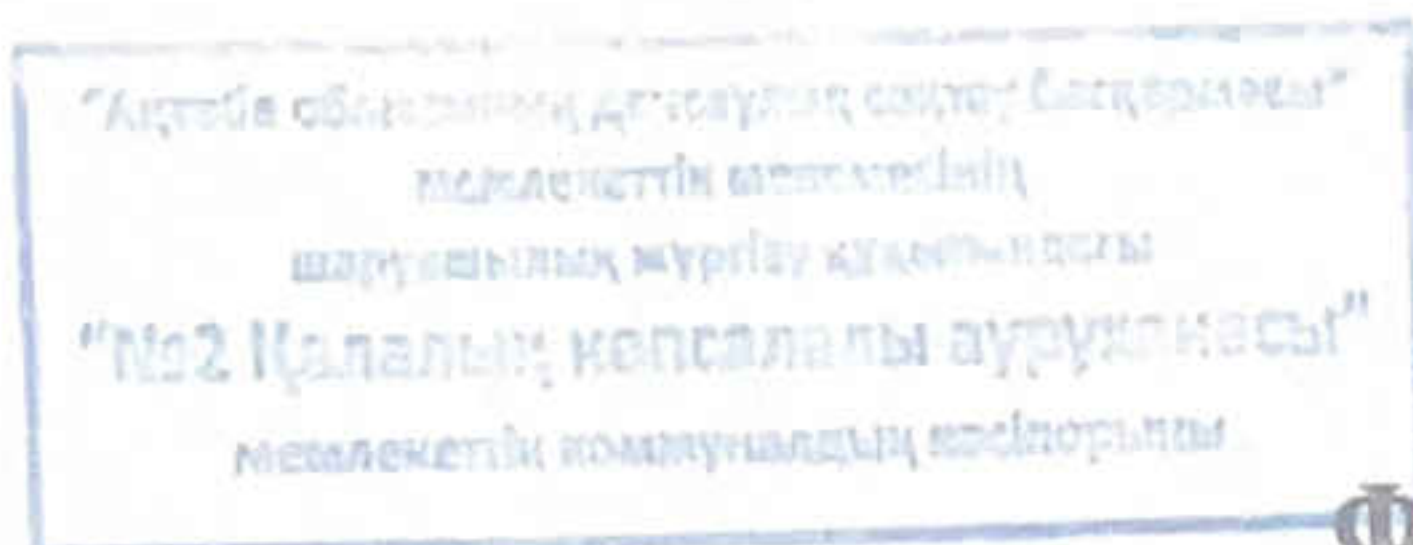




Форма № 052-2/у «Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Ибадулла Духан

Национальность казах Дата рождения 17.05.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)
3 мкр 105 кв 22

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Сактоганба А.М

Место работы матери/ законного представителя Мужик

Телефон матери/ законного представителя 87074748504

Ф.И.О. год рождения отца Торешурат Н.М

Место работы отца Мужик

Телефоны отца _____

законных представителей _____

Поликлиника прикрепления _____

Группа крови _____ Резус - фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа 02

Таблица 1. Характеристика организаций

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

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет)				
Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген	Возраст начала	Год установления диагноза	Примечания
	<u>п. аллергия</u>			

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 «Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования

Таблица 7. Профилактические осмотры.

Параметры	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет	от 10 до 11 лет	от 11 до 12 лет	от 12 до 13 лет	от 13 до 14 лет	от 14 до 15 лет	от 15 до 16 лет	от 16 до 17 лет	от 17 до 18 лет
Дата обследования	21.08.24														
Возраст ребенка (на момент осмотра)	4 года 8 мес														
Рост	90														
Вес	12														
Жалобы	нет														
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Взрослый														
Группа здоровья	II ч														
Медицинская группа для занятий физкультурой	основ														
Рекомендации	развитие														

Исх. № 111
Исх. № 111

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

ВЕС

РОСТ

ИМТ

«Қарғалы қалалық ауруханасы»

мемлекеттік

коммуналдық кәсіпорыны

ПРОФ осмотр 2024

Педиатр

Невропатолог

Окулист

Лор

Хирург

Психолог

Стоматолог

Д.С. Взерова

Д.С. Сау

С.С. Сау

С.С. Сау

Взерова

Д.С. Сау

С.С. Сау

Эпикриз

Ребенок от 1 беременности 1 родов. Родился с весом 4500 рост 56 см.

Закричал сразу. Беременность протекла ДН. Растет и развивается соответственно возрасту.

Наследованность отриц.

Аллергоанамнез чистое отриц.

Из группы риска Манту отриц. Состоит на «Д»учете не состоит

Перенесенные заболевания отриц. реп. заболеваний

При осмотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме

НПР- нервно-мышечная

ФР- в а

Д.С. Взерова

Гр. 4



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы «30» қазандағы №ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года №ҚР -175/2020

**Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

20 21 жылғы (года) «17» 06 есепке алынды (взят на учет)

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

ПГБ

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

Н.Богданова Дікен

2. Туған күні (Дата рождения)

17.05.2021

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт

З.мкр. 105 кв.22

көшесі (улица) _____ үй (дом) _____ корпус _____ пәтер (квартира) _____

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

**Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза**

Туберкулез сынамаларын 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>17.06.21</u>	<u>19.06.21</u>	<u>0,05</u>	<u>0371</u>	<u>нұсқа - 4 ай 3 мн</u> <u>нұсқа 6 ай - 3 мн</u>
		қайта егу ревакцинация	<u>29.11</u>				<u>нұсқа 1 ай - нұсқа 3 мн</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	Сериясы Серия
<u>17.05.21</u>	<u>31.12.21</u>	<u>27-0930</u>	<u>74 IV</u>	<u>17.06.21</u>	<u>0,05</u>	<u>н.25.01.22</u>	<u>2 қар - не?</u>	<u>18.02.22</u>
<u>н.11.22</u>	<u>24.11.22</u>	<u>0,590,0V</u>	<u>B/м</u>	<u>17.06.21</u>	<u>0,5</u>	<u>21 м</u>	<u>н - н/б.</u>	

**Күл, көкжөтел, 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		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	<u>17.05.21</u>	<u>2 мес</u>	<u>н.11.2021</u>	<u>0,5.930747</u>	<u>Тетакс</u>	<u>н/б</u>	<u>н/б</u>	<u>н/б</u>
	<u>2</u>	<u>24.11.2021</u>	<u>0,5</u>	<u>90V</u>	<u>пентакс</u>	<u>н/б</u>	<u>н/б</u>	
	<u>3</u>	<u>12.07.22.05</u>	<u>02</u>	<u>IV</u>	<u>Тетакс</u>	<u>н/б</u>	<u>н/б</u>	
Қайта егу Ревакцинация	<u>17.05.21</u>	<u>19.09.23</u>	<u>05</u>	<u>527H</u>	<u>пентакс</u>	<u>н/б</u>	<u>н/б</u>	

*Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС - адсорбтелген, көкжөтел - дифтерия вакцинасы АДС - адсорбтелген дифтерия - сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД - адсорбтелген дифтерия анатоксині АС - адсорбтелген сіреспе анатоксині, К - көкжөтел вакцинасы.
 *Препарат обозначать буквами: АКДС- адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячный 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

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшыдықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V 15.01.22	16.01.22	0,05	20004	ДПВ кең	кең		
	V2 2.мс	31.03.22	0,5	3с 74, 1	ВПВ кең, кең			
	V3 12.07.05	02.11.22	0,5	ВРи В4	кең кең			
Қайта егу Ревакцинация								
	V, 17.01.24	05.02.20	0,5	20220	5.027. ВР, А" кең, кең			
	V2 12.09.24	05.09.20	0,5	20, 28.09.013	5Р, А" кең кең			

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита.

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшыдықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	V' 25.01.22	0,5	0B1	077	кең	кет	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори.

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшыдықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	V, 25.01.23	0,5	0137	м7	кең	кең	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

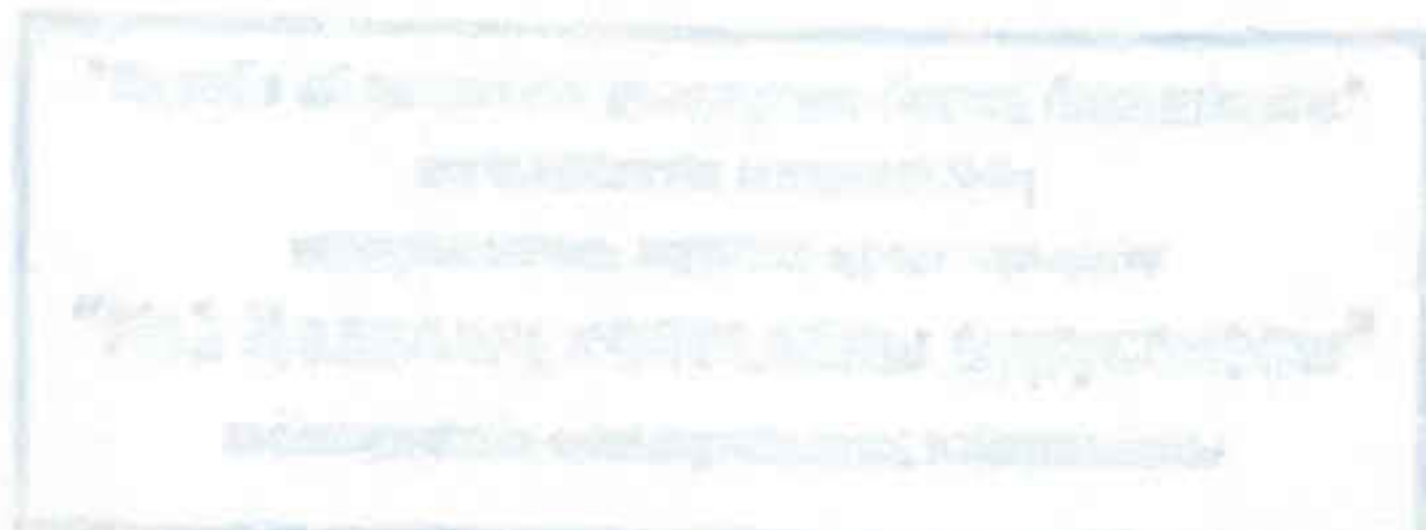
	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшы- лықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V 2	2.мс	31.м	22. - 25.25.72	кең кең			кет кет
Қайта егу Ревакцинация								
	V2 12.07.22	0,5	6182	привекор	кет			кет
	V3 25.01.23	15.013	привекор	м4				кет

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады
 Карта ұйымда қалады.
 Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.
 Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при ватии ребенка на учет.
 В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.
 Карта остается в организации.



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего
обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября
2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 29.08.2024ж

12.08.2026жуы Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус центр"

1. ЖСН/ИИН:

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Ибадулла Өркен Исламғазыұлы

3. Туған күні (Дата рождения): 17.05.2021ж

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, 3 мкр, 10Б, КВ22

5. Медицинское заключение:

Диагноз: Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

К операции противопоказания нет эпид окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

САРБУПЕЕВА ГУЛЬЖАМИЛА АГНИЕШОВНА

249674

Мер (Печать)

