



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

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

1. Общие положения *Бағоттарама Ә.С.*

Ф.И.О. ребенка *Елмуратов Кеңігулжан Кеңігулұлы*

Национальность *қазақ* Дата рождения *10.05.2023*

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

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

Место работы матери/ законного представителя *школа*

Телефон матери/ законного представителя *874967727587*

Ф.И.О. год рождения отца *Кеңігулов Кеңігулжан*

Место работы отца *мекеме жұмыс*

Телефоны отца *87058361516*

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Группа крови Резус - фактор

Инвалидность (да/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) <i>жоқ</i>				
Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген	Возраст начала	Год установления диагноза	Примечания



направления в ПМПК

Диагноз (код МКБ-10)

Отметка о прохождении ПМПК

ВЕС

РОСТ

ИМТ

ШЖҚ «№2 Қалалық
көпсалалы ауруханасын
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорны
Қызылжар дәрігерлік
амбулаториясы

ПРОФ осмотр 2026

Педиатр	Сау
Невропатолог	Сау
Окулист	Сау
Лор	Сау
Хирург	Сау
Психолог	Сау
Стоматолог	Сау

ШЖҚ «№2 Қалалық
көпсалалы ауруханасын
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорны
Қызылжар дәрігерлік
амбулаториясы

Эпикриз

Ребенок от 1 беременности 1 родов. Родился с весом 3500 рост 54.

Закричал сау Беременность протекла высоко и развивается соответственно возрасту.

Наследственность нет

Аллергоанамнез чистое нет

Из группы риска нет . Состоит на «Д»учете не состоит

Перенесенные заболевания ОРЗ, ОРВИ

При осмотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких внебронхиальное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме

НПР- соот. по возрасту

ФР- соот. по возрасту

ДС здоров

Гр. II A 2 ЗРР



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы, Денсаулық сақтау министрінің мәселетін айқындауынан 2020 жылғы «30» қазандағы №КР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген №065-е нысанда медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года №КР-175/2020

**Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

20 ____ жылғы (жол) « ____ » _____ есепке алынғы (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін (балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения))

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)

2. Туган күні (Дата рождения)

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт көшесі (улицы) _____ үй (дом) _____ қорық _____ бөлім (квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) *8776474387*

Туберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)	
күн дата	нәтижесі результат						
<i>03/06/21</i>	<i>0,1</i>	<i>1991</i>	<i>11/12</i>	<i>0,5</i>	<i>03710091</i>	<i>1.0000</i>	<i>1-нші</i>
<i>03/08/21</i>	<i>0,1</i>					<i>3.0000</i>	<i>2-нші</i>
<i>03/09/21</i>	<i>0,1</i>					<i>6.0000</i>	<i>3-нші</i>
<i>03/10/21</i>	<i>0,1</i>					<i>12.0000</i>	<i>4-нші</i>

Полиомиелитке қарсы екпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күн Дата	Сериясы Серия

Қуа, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге әкелі реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (*)	Етілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Кайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына эріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, кокжотса – дифтерия-сіреспе 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 – кокжотса 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.

Вирусі гепатитке карсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттан атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	08.04	10/02/23	0,5	034100040	БІЛІС	ИД	ИД	
Кайта егу Ревакцинация								

Паротитке карсы екпе / Прививка против паротита

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

Қызылшаға карсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттан 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								
Кайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алағанда бағалар еңгезу – профилактикалық ұйымның (ОПН) есептеріне қалай

Қалай (аудандық) қондырғылар келсе қалай екі есім (аудандық) қондырғылар келсе

Карта ұйымда қалай

Карта заповняється в істеской лікарні-профилактической організації (ОПН) при кастові ребенка на учет

В случае выезда из города (района) из руки выдается справка о профилактических прививках

Карта останется в організації



ШНҚ «№2 Қалалық
көпсалалы ауруханасы»
мемлекеттік коммунал
кәсіпорыны
Қызылжар дәрігерлік
амбулаториясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен Оектілген № 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 10.07.2026г

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

- 1 ЖСН/ИН
- 2 Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) Мырзабай Нұрмухаммед
- 3 Туған күні (Дата рождения) 10.05.2023ж
- 4 Мекенжайы (Адрес) РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, г.Ақтобе, ск.Алмаз 110
- 5 Медицинское заключение
- 6 Рекомендации (при необходимости) Эпид. аймағы таза.
- 7 Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку
ВОП Сағындық Күләш Әбдіярқызы 123258

