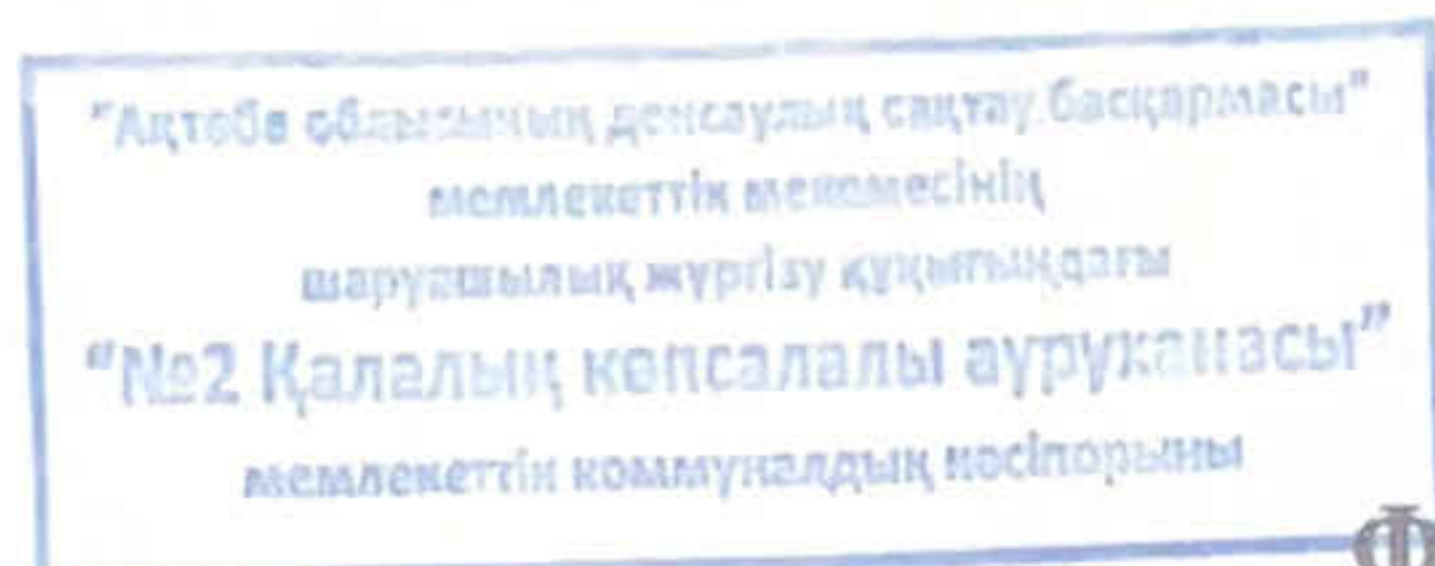




Форма № 052-2/у «Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Мухамбет Рашид

Национальность казах Дата рождения 16.08.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)
СЖ Строитель 219

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

Место работы матери/ законного представителя бухгалтер

Телефон матери/ законного представителя

Ф.И.О. год рождения отца Сапаралиев Курманалиев

Место работы отца оператор

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.

[illegible]

(Для состоящих в поликлинике на диспансерном наблюдений)

Зертханалық зерттеулер деректері.

Күні Дата	Нәтиже Результат	Талдаулар Анализы	Күні Дата	Нәтиже Результат
20.06.24	КВ - 118 г/л	Қанды крови		
	А - 4,4 x 10			
	Тр - 5,8 x 10			
	СОЭ - 5			
20.06.24	Рлион - отр	Несепті мочи		
	А - 2-3			
	Тн - 4			
	Отн. пш - 10/4			
20.06.24	№ 12495 отр.	Нәжісті кала		

Профилактикалық екпелерді картасы

Форма № 065/е нысынды

Форма № 065/у

КАРТА профилактических прививок

2021жылғы (года) « 20 »август алынды (взята на учет

2021жылғы (года) « 20 »август алынды (взят на учет
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы(для организованных детей наименование
детского учреждения _____

1 Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Мухамбет Рамиль Саматұлы

2. Туылған күні (Дата рождения) 16.08.2021 ИИН:

Мекен-жайы: Домашний адрес населенный пункт:) Мекен жайы ауысқаны туралы белгілер

(Отметки о перемене адреса) Акжар уч 17 А

Түберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

[illegible]

Полиомиелитке қарсы еке/Прививка против полиомиелита

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
	16.10.2021	077V		17.08.2022	2 K 1800P028			
	18.11.2021	011M		20.02.2022	901M			
	18.12.2021	077V						

