

Формы № 002/23-01-01 «Формы № 002/23-01-01»

Фамилия, имя, отчество: Нурлан Нурлан Нуредиевич

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Пациент: Нурлан Нурлан Нуредиевич

Проживание: г. Казань

Группа крови: группа крови

Место рождения: г. Казань

Участок: г. Казань

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Дата рождения: 12.01.2021

Пол: муж

Диагноз: п. Анкил-1. ур. Сундле

Таблица 1. Характеристика		Год		Год		Год	
Место жительства		Организация среднего образования		Организация интернатного типа		Организация интернатного типа	
Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

2. Аллергическое заболевание

Таблица 2. Аллергическое заболевание		С какого возраста		Год установления диагноза		Примечания	
Аллергия на:	Вид аллергии*	С какого возраста		Год установления диагноза		Примечания	

* Вид аллергии: аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные инфекционные заболевания		Год		Год	
Заболевание	Год	Заболевание	Год	Заболевание	Год
Корь		Дифтерия		Заболевание	
Коклюш		Туберкулез		Заболевание	
Скарлатина		Эпидемический паротит		Заболевание	
Брюшной тиф				Заболевание	
Нейтральная оспа				Заболевание	
Краснуха				Заболевание	
Вирусный гепатит				Заболевание	

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

Дата (с какого числа)	Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)	Медицинская организация
-----------------------	--	-------------------------

Таблица 5. Сведения о прививках (в соответствии с местом жительства)

Дата	Учреждение	Профиль	Классификация

Таблица 6. Сведения о состоянии здоровья (в соответствии с последним календарным годом)

Дата выдачи справки	Медицинская организация	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
от	до	

3. Сведения о состоянии здоровья (в соответствии с последним календарным годом) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020 "Об утверждении формы учетной карты в области здравоохранения, а также инструкции по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министерства 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 образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579)).

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	21.08.24, ФАП-Вост-12741, ФАП-5,0.
Рост	ОАМ - 85 см - 27,0
Вес	каждый раз.
Заключительный диагноз (основной и сопутствующие заболевания)	№ 1781, реф-сбп.
Группа здоровья	
Медицинская группа (категория) физической культуры	
Рекомендации	

* При отсутствии сведений о проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Сведения о направлении на психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК) *

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

* при наличии



Хирург: Сергей Петрович
 ЛОР: Сергей Петрович
 Окулист: Д.В. Зубов
 Невропатолог: Д.В. Зубов
 Стоматолог: Сергей Петрович
 Вод: Сергей Петрович



Энкрип: 2
 Ребенок от 2 беременности, от 2 срочных родов (преждевременных) родов
 Вес/рост: 5890 г / 58 см
 Рост(ла) и развитие: нормально по возрасту.
 Прививки по календарю (по индивидуальному графику).
 Инфекционными заболеваниями болел (не болел): ОРЗ
 На «Д» учете состоит (не состоит): не состоит
 Объективно: Жалобы: нет / нетворительное.
 Зев спокоен. Кожа чиста, бледная, розовая.
 В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сер-тоны ритмичные, ясные.
 Живот мягкий, б/б. Функционирование в норме.
 Допускается в детском саду: да



DS: Зубов
 ФР: Д.В.
 НПР: Сергей Петрович

ФИЗ.ГР: основная





Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанның 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 О состоянии здоровья

Дата 26.08.2024 г

Ұйымның атауы Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус центр"

1. ЖСН/ИИН:

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

Нұрлан Нұрәли Нұрсұлтанұлы

3. Туған күні 07.06.2021 г

йі

4. Мекенжайы (Адрес):

Ақжар1 үл Сүмбле 4

Д/З ЗРР

5. Медицинское заключение;

Эпид окружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

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

вр Байниязова А.М

1945291238

Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 063 / е нысандағы медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық ектелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 24 жылғы (года) « 10 » 06 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) Мурзан Нурзми 2. Туған күні (Дата рождения) 07.06.2021

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Ақтөбе қоспасы (улица) Сұлбас

үй(дом) 7 корпус 4 пәтер(квартира)

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе
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						
26.07.21	18 балл	егу вакцинация		08.06.21	0,05	0379	1 мес - кон
2-07							3 мес - кон
31.12.23	-отр.	қайта егу ревакцинация					6 мес - кон
							4 год - кон

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 эріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – 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 – көкжөтел 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.

Вирусті гепатитке қарсы екпе
Прививка против вирусного гепатита

	Туган жылы Дата рожде- ния	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препа- рата	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
шінация	07.06.21		0,5	0349	БСД		
та егу вакцинация							

Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита

Туган жылы Дата рож- дения	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

Туган жылы Дата рож- дения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Басқа жасқалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туган жылы Дата рожде- ния	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименова- ние препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
егу вакцинация								
айта егу вакцинация								

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 егілгені 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.
Карта остается в организации.