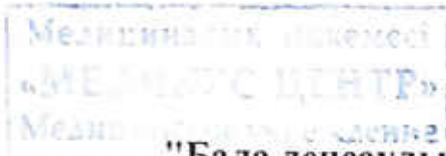


Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына
қосымша



"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Маралбекұлы
ЖСН Еркесей

Туған күні 09.06.2021

Жынысы Мен

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның

мекенжайы) Сейсина 1, үй 116

Занды өкілдер туралы мәліметтер:

Тіркеу емханасы «Сейсина 1» АҚ

Қан тобы _____ Резус-факторы _____

Мүгедектік (не / жоқ) _____ топ _____

Бала диспансерлік есепте тұр ма (не / жоқ) жоқ

Диагноз (АХЖ-10 коды)* _____

Диспансерлік есепке алу күні жоқ

* B20-B24, F00-F99 диагноздарды қоспағанда

1-кесте. Ұйымдардың сипаттамасы

Түсу айы, жылы	Ұйымдардың сипаттамасы		Жалпы орта білім беру ұйымы		Интернат үлгісіндегі ұйымы	
	Мектепке дейінгі	Жалпы	Түзету	Жалпы	Түзету	Жалпы
7						

2. Анамнестикалық мәліметтер

2-кесте. Аллергоанамнез

Аллергия (ия/жоқ) _____

Аллергия түрі* Аллерген Қай жастан бастап Диагноз қойылған жыл Ескертпелер

жоқ

* Аллергия түрі: вакциналық, дәрілік, аллергиялық аурулар.

3-кесте. Балалық шақтағы жұқпалы аурулар

Аурулар	Жыл	Аурулар	Жыл
Қызылша		Дифтерия	
Көкжөтел		Туберкулез	
Жаншәу		Эпидемиялық паротит	
Іш сүзегі			
Желшешек			
Қызамық			

4-кесте 4. Ауруханаға жатқызу туралы мәліметтер
(жаракаттарды, операцияларды қоса алғанда)

Күні (басталған күннен бастап аяқталған күніне дейін) (АХЖ-10 коды) диагнозы

Медициналық ұйым

7

5-кесте. Санаторлық-курорттық (және оған теңестірілген) емдеу туралы мәліметтер

Күні Диагнозы (АХЖ-10 коды)

Ұйым

Бейін

Климаттық аймақ

7

6-кесте. Соңғы күнтізбелік жылдағы епбекке уақытша жарамсыздық туралы мәліметтер

Анықтама берілген күні

Диагнозы (АХЖ-10 коды)

Анықтама берген медициналық ұйым

Дәрігердің ТӘЖ

бастап

дейін

7

7-кесте. Соңғы күнтізбелік жылдағы профилактикалық тексерулер туралы мәліметтер*

Параметрлер

ағымдағы жасқа арналған соңғы күнтізбелік жылдағы профилактикалық қарап-тексерулер туралы мәліметтер

Зерттеп-қарау күні

29.5.2026

Бойы

102 см

Салмақ

16 кг

Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі және ілеспе аурулар)

Көтеріңкі
сау

Денсаулық тобы

0: 1-гр

Денсаулықтыру сабақтар үшін медициналық тобы

Көтеріңкі

Ұсыныстар

ЗОЖ, прогулка

* Жүргізілген өзекті профилактикалық қарап тексерулер туралы мәліметтер болмаған жағдайда баланың тіркелген жері бойынша емханаға жүгіну ұсынылады.

8-кесте.

Психологиялық-медициналық-педагогикалық консультацияға (бұдан әрі – ПМПК) жіберу туралы мәліметтер*

ПМПК-ға жіберілген күні

Диагнозы (АХЖ-10 коды)

ПМПК өткендігі туралы белгі

7

	Тапсырган күні, айы, жылы	Нәтижесі
OAK	29.5.2026	ген. мо. фе, 27-4,39/4
OAM	29.5.26	уу. бес. төде, билим-аф
Соскоб я/г	29.5.26	отр.

Медициналық анамнез		Проф. осмотр 2025
Вес	16 кг	
Рост	102 см	
Педиатр		Заров И.
Невропатолог		Хасан С.
Окулист		Даров И.
Лор		Даров И.
Хирург		Даров И.
Стоматолог		Ауыз қуысы тазарту

Эпикриз

Ребенок от 1 беременности 1 родов. Родила в с весом 1100 г рост 35 см

Закричал да. Беременность протекала норм. Растет и развивается соответственно возрасту. Наследственность нет

Аллергоанамнез нет

Из группы риска нет нет

Состоит на «Д» учете нет. Перенесенные

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

НПР. норм

ФР. основная

ДС: здоров

Гр. здоровья



Заров И.
Хасан С.
Даров И.

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

**Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

20 21 жылғы (года) « 31 » 08 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) Мараубекұлы Еркінбай

2. Туған күні (Дата рождения) 09.06.2021

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт Жоңғарасан 2-кенті
көшесі (улицы) үй(дом) 39 корпус В пәтер(квартира) 143

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

87057006067

Сыма 4 км - 201-13
Зыяк 140/3 КБЗ

Туберкулез ауруына қарсы екіпел/Прививка против туберкулеза

Туберкулез Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
10.12.21	34102020.09.0					
01.02.22	результат					
	вакцинация					
	қайта егу					
	ревакцинация					

Полноимелитке қарсы екіпел/Прививка против полноимелита

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

Күл, көкжетел, сіреспеге қарсы екіпел/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпелге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына арпштермен белгилепди. АКДС - адсорбтелген, ккв адсорбтелген дифтерия - сiреспе анатоксини, АДС - М-анатоксин-адсорбелген антиген молшерi азайтылган. АД - адсорбтелген дифтерия анатоксини / вакшинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС - адсорбированная, коклюшно-адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшная вакцина.

тел - дифтерия-сiреспе вакшинасы, АДС - адсорбтелген дифтерия-сiреспе анатоксини, курамында адсорбтелген сiреспе анатоксини, К - коклюштел

дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АС - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный

Вирустi гепатитке карсы екпе/Прививка

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препарат атауы Наименование препарата	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	Медициналык кайшылыктар Медицинский отвод
Егу Вакцинация							
Кайта егу Ревакцинация							

Прививка против вирусного гепатита

Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	Медициналык кайшылыктар Медицинский отвод

Паротитке карсы екпе/Прививка против паротита

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	Медициналык кайшылыктар Медицинский отвод

Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок

Я, нижеподписавшийся (аяся)

(Ф.И.О.(при его наличии) родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего) настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

- 1) о необходимости проведения профилактической прививки;
- 2) о необходимости медицинского осмотра перед проведением профилактической прививки;
- 3) о возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактической прививки;
- 4) о необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развитии любых неблагоприятных проявлений после иммунизации;
- 5) о последствиях отказа от профилактических прививок.

На все возникающие вопросы получил (а) ответы: да
(да/нет)

Получив информацию: согласен (на) / отказываюсь на (от) проведение (я) профилактической прививки.

(наименование препарата)

Причины отказа:

Ф.И.О. (при его наличии)

(медицинского работника)

Подпись