

Форма № 052-2/у «Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка

Алибаев Ануар

Национальность қазақ Дата рождения 18.03.2023

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Мур Сестер Сестер

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О. год рождения отца

Место работы отца

Телефон отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Группа крови Резус - фактор

Инвалидность (да/нет) нет группа

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное
	✓					

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) <u>не было</u>				
Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген	Возраст начала	Год установления диагноза	Примечания

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Ұйымның атауы
Наименование организации

КБ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының 2020 жылғы «30» қазандағы №ҚР
ДСМ -175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды
медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 065/у утверждена
приказом исполняющего обязанности Министра
здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября
2020 года №ҚР ДСМ -175/2020

Профилактикалық екепелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

22/14

2023 жылғы (года) «30» «02» есепке алынды (взят на учет)

КБ

Ұйымдалған балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения)

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

Азербай Вуиза

2. Туған күні (Дата рождения)

28.03.2003

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт
көшесі (улица))

Сити 3 мкр

үй(дом) 111 корпус

пәтер(квартира) 24

87711812414

2 мкр 18/113

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

1 мкр 52н 44н

Туберкулез ауруына қарсы екеп/Прививка против туберкулеза

Туберкулез пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі). Медицинский отвод (дата, причина)	
күн дата	нәтижесі результат						
	егу вакцинация	28.03.23	28.03.23	0,05	0341	1 мек - пар 5 мкр	
	қайта егу	1 рн				2 мек - пар 5 мкр	
	ревакцинация					3 мек - пар 5 мкр	
						4 мек - пар 5 мкр	

Полиомиелитке қарсы екеп/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
2003	18.09.24	05	461V	24				
2003	30.10.24	05	471H	24				

Құл, көкжотел, сіреспеге қарсы екеп/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екепке дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	18.09.24	05	461V	461V	Гексавалент	КБ	КБ	
Қайта егу Ревакцинация	30.10.24	05	471H	471H	Пентаксим	КБ	КБ	



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 О состоянии здоровья

Дата выдачи 28.04.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "АксиМед"

1. ЖСН/ИН [REDACTED]
2. Пациенттің тел. аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АЗЕРБАЙ АЗИЗА АМАНГОСОВНА
3. Туған күні (Дата рождения) 28.03.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Каргалынский, ЖИЛОЙ МАССИВ: Ақтөбе Сити, МИКРОРАЙОН: Ақтөбе Сити, ДОМ: 19
5. Медицинское заключение:
ЗДОРОВА
6. Рекомендации (при необходимости):
ЭПИД ОКРУЖЕНИЕ ЧИСТОЕ
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
АЛДАБЕРГЕНОВА МЕЙРАМГУЛ МАРАТҚЫЗЫ


251972

Мөр
(Печать)