

Медициналық мекемесі
«МЕДИКУС ЦЕНТР»
Медицинское учреждение

Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Абу Тагисайын Айганаулы

ИНН

Дата рождения 23.08.2023

Пол мел

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Қартаев у. Сарытаев ауы 13

Сведения о законных представителях:

мать Мәзім Мерғашаева Абдуллин
отец Азамат Мәзімұлы Абдуллин

Поликлиника прикрепления Центр Медикус

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) нет группа нет

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) нет состоит

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) <u>нет</u>				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примеч.
<u>10.06.2026</u>	<u>нет</u>			

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевание	Год	Заболевание	Год
Корь		Дифтерия	<u>07/23</u>
Коклюш		Туберкулез	<u>07/23</u>
Скарлатина		Эпидемический паротит	<u>07/23</u>
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
08.06.2026	Травма и операция на ноге	

Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	Профиль	Климатическая зона

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

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

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра 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, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21820)).

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	10.06.2026
Рост	
Вес	
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	ЗСРВ
Группа здоровья	II
Медицинская группа для занятий физической культурой	состоятельная
Рекомендации	обучение

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

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

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

* при наличии

Эпикриз

Өмір анамнезі: Бала 1 жүктіліктен, 1 босанудан. Туылғандағы салмағы _____, бойы _____

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

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

Дәрігер
Жанабаева А.Е.



Мед осмотр 2026 год

Невропатолог

Окулист

Лор

Хирург

Педиатр

дені сау
дені сау
зшерст
дені сау
дені сау



108

1211

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
Министрлігіне қарайтын
Мемлекеттік медициналық
кеңсесі

Ұйымның атауы
Наименование организации

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

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

Алдын алу екпелерінің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

Ескіріп алынды 03 2023 ж. (г.)
(Взят на учет)

Ұйымдастырған балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детской организации)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Аманжол
2. Тұтан күні (Дата рождения) 26.02.2023
3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____ көшесі (улица) _____
601 Октябрь үй (дом) 13 корпус _____ пәт. (кв.) _____
Мекен-жайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8776418 1233

Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні 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	
26.02.23	14.11.24	0,5	8133N05PA	КС	КС	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу вакцинация	26.02.23	16.08.24	0,5	HP7361	Крыбенак	КС	КС	
Қайта егу ревакцинация	26.02.23	14.11.24	0,5	HP7361	Крыбенак	КС	КС	
		24.03.26	0,5	HP7361	Крыбенак	КС	КС	

Есептен шығарылу күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - алдын алу ұйымында толтырылады (ФАП)

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.

Туберкулез ауруына қарсы еkle
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезге пробы		Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күн, себеп) Медицинский отвод (дата, причина)
күн дата	нәтижесі результат					
12.06.26 - 01.12.2010	2010-01-12	19.01.23	18.12.23	0.05	0.3414031	Туберкулезге 3 мес - 12.06.26 4 мес - 01.12.2010 5 мес - 12.06.26
	Қайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы еkle
Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күн Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күн Дата	Сериясы Серия
16.02.23	16.08.24	1354614	0.5	14.11.24	680230529	2.0		
16.02.23	12.06.25	400131.1		14.03.26.05	03133001	2.0		

Құл, қажеттел, срсөпеге қарсы еkle
Прививка против дифтерии, коклюша столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеде дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу вакцинация	16.02.23	16.08.24	0.5	1354614	2.0	КБ	КБ	
	16.02.23	12.06.25	0.5	400131.1	1.0	КБ	КБ	
		12.06.26	0.5	400131.1	1.0	КБ	КБ	
Қайта егу ревакцинация								

*Препараттар мына критериймен белгіленеді: АД-адсорбциямен, қажеттел-дифтерия-срсөпеге вакцинасы, АД-адсорбциямен
дифтерия-срсөпеге анатоксин, АД-М-анатоксин-адсорбциямен, коклюш-дифтерия-срсөпеге анатоксин, құрамында антиген желілері
азайтылған.

АД-адсорбциямен дифтерия анатоксин, АС-адсорбциямен срсөпеге анатоксин, К-қажеттел вакцинасы.

* Препарат белгілеуі буквалар АД-адсорбциямен, коклюш-дифтерия-срсөпеге анатоксин, АД-адсорбциямен
дифтерия-срсөпеге анатоксин, АД-М-анатоксин-адсорбциямен, коклюш-дифтерия-срсөпеге анатоксин, К-қажеттел вакцинасы.

столбняк анатоксин, АД-М-анатоксин-адсорбциямен, коклюш-дифтерия-срсөпеге анатоксин, АД-адсорбциямен, коклюш-дифтерия-срсөпеге анатоксин, К-қажеттел вакцинасы.

Вирусті гепатитке қарсы еkle
Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеде дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу вакцинация	16.02.23	17.02.23	0.5	0141	1.0	КБ	КБ	
	16.02.23	16.08.24	0.5	1354614	2.0	КБ	КБ	
		12.06.26	0.5	400131.1	1.0	КБ	КБ	
Қайта егу ревакцинация								
	16.02.23	12.06.26	0.5	400131.1	1.0	КБ	КБ	
	16.02.23	12.06.26	0.5	400131.1	1.0	КБ	КБ	

Паротитке қарсы еkle
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеде дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
16.02.23	14.11.24	0.5	01994058A	КБ	КБ	



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 выдач 09.06.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус центр"

1. ИИН: 
2. Пациенттің тегі, аты, әкесің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Ббу Ханашайым Мейрамғалиқызы
3. Туған күні (Дата рождения): 26.02.2023г
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобе ж/м Карғалы ул Сары Жайлау 13дом
5. Медицинское Заключение: Здорова

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид окружение эпистог
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: Врач Бисалина А.М.





