

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Кузнецбаев Мусим

Национальность қазақ Дата рождения 03.07.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) п. Ақтобе

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Мурданова Ж.К.

Место работы матери/ законного представителя Кардический болж.

Телефон матери/ законного представителя 87478091509

Ф.И.О. год рождения отца Алмемір А.

Место работы отца СНПС Ақтобе Мунай газ

Телефоны отца 87074890978

законных представителей

Поликлиника прикрепления 177Б

Группа крови Резус - фактор

Инвалидность (да/нет) 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
	✓					

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

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

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.

[illegible]

Емханада диспансерлік бақылауда тұрғандар үшін

(Для состоящих в поликлинике на диспансерном наблюдении)

Күні	Дат	Тексеріп-қарау деректері Данные осмотра	Ұсыныстар	Рекомендации
1		2		3

Зертханалық зерттеулер деректері.

Данные лабораторных исследований

Күні	Дата	Нәтиже Результат	Талдаулар Анализы	Күні	Дата	Нәтиже Результат
20.06.24		ГВ - 118 г/л	Қанды крови			
		Г - 4,4 x 10				
		Гр - 5,8 x 10				
		СОЭ - 5				
20.06.24		Рион - отри	Несепті мочи			
		Г - 2-3				
		Гр - 4				
		Отн.пл - 10/4				
20.06.24		№ 12495 отри.	Нәжісті кала			

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

ВЕС

«Қарғалы қалалық ауруханасы»

РОСТ

90 мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорыны

ИМТ

18,5

ПРОФ осмотр 2024

Педиатр

Д/с Взерова

Невропатолог

Д/с Сау

Окулист

Д/с Сау

Лор

Д/с Сау

Хирург

Д/с Взерова

Психолог

Д/с Сау

Стоматолог

Д/с Сау

Эпикриз

Ребенок от 1 беременности 1 родов. Родился с весом 4800 рост 56 см.

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

Наследованность отриц.

Аллергоанамнез чистое отриц.

Из группы риска Д-Манту. 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- нервносистем

ФР- в а

Д/с Взерова

Гр. Д



Дет. сар
диетолог
Д/с

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ҚҰЖОК бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Ұйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 063/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

**Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

20 21 жылғы (года) « 05 » 07 есепке алынды (взят на учет)

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

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

2. Туған күні (Дата рождения) 03.07.2021

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт Бөкей Ойы
көшесі (улица) 045808 үй(дом) 8 корпус 74 пәтер(квартира) 74)

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8775 778 7257

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					
	егу вакцинация	<u>03.07.21</u>	<u>05.07.21</u>	<u>0,05</u>	<u>0370</u>	<u>1 ай - қимпану</u> <u>3 ай - 5 мм пурпур</u>
	кайта егу ревакцинация					<u>6 ай - 5 мм пурпур</u> <u>12 ай - 6 мм пурпур</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>03.07.21</u>	<u>12.10.23</u>	<u>1802 P132</u>	<u>2 кан</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								
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе 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-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.

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 қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	03.07.21	03.07.21	0,5	20004	ВГ и В	кеб	кеб	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
03.07.21	12.10.23	0,5	013210071/В	кеб	кеб	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
03.07.21	12.10.23	0,5	013210071/В	кеб	кеб	

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 қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	03.07.21	12.10.23	0,5	046087	Кревенар	кеб	кеб	
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.



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 07.06.2024

Үйімінің атауы Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус центр"

1. ЖСН/ИИН: _____
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): КУЗЕМБАЕВ МУСЛИМ НУРЛЫБЕКОВИЧ
3. Туған күні (Дата рождения): 03.07.2021
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыубинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Каргалинский, АУЛ(СЕЛО): Каргалы, УЛИЦА: 60 Лет Октября, ДОМ: 8, КВАРТИРА: 14
5. Медицинское заключение:
Эпид окружение чистое
6. Рекомендации (при необходимости): _____
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: КУБАШЕВА АЙЫМГУЛЬ СЕРИКОВНА 221112

