

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Таубаева А. Р.

Национальность қазақ Дата рождения 21.07.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) г. Ақтөбе

Бозомар ур.

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

Место работы матери/ законного представителя математик

Телефон матери/ законного представителя 87074740474

Ф.И.О. год рождения отца Отеллис Аидос

Место работы отца математик

Телефоны отца 87074841509

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]

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

ВЕС 12
РОСТ 90
ИМТ 18,5

«Қарғалы қалалық ауруханасы»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорыны

ПРОФ осмотр 2024

Педиатр	Д/С Взерова
Невропотолог	Дейі Сау
Окулист	Сегіз
Лор	Сегіз
Хирург	Взерова
Психолог	Дану сенгелі мейрама сау
Стоматолог	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 В-Манту отриц. Состоит на «Д»учете не состоит

Перенесенные заболевания отриц. репк. 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- мериев

ФР- ва

Д/С Взерова

Гр. 4



Дет. сар. фотуограф

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) «21» 08 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)

Таубаева Алия

2. Туған күні (Дата рождения)

21.04.2021

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

Қызылжар, үй 7

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>21.07.21</u>	<u>23.07.21</u>	<u>0,05</u>	<u>0371</u>	<u>нұсқа - 4 ай 3 ай</u> <u>нұсқа 6 ай - 3 ай</u>
	қайта егу ревакцинация	<u>29.08</u>				<u>нұсқа 7 ай - нұсқа 3 ай</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>1, нұсқа</u>	<u>31.12</u>	<u>27-0930</u>	<u>741V H/5</u>	<u>01.01</u>	<u>н-25.01.23</u>	<u>2 жас - не?</u>	<u>18.02.22</u>	
<u>нұсқа 2</u>	<u>24.11.2021</u>	<u>0,560, 0V</u>	<u>B/m</u>	<u>нұсқа 1, 0,5</u>	<u>521 м/б</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>1, 2 жас</u>	<u>24.11.2021</u>	<u>0,5.930</u>	<u>741V H/5</u>	<u>нұсқа 1, 0,5</u>			<u>н/б</u>
	<u>2</u>	<u>24.11.2021</u>	<u>0,5 90V</u>	<u>нұсқа 1, 0,5</u>	<u>нұсқа 1, 0,5</u>			<u>н/б</u>
	<u>3</u>	<u>12.07.22.05</u>	<u>02.1V</u>	<u>нұсқа 1, 0,5</u>	<u>нұсқа 1, 0,5</u>			<u>н/б</u>
Қайта егу Ревакцинация	<u>1, 19 жас</u>	<u>09.23.05</u>	<u>521 м</u>	<u>нұсқа 1, 0,5</u>	<u>нұсқа 1, 0,5</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	кем	кем	
	V2 2.м.с	31.03.22	0,5	3с	74, 1 ВПВ	кем	кем	
	V3 12.07.05	02.11.21	0,5	3с	74, 1 ВПВ	кем	кем	
Қайта егу Ревакцинация								
	V, 17.01.24	05.02.20	0,5	20220	5.027. ВП, А	кем	кем	
	V2 12.09.24	05.09.20	0,5	20, 24.09.013	8Р, А	кем	кем	

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	013 / 017	кем	кем	

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 м 7	кем	кем	

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 (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V 2	2.м.с		31 м	22 - 25	25, 72	кем	кем
Қайта егу Ревакцинация								
	V2 12.07	22	0,5	6182	привекор	кем	кем	
	V3 25.01.23		15	013	привекор	м	м	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____ Колы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

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

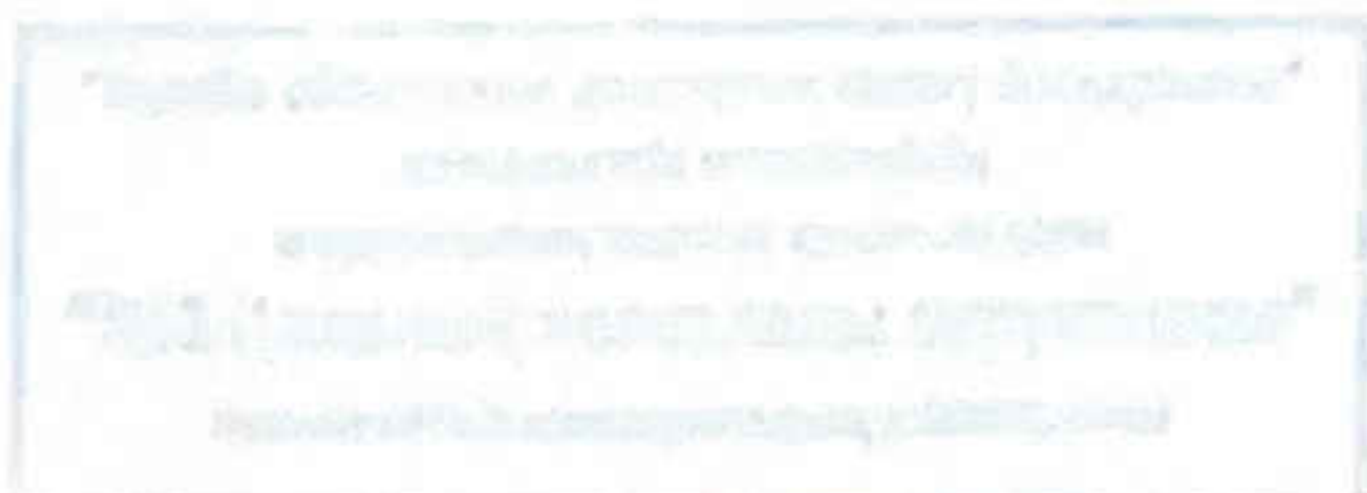
Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

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 12.08.2026жж

12.08.2026жуы Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус центр"

1. ЖСН/ИН:

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

3. Туған күні (Дата рождения): 21.07.2021ж

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актобинская ,Қызылжар уч7

5. Медицинское заключение:

Диагноз: Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

К операции противопоказаний нет эпид окружение чистое

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

САРБУПЕЕВА ГУЛЬЖАМИЛА АГНИЕШОВНА

249674

Мөр (Печать)

