

Медицинская карта
«МЕДИКУС ЦЕНТР»
Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"
Общая информация

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

ИИН

Дата рождения

Пол

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях

Поликлиника прикрепления

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)				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания
	орехи			

* 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	2022		
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	31.01.2025
Рост	102 см
Вес	12,5 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	2р 2г I
Медицинская группа для занятий физической культурой	
Рекомендации	сметеновичева

* 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

Медицинское учреждение
«МЕДИКУС ЦЕНТР» Эпикриз
Медицинское учреждение

Өмір анамнезі: Бала а жүктіліктен, б босанудан. Туылғандағы салмағы 3250, бойы 50 см

Бала жасына сай өсіп жетілуде. «Д» есепте тұрмайды. Аллергоанамнез ерекшеліксіз. Тұқым қуалаушылық аурулары жоқ. Алдын – ала егулер жасына сай. Ауырған аурулары өзінше

Объективті: шағым жоқ. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Тері жамылғысы таза, қалыпты. Араны қалыпты. Шеткі л/т ұлғаймаған, ауырсынусыз. Өкпесінде везикулярлі тыныс, сырыл жоқ. Жүрек тондары анық, ырғақты. Қағу симптомы екі жақта да теріс мәнді. Физиологиялық бөліністер қалыпты. Ісі

Дәрігер Турегалиева Д.М.

Мед осмотр 2025 год

Невропатолог

Окулист

Лор

Хирург

Педиатр

кае не 202507 20.01.2025
ОАК 20.01.25 НВ 128 2/2; СОТ 4
ОАсе 20.01.25 Төшек 2/2.



Медициналық орталығы
«МЕДИКУС ЦЕНТР»
Медицинское учреждение

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 31.01.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус центр"

1. ЖСН/ИИН:

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

Давлетбаев Рамазан Нұрсұлтанұлы

3. Тұған күні (Дата рождения): 13.05.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыобинская, Г.Актобе Сити 2 микрорайон

5. Медицинское заключение:

Д/З Здоров

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид окружение чистое

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

Врач: Турегалиева ДМ

Мер
(Печать)

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

КАРТА
профилактических прививок

20 24 жылғы (года) «15» 05 есепке алынды (взят на учет) № 238443

(для организованных детей наименование детского учреждения) МЧ «Медикус Центр»

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

2. Турсунбаев

3. Туған күні (Дата рождения) 13.05.2021

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес): Нур Ситы 18-63

үй (дом) _____ пәтер (квартира) _____

Мекенжай (адрес) _____

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						
<u>10.03.25-01-03083022</u>	<u>сыңу</u>	сыңу вакцинация	<u>13.05.21</u>	<u>13.05.2021</u>	<u>0,1</u>	<u>03H4091</u>	<u>Туберкулез</u>
<u>01.04.21</u>	<u>сыңу</u>	кайта сыңу ревакцинация					<u>Зеленый</u>

Полномочитке қарсы еске
Прививка против полиомелиты

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
<u>13.05.21</u>	<u>21.08.24</u>	<u>X3C461K</u>		<u>29.01.25</u>	<u>TDA511M</u>			
<u>13.05.21</u>	<u>29.11.24</u>	<u>1801/1004812</u>						

Күл, көкжөтел, сіреспе қарсы еске
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Доза- сы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жер- де Местная	
Егу Вакцинация	<u>13.05.21</u>	<u>21.08.24</u>	<u>0,5</u>	<u>X3C461K</u>	<u>Тексер</u>	<u>н/б</u>	<u>н/б</u>	
	<u>13.05.21</u>	<u>29.11.24</u>	<u>0,5</u>	<u>TDA511M</u>	<u>Тексер</u>	<u>н/б</u>	<u>н/б</u>	
Кайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – коклюш вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированный, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вірусі гепатитис карсы 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
НАҚАМ	13.05.21	13.05.24	0,5	209004	ВТД	нб	нб
	13.05.21	24.08.24	0,5	430461K	Текел	нб	нб
Егу шындық	13.05.21	29.01.25	0,5	122309013	ВТА,	нб	нб

Паротитке карсы 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	
13.05.2021	07.06.24	0,5	01334-058A	нб	нб	

Қызылшаға карсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
13.05.21	07.06.24	0,5	01334-058A	нб	нб	

(Прививка против других инфекций) _____ Пневмо _____

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың 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	23.05.21	07.06.24	0,5	4X8430	Брексель	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	23.05.21	24.08.24	0,5	HP436	Брексель	нб	нб	

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 егілген 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.