



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандығы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/у нысандағы 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 27.04.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №2" на правах хозяйственного ведения Государственного учреждения Управления здравоохранения Актобинской области

1. ЖСН/МІН: [redacted]
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): СЕРІК АЗИЗ МАҚСАТУЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 10.10.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, ДАЧНЫЙ КООПЕРАТИВ: Геолог-5, ДОМ: 21
5. Медицинское заключение:
Диагноз здоров
6. Рекомендация (при необходимости):
Эпид. окружение чистое
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
ЖУМАХАНОВА НАБИРА АЙТЫМОВНА



Д.р. Зеренов

адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин. АД – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшный анатоксин.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированный, коклюшно-дифтерийно-столбнячный анатоксин, 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 – коклюшный анатоксин.

Вирусті гепатитке карсы екпе/Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атқуы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	01.10.23	0,5	200000	БСД	Н/В	Н/В	
	01.10.23	0,5	200000	БСД	Н/В	Н/В	
	01.10.23	0,5	200000	БСД	Н/В	Н/В	
Қайта егу Ревакцинация	01.10.23	0,5	200000	БСД	Н/В	Н/В	
	01.10.23	0,5	200000	БСД	Н/В	Н/В	
	01.10.23	0,5	200000	БСД	Н/В	Н/В	

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	
	06.01.24	0,5	000000		Н/В	

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (еуе, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	06.01.24	0,5	000000		Н/В	

Басқа жұртпалы ауруларға карсы екпе (Прививка против других инфекций)

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атқуы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (еуе, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	01.10.23	0,5	000000	БСД	Н/В	Н/В	
Қайта егу Ревакцинация	01.10.23	0,5	000000	БСД	Н/В	Н/В	
	06.01.24	0,5	000000	БСД	Н/В	Н/В	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымына (ЕПҰ) тапсырылады.

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

Карта ұйымға қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при вкати ребенка на учет.

В случае выезда из города (уезда) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.

ЭПИКРИЗ

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год (по календарю)
Дата обследования	24.01.26.
Рост	92
Вес	14
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	1-й
Медицинская группа для занятий физическими упражнениями	основная
Рекомендации	Занятия спортом

* При отсутствии сведений об отсутствии профилактических осмотров рекомендуется обратиться в ближайшее учреждение профилактики ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении в специализированную консультационную службу (далее – ПМПК) *

Дата направления в ПМПК (по МКБ-10)	Отметка о направлении ПМПК

Примечание: 1. в случае необходимости обращения Министры здравоохранения Республики Казахстан от 20 ноября 2020 года № 427-ЗС/МЗ

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

1. Общие сведения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка: Серик Азиз

ИДН:

Дата рождения: 20.10.2014 М

Домашний адрес (или адрес организации воспитательного типа)

г. Алматы

Сведения о родителях (опекунах)

Абдулманов, Мария 1987А. Абдулманов, Абдулманов 1982

Полная форма организации

Группа крови

Наивысшая (по мет) группа

Система координат на дисплее (по мет)

Диагноз (по МКБ-10) *

Дата вступления в диспансерный учет

* За исключением диагнозов В20-В24, F10-199

Таблица 1. Характеристики организаций

Место, где поступает	Характеристики организаций					
	Дополнительная организация		Организация среднего образования		Организация воспитательного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

2. Анамнестические сведения
Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (если есть)				
Вид аллергии*	Аллергены	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

* Вид аллергии: пищевая, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

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

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

Дата (с какого числа по какое число)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация
		27.04.26 КВД №9
		ЗН
		27.04
		открыт

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата выдачи справки	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдávшая справку	Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача	его
01	20			
17.04.26	100	ФМЗ Здоров		
17.04.26	100	Стомотологическая клиника	Ирина Владимировна	
27.04.26	100	ФМЗ Здоров		