

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Отесули Жан

Национальность қазақ Дата рождения 02.06.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)
Кур. сити. Зилкр 10/3 корпус 1 кв 26

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

Место работы матери/ законного представителя тәрбиеші

Телефон матери/ законного представителя 87054871427

Ф.И.О. год рождения отца Отесули Есетай

Место работы отца мұрағат

Телефоны отца 87717871485

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]

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

Невропотолог

Окулист

Лор

Хирург

Психолог

Стоматолог

Д.С. Взерова

Дей Сау

С.С. Зорал

Сау

Взерова

Дану денгейі ндеана сау

Сау

Эпикриз

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

Закричал сразу. Беременность протекала 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 слизисые чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Переферические лимфоузлы не увеличины. В легких внезикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка нне увеличины. Физиологические отправление в норме

НПР- кариевые

ФР- в а

ДС Взерова

Гр. 4



дет. сап
диагностика

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) « 03 » 07 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)

Оттеуов Жеті

2. Туған күні (Дата рождения)

02.06.2021

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

3-мкр 10/3

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	02.06.21	09.06.21	0,05	0371	мүсн - 4 ай 3 жас мүсн - 3 жас
		қайта егу ревакцинация	29.11				мүсн 7 жас - мүсн. 3 жас

**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
1, 2021	31.12.21	0930	7414	01.01.22	250123	2 жас - 1 жас	18.02.22	
2, 2021	21.11.21	0,560,0V	B/м	01.01.22	0,5521	м	01.01.22	

**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	1, 2 жас	21.11.21	0,5.93079	170000	АКДС	н/б	н/б	н/б
	2 жас	21.11.21	0,5.900	170000	АКДС	н/б	н/б	н/б
	3 жас	12.07.22	02.1V	200000	АКДС	н/б	н/б	н/б
Қайта егу Ревакцинация	4 жас	19.09.23	05.521	200000	АКДС	н/б	н/б	н/б

*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 қайшылықтар 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	ДПВ кең, кең		
	V3 12.07.05	02.11.05			ВРи В4	кең кең		
Қайта егу Ревакцинация								
	V, 17.01.24	05.02.24	0,5	20220	5.027. ВР, А"	кең, кең		
	V2 12.09.24	05.09.24	0,5	20,24.09.013	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 қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	V'25	01.22	0,5	0В1	077	кең кең	

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 қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	V, 25.01.	23 - 0,5	0137	м7	м7	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 қайшылықтар (күн, 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	м7		кет

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.



«Қарғалы қалалық ауруханасы»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорны

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 12.06.2024

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Каргалинская городская больница"
на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН: _____
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ӨТЕУЛІ ӨСЕТ ЕСТАЙҰЛЫ
3. Туган күні (Дата рождения): 02.06.2021
4. Мекенжайы (Адрес): Нур сити 3 мкр
5. Медицинское заключение: Здоров
6. Рекомендации (при необходимости):
по месту требования Эпид окружение чистое.

Др. Мухоморова Д.К.

Мөр
(Печать)

