

1. Общие положения

Досыма Сосраа Байормонов

4444

Дати

28.06.2023 г.

РОЖДСКА

Пол

Area

Домашний адрес (или адрес организации внутреннего типа)

адрес (или адрес организационно-интернатного типа) Уезд Семей 4-й стр 202-1 - 175 кв

Сведения о законных представителях

адрес: Семейск. район, с/п: 88014850170

Поликлиника прикрепления

Медицинс център
крани

Група

Резус-фактор

Инвалидность.

келм

(да/нет)

ГРНТИ

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (код МКБ-10)*

Черкав

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 4. Характеристика организаций

2. Анamnестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Алкоголя (есть/нет)

* Вид аллергии: ламинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболелания	Год	Заболелание	Год
Корь	2	Дифтерия	2
Коклюш		Туберкулез	
Скарлатина		Эпидемический паротит	
Брюшной тиф			
Ветряная оспа			
Краснуха			
Вирусный гепатит (A, B, C, D)			

Эпикриз

Өмір анамнезі: Бала II жүктіліктен, I босанудан. Туылғандағы салмағы 3450, бойы 54 см

Бала жасына сай өсіп жетілуде. «Д» есепте тұрмайды. Аллергоанамнез ерекшеліксіз. Тұқым қуалаушылық аурулары жоқ. Алдын – ала егулер жасына сай. Ауырған аурулары ОРВИ, ОРЗ

Объективті: шағым жоқ. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Тері жамылғысы таза, қалыпты. Араны қалыпты. Шеткі л/т ұлғаймаған, ауырсынусыз. Өкпесінде везикулярлі тыныс, сырыл жоқ. Жүрек тондары анық, ырғақты. Қағу симптомы екі жақта да теріс мәнді. Физиологиялық бөліністер қалыпты. Ісі

весе - 98 см
рості - 14 м

Дәрігер

Жанабаева А.Е

Дәріс сөз
[Signature]

Мед осмотр 2026 год

Невропатолог

Окулист

Лор

Хирург

Педиатр

[Signatures and stamps of medical staff]

Жанабаева А.Е. баруға
руқсат

[Signature and date: 01.04.2026]

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 нысанды 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 -175/2020

**Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

20 23 жылғы (года) « » _____ есеіне алынды (взят на учет)

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

КМБ

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Доссем Сағатбай Бауыржанов

2. Туған күні (Дата рождения) 28.06.2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт Чимар 2023-кв.145
көшесі (улицы) _____ үй (дом) _____ корпус _____ пәтер (квартира) _____)

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) мен _____
СМН 8-147-085-145

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						
		егу вакцинация	<u>28.06.2023</u>	<u>29.06.2023</u>	<u>0,05мл</u>	<u>03+16 091</u>	<u>1мес 3мес</u>
		қайта егу ревакцинация					<u>6мес 12мес</u>

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

Құл, 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								

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 нысанды 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 -175/2020

**Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

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

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

КМБ

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Досқали Сағатбай Бақыржанұлы

2. Туған күні (Дата рождения) 28.06.2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт
көшесі (улицы) Чимкент 2025-кв145
үй (дом) корпус пәтер (квартира)

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Мекен
См. 8-747-085-7580

Туберкулез ауруына қарсы екіпел/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					
		егу вакцинация	<u>28.06.2023</u>	<u>29.06.2023</u>	<u>0,05мл 03#16</u> <u>091</u>	<u>1мес-</u> <u>3мес-</u>
		қайта егу ревакцинация				<u>6мес-</u> <u>12мес-</u>

Полиомиелитке 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

Құл, көкжөтел, 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 эріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, кокжотел – 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 – кокжотел 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

	Туған жылы Дата рождения	Күн 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	28.06.2023	28.06.2023	0,5мл	0342 R 004 C	ВМВ	не	не	
Кайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күн 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

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы(Т*) Общая(Т*)	Егілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы(Т*) Общая(Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Кайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу – профилактикалық ұйымында (ЕПУ) тегі алынады.

Қалалдан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілген ізденіс анықтамасы 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.



Медициналық мекемесі
«МЕДИКУС ЦЕНТР»
Медицинское учреждение

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 01.04.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус центр"

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) ДОСЫМ САФИЯ БАУЫРЖАНҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения) 28.06.2023

4. Мекенжайы (Адрес) г. Ақтобе Нұр сити 4 мкр 20г

5. Медицинское заключение:

Д/з Здорова

6. Рекомендации (при необходимости): ЭПИД ОКРУЖЕНИЕ ЧИСТОЕ.

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

Врач Бекенов Т.С



АЙЗОВА К.Т.