



Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

[illegible]

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/ нет) <u>нет</u>				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь	<u>2023</u>	Дифтерия	<u>—</u>
Коклюш	<u>—</u>	Туберкулез	<u>—</u>
Скарлатина	<u>—</u>	Эпидемический паротит	<u>—</u>
Брюшной тиф	<u>—</u>		
Ветряная оспа	<u>2023</u>		
Краснуха	<u>—</u>		
Вирусный гепатит (А, В, С, Д)	<u>—</u>		

Таблица 8. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год

МО «Элеос»
Медициналық Орталығы
Ақтөбе қаласы

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	28.05.2020
Рост	102 см
Вес	16 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	ИЗЖ
Группа здоровья	I чте
Медицинская группа для занятий физической культурой	осв
Рекомендация	доп

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендовать обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее - ПМПК)

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



и Ортаққосымы



сер. 78728

сменен 78728

перен 78728

Кирюрн 39706

нейрохирургия - 39706



Санжол





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

Ұйымның атауы Наименование организации ТОО Мц «Элеос»

1. ЖСН/ИН:

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

3. Туған күні (Дата рождения):

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, УЛИЦА:

5. Медицинское заключение:

6. Рекомендации (при необходимости):

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



Мер
(Печать)