Көл.көкжөтел,сіреспеге қарсы екпе/ Прививка против дифтерии,коклюша,столбняка

[illegible]

*Препараттар мына шарттармен белгіленеді: АҚДС-адсорбтелген, қкжшнл-дифтерия-сіреспе вакцинасы. АДС-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС-М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, шрамында антиген мшері азайтылған. АД-адсорбтелген дифтерия анатоксині ВС-адсорбтелген сіреспе анатоксині, К-қкжштел вакцинасы. Препарат обозначать буквами: АҚДС-адсорбированная. Коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина. АДС-адсорбированный анатоксині, К-қкжштел вакцинасы. Препарат обозначать буквами: АҚДС-адсорбированная. Коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина. АДС-адсорбированный анатоксин. АД-м анатоксин-адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, иВД-адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС-адсорбированный столбнячный анатоксин, К-коклюшная вакцин

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация		16.08.2021	0,5	20004	вгв	Не было	Не было	
		16.10.2021	0,5	077V	Абқдс Хиб Ипв Вгв	Не было	Не было	
Қайта егу Ревакцинация		18.12.2021	0,5	077V	Абқдс Хиб Ипв Вгв	Не было	Не было	
	ВГА1	18.08.2023	0,5	AB2023091		не было	Не было	
	ВГА2	26.02.2024	0,5	202205027		Не было	Не было	

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паратита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори+краснуха+паротит

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
КПК1	17.08.2022	0,5	0130N108A	Не было	Не было	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе /Прививка протиы других инфекций

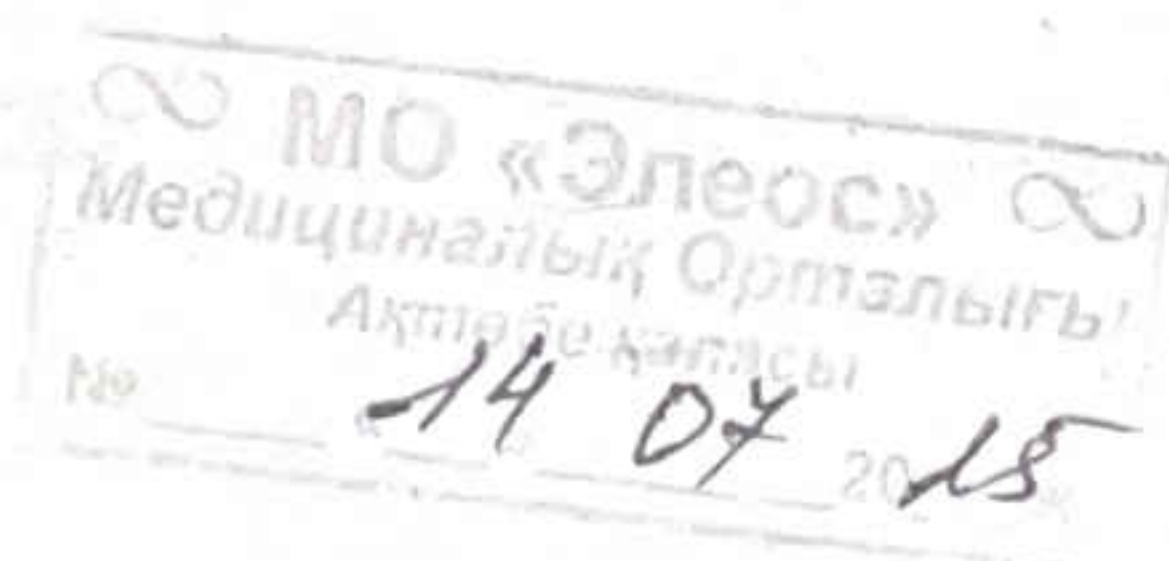
	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
Егу Вакцинация		16.10.2021	0,5	0572	Превенар 13	Не было	
		18.12.2021	0,5	0572	Превенар 13	Не было	
		17.08.2022	0,5	6020	Превенар 13	Не было	
Қайта егу Ревакцинация							

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____

Себебі (Причина)_____

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





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

Ұйымның атауы Наименование организации ТОО МЦ «Элеос»

1. ЖСН/ИИН:

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

3. Туған күні (Дата рождения):

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА:

5. Медицинское заключение:

6. Рекомендации (при необходимости):

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

Мөр
(Печать)

