

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) нет.

Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевание	Год	Заболевание	Год
Корь	—	Дифтерия	
Коклюш	—	Туберкулез	
Скарлатина	—	Эпидемический паротит	
Брюшной тиф	—		
Ветряная оспа	—		
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

Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	Профиль	Климатическая зона

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата справки	выданы	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача
от	до			



Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

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 екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

Амбл 143596/4

20 23 жылғы (года) « 10 » Х 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) Алихан Рахат

2. Туған күні (Дата рождения) 29.09.2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт, к/пос. (улица) ш. Степак 24/5 ш. Степак 24/5

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8-785-598-12-75

Туберкулез ауруына қарсы екіпел/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сыздымалары Туберкулезные 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	29.09.23	01.10.23	8,0,05	0371604	1 мес - непереносит 3 мес - непереносит
	қайта егу ревакцинация					6 мес - непереносит 12 мес - непереносит

Полноценности қарсы екіпел/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
29.09.23	16.09.24	VAM5414	0,5	24.09.25	0,5 X81475V			
29.09.23	18.09.24	4015414	0,5					
29.09.23	25.11.24	68023062	2,0					

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіпел/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атнамы Наименование препарата	Екіпелге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	29.09.23	15.09.24	0,5	VAM5414	Генка	н/п		
	29.09.23	18.09.24	0,5	4015414	Пекто	н/п		
	29.09.23	24.09.25	0,5	X81475V	Генка			
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мана 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 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 (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	29.09.23	25.09.23	0,5	08110004	КР.Б	И/В		
	29.09.23	15.09.24	0,5	10110004	КР.Б	И/В		
		24.09.25	0,5	10110004	КР.Б	И/В		
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 (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
К	25.11.24	0,5	013310020	И/В		

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
К	25.11.24	0,5	013310020	И/В		

Баеқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Г*) Общая (Г*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	29.09.23	15.09.24	0,5	08110004	КР.Б	И/В		
Қайта егу Ревакцинация	29.09.23	25.11.24	0,5	10110004	КР.Б	И/В		
		24.09.25	0,5	10110004	КР.Б	И/В		

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта балаға есепке алынғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады.

Қаладан (ауданнан) қоныс кезде қоныс етілген туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ДЛПО) при взятии ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.



Қазақстан Республикасы
«е облысының денсаулық сақтау басқармасы»
«еетің неменісінің шаруашылық жүргізу құқығындағы»
"№2 қалалық емханасы"
менлекеттік коммуналдық кәсіпорны
Ақтөбе қаласы, Төлеу Ахтанов көшесі, 50

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нұсқасы 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 07.08.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №2" на праве
хозяйственного ведения государственного учреждения "Управление здравоохранения Актюбинской области"

ЖСН/ИИН [redacted]
Пациенттің тегі, аты, өнесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АСЫЛХАН ОЛЖАС БАУЫРЖАНҰЛЫ

Туған күні (Дата рождения): 29.09.2023

Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Каргалинский, АУЛ(СЕЛО): Каргалы,
УЛИЦА: Степная, ДОМ: 49

Медицинское заключение:

«Д» Учете не состоит

Здоров

под окружение чистое Может посещать в дет сад

Рекомендации (при необходимости):

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

ТОВА НАЗИРА АКАНТАЕВНА



Мер.
(Печать)