

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

1. Общие положения
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Жолдатов Досан Рауанович
ИИН _____
Дата рождения 20.12.2015
Пол Муж
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) п. Жумар 1. уч 78
Сведения о законных представителях:
1. Бермисенберг Рауан 1991
2. Бермисенберг Дария 1996
Поликлиника прикрепления Мериде шей
Группа крови _____ Резус-фактор _____
Инвалидность (да/нет) _____ группа _____
Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____
Диагноз (код МКБ-10)* _____
Дата взятия на диспансерный учет _____
*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

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

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

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

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация

Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	Климатическая зона
		Профиль	

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача
от	до			

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579)

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР 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" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № № 21820)).

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	27.02.2026
Рост	97
Вес	17,2
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	II A
Медицинская группа для занятий физической культурой	основ
Рекомендации	Занятия физическими упражнениями

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется 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

* при наличии

Аедосмотр

20261

Медициналык мекемеси
«Медикус Центр»
Медицинское учреждение

Хирург

✓ Др. Норева

Лор

✓ Сед. д. Р.

Окулист

✓ З. И. д. И. О. В. Р.

Невропатолог

✓ Сед. д. Р.

Стоматолог

✓ Нарева д. Р.

Воп

✓ Д/С Зарева

Эпикриз

Ребенок от II беременности, от III срочных родов (преждевременных) родов

Вес/о 42 рост/о 56

Рос(ла) и развивалась (лся) соответственно по возрасту.

Прививки по календарю (по индивидуальному графику).

Инфекционными заболеваниями болел (не болел) нет

На «Д» учете состоит (не состоит) нет

Объективно: Жалоб нет. Состояние удовлетворительное.

Зев спокоен. Кожа чиста, обычной окраски.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сор-тоны ритмичные, ясные.

Живот мягкий, б/б. Физ. отправления в норме.

Допускается в детское учреждение

Медициналык мекемеси
«Медикус Центр»
Медицинское учреждение

DS: Здоров

ФР: 5 #

ИИР: состояние

ФИЗ.ГР: демон

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашаданғы № 907 бұйрығымен бекітілген № 063 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Профилактический екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 23 жылғы (года) 22 12 есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан _____ балалар _____ үшін _____ балалар _____ мекемесінің _____ атауы _____

(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Баламбай Дәлім 2. Туған күні (Дата рождения) 20.12.2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) А. Ақмол 20.12.2023 көшесі (улица)

_____ үй(дом) Бәйішев _____ корпус 78 _____ пәтер(квартира)

Мекенжайы _____ ауысқаны _____ туралы _____ белгілер _____ (Отметки _____ о _____ перемене _____ адреса)

8705 91910.65

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары 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>21.12.23</u>	<u>0,05</u>	<u>0371</u>	<u>1 мес - нап</u> <u>3 мес - рчс</u> <u>6 мес - рчс</u> <u>1 год - рчс</u>
		қайта егу ревакцинация					

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>20.12.23</u>	<u>09.09.25</u>	<u>2831</u>	<u>11</u>	<u>03.12.25</u>	<u>2831</u>	<u>11</u>		
<u>20.12.23</u>	<u>15.10.25</u>	<u>9260</u>	<u>11</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</u>	<u>09.09.25</u>	<u>0,5</u>	<u>2831</u>	<u>Генва</u>	<u>115</u>	<u>115</u>	
	<u>2</u>	<u>15.10.25</u>	<u>0,5</u>	<u>9260</u>	<u>Генва</u>	<u>115</u>	<u>115</u>	
	<u>3</u>	<u>03.12.25</u>	<u>0,5</u>	<u>2831</u>	<u>Генва</u>	<u>115</u>	<u>115</u>	
Қайта егу Ревакцинация								



* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, коклюшел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС-М – адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген молшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині, АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – коклюшел вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М – 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	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
сипатталған	20.12.23	0,5	0391	13713			
	09.09.23	0,5	2811	13713		и	и
та егу вакцинация	03.12.25	0,5	2831	13713		и	и
	16.02.26	0,5	282	13713		и	и

Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	11.06.25	0,5	01321023	и	и	

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	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	
	11.06.25	0,5	01321022	и	и	

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 (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	11.06.25	0,5	7861	превенар		и	и	
Қайта егу Ревакцинация	09.09.25	0,5	9620	превенар		и	и	
	03.12.25	0,5	9620	превенар		и	и	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) 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.





Медициналық мекеме
«Медикус Центр»
ақпараттық ұйымы

Қазақстан Республикасының Еңбектің қорғау және сақтау жөніндегі агенттігінің
2020 жылғы 30-қаңтардағы № ҚР ДСМ-1/76/2020 Бұйрығымен Бекітілген № 027/у
нормалары медициналық құжат тамақ

Медициналық документация формасы № 027/у ұтасқаннан бері қолданылып келеді
«Медикус Центр» ұйымының Қазақстан Республикасының 30-қаңтардағы
2020 жылғы № ҚР ДСМ-1/76/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете не состоит

Дата выдачи: 27.02.2026

Ұйымның атауы: Наименование организации: Медициналық ұйым «Медикус Центр»

1. ЖСН/ИИН: [redacted]
2. Пациенттің көп, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): БОЛАТБАЙ ДАЯНА РАУАНҚЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 20.12.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ. Актобе, УЛИЦА АЮКАР, ДОМ 17А
5. Медициналық заңдаушы: Диагноз: Здорова
6. Рекомендации (при необходимости): эгид окружение чистое
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ӘДІЛОВА АЛТЫНАЙ ЖАҚСЫБАЙҚЫЗЫ 194527



Мор.
(Печать)