



Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына
қосымша

“Бала денсаулығының паспорты” № 052-2/у нысаны

Баланың тегