

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ПАСПОРТЫ
(ҚР Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 30.10.2020 ж.
#ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығы бойынша 052-2/у нысаны)

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

(форма 052-2/у по приказу и.о. Министра здравоохранения РК от 30.10.2020г. #КР ДСМ-175/2020)

"Bismarck's will
"will succeed."

1.БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ
ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

Батаның Т.Ә.А. / Ф.И.О. ребенка

Ұлты / Национальность

Жынысы: ЕР / ӘЙЕЛ

Туган күні / Дата рождения

Пол: МУЖСКОЙ / ЖЕНСКИЙ (подчеркнуть)

Мекен-жайы (немесе интернат мекемесінің мекен-жайы) / Домашний адрес (или интернатного учреждения)

И. Водовозов 3, ул. 9780

Телефон (тургылыкты орны) / Телефон (места жительства)

Қызмет көрсететін емхана / Обслуживающая поликлиника

Телефон (тұрғылықты орны) / Телефон (места жительства)

Қызмет көрсететін емхана / Обслуживающая поликлиника

Телефон (мед/ұйым) / Телефон (мед/орг.)

Канның тобы / Группа крови резус-фактор

Мүтедектік / Инвалидность

[illegible]

2. АНАМНЕСТИКАЛЫҚ МӘЛІМЕТТЕР АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Ата-аналары туралы мәліметтер/Сведения о родителях:

Т.А.Ө., туған жылы/ Ф.И.О., год рождения	Білімі/Образование	Жұмыс орны, телефоны/ Место работы, телефон
Анасы/Мать <i>Жылқыбай Мәлімжановна</i>	<i>Болмаса</i>	<i>Жеңіл, Жылқыбай Кременевна</i>
Әкесі/Отец <i>Жылқыбай Әзізбекұлы</i>	<i>Болмаса</i>	<i>Қазақстан Республикасы - Алматы</i>

Отбасының сипаттамасы – ТОЛЫҚ / ТОЛЫҚ ЕМЕС (қажеттісінің астын сызу керек)!

Характеристика семьи – ПОЛНАЯ / НЕПОЛНАЯ (нужное подчеркнуть)

Тұрмыстық жағдайы / Жилищно-бытовые условия удовлетворительные

Отбасылық анамнез (аурушандық) / семейный анамнез (заболевания) удовлетворительные

Мектептен тыс сабақ / Внешкольные занятия:

Сабақтың түрлері/ Вид занятий:	Жасы/аптадағы сағаттар / Возраст/часов в неделю			
	4 жас / 4 года	5 жас / 5 лет	6 жас / 6 лет	7 жас / 7 лет
Спорт (қайсысы екенін көрсету, оның ішінде би)!				
Спорт (указать какой вид, в том числе танцы)				
Ән-күй / Музыка				
Шет тілі / Иностранный язык				
Өзге де сабақтар (көрсету керек)!				
Другие занятия (указать)				
Сабақтың түрлері / Вид занятий:	Жасы/аптадағы сағаттар / Возраст / часов в неделю			
	10 жас / 10 года	12 жас / 12 лет	14-15 жас / 14-15 лет	17 жас / 17 лет
Спорт (қайсысы екенін көрсету, оның ішінде би)!				
Спорт (указать какой вид, в том числе танцы)				
Ән-күй / Музыка				
Шет тілі / Иностранный язык				
Өзге де сабақтар (көрсету керек)!				
Другие занятия (указать)				

672400 + 0714, 25.10.22

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

944 Профилактікалық екіпелердің
КАРТАСЫ
профилактікалық прививок

47/22

22 жылғы (тода) «28» тамызда есепке алынды (азат на учёт)

Тымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
на организованных детей наименование детского учреждения

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Әбісеев Әбділ

Туған күні (Дата рождения) 25.02.2018. 2022.

Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) 1. Шымкент қ. 23. 34. 9780
шесі (улица) 2. Бөкей 23 үй(дом) корпус патер(квартира)

Екенжайы ауылқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 2022.05.23.31.35

Туберкулез ауруына қарсы екіпел/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынақтары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата	Туған күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күн, себеп) Медицинский отвод (дата, причина)	
күні Дата	натіжесі результат	жылы Дата	жылы Дата	Доза	Серия	Медициналық қайшылықтар (күн, себеп) Медицинский отвод (дата, причина)	Медициналық қайшылықтар (күн, себеп) Медицинский отвод (дата, причина)
				25.02.22	26.02.22	03.03.22	1. Дене қан 3 мм. 2. Дене 105 3. Дене 105
				еу вакцинация	000	4.06.22	
				кайта еу ревакцинация			

Полиомиелитке қарсы екіпел/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Туған күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Туған күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Туған күні Дата	Сериясы Серия
25.02.22								

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіпел/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

Еу Вакцинация	Туған жылы Дата	Туған күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпелге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
25.02.22								
Кайта еу Ревакцинация								

• Препараттар ымына: **АДС** - адсорбтөлген, көкжөтел - дифтерия-сіреспе вакцинасы, **АДС** - адсорбтөлген дифтерия - сиреспе анатоксині, **АДС** - М-анатоксин-адсорбтөлген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мәшһері азайтылды. **АД** - адсорбтөлген дифтерия анатоксині **АС** - адсорбтөлген 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 карсы екпе/Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы Дата	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аты Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу	2008.08	0.5	20004	873	45	8	
Вакцинация							
Қайта егу							
Реакцинация							

Паротитке карсы екпе/Прививка против паротита

Туған жылы Дата	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
2008.08						

Қызылшаға карсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата	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	
2008.08						

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екпе (Прививка против других инфекций)

Туған жылы Дата	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аты Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу	2008.08						
Вакцинация							
Қайта егу							
Реакцинация							

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____

Себебі (Причина) *летние*

Қолы (Подпись) _____

Карта бағаны 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.