



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

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Мер айбекұлы
ЖСН Көркембай
Туған күні 09.06.2021
Жынысы Еркек
Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның
мекенжайы) Сейсмика 1, үй 116
Занды әкідер туралы мәліметтер:
Кіркелов Мараубек, Матайба
Тіркеу емханасы «Медициналық центр» Ақмола облысы
Қан тобы _____ Резус-факторы _____
Мүгедектік (иә / жоқ) _____ топ _____
Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / 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	Түзету

7

2. Анамнестикалық мәліметтер

2-кесте. Аллергоанамнез

Аллергия (иә/жоқ) _____

Аллергия түрі*	Аллерген	Қай жастан бастан	Диагноз қойылған жыл	Ескертпелер
----------------	----------	-------------------	----------------------	-------------

жоқ

* Аллергия түрі: вакциналық, дәрілік, аллергиялық аурулар.

3-кесте. Балалық шақтағы жұқпалы аурулар

Аурулар	Жыл	Аурулар	Жыл
Қызылша	7	Дифтерия	7
Көкжотел		Туберкулез	
Жаншәу		Эпидемиялық паротит	
Іш сүзегі			
Желшешек			
Қызылша			

Вирустық гепатит (А, В, С, Д)

4-кесте 4. Ауруханаға жатқылу туралы мәліметтер
(жарақаттарды, операцияларды көрсеткенде)

Күні (басталған күнінен 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 еңбекке уақытша жарамсыздық туралы мәліметтер

Анықтама берілген күні

Диагнозы (АХЖ-10 коды)

Анықтама берген медициналық ұйым

Дәрігердің ТӘЖ

бастан

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

29.12.2026.

Бойы

104 см

Салмақ

17 кг

Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі және ілеспе аурулар)

Бесік сау

Денсаулық тобы

2-гр

Дене шынықтыру сабақтар үшін медициналық тобы

негізгі

Ұсыныстар

ЗДМ, профилактика

* 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

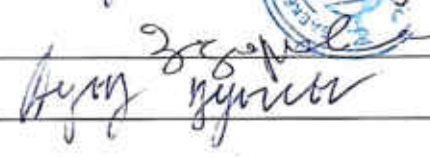
Диагнозы (АХЖ-10 коды)

ПМПК өткендігі туралы белгі

7

* болған жағдайда

	Тапсырылган күні, айы, жылы	Нәтижесі
OAK	29.5.26	лем - 120 г/л, 77-45 г/л
OAM	29.5.26	үзг. бел. - 1010 белок - 0.7
Соскоб я/г	29.5.26	отр

Проф осмотр 2025	
Вес <u>17 кг</u>	
Рост <u>104 см</u>	
Педиатр	
Невропатолог	
Окулист	
Лор	
Хирург	
Стоматолог	

Эпикриз

Ребенок от 1 беременности 1 родов. Родила в с весом 900 г рост 40 см

Закричал да. Беременность протекла норм. Растет и развивается соответственно возрасту. Наследственность нб

Аллергоанамнез нет

Из группы риска нет
заболевание: 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- норма

ФР- основная

ДС: здоров

Гр. здоровья д.р


 Врач педиатр
 Врач фтизиатр
 Врач дерматолог



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 06.04.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус центр"

1. ЖСН/ИИН: [redacted]
2. Пациенттің теп, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): МАРАЛБЕКҚЫЗЫ КӨРКЕМАЙ
3. Туған күні (Дата рождения): 09.06.2021
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Каргалинский, ЖИЛОЙ МАССИВ: Ақтөбе Сити, МИКРОРАЙОН: Ақтөбе Сити, ДОМ: 39
5. Медицинское заключение: Здорова
6. Рекомендации (при необходимости):
Эпид окружение кыстое
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: АЙДАРОВА АККЕНЖЕ АБДРАШИТОВНА 257276

Мер
(Печать)

20 08 29

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 екпелердің

~~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)

ЖШБ

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

2. Туған күні (Дата рождения) 09.06.2021

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт к/м Карамалы 2 мкрн
көшесі (улица) үй(дом) 39 корпус В пәтер(квартира) 143

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87057006067
сипа 4 мкрн 2021-13
сипа 3 мкрн 10/3 кв 3

Туберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

Туберкулез вакцинациясы		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	34100000	жүз				
ср: 03.22	рессив	вакцинация				
		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

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								
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына эріттермен белгіделеді: АКДС – адсорбцияланған коклюштық-дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбцияланған дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген молшері азайтылған, АД – адсорбцияланған дифтерия анатоксині АС – адсорбцияланған сіреспе анатоксині, К – коклюштық 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 антигена, 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	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

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	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

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/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

35,9°
Аманжол
разрешаю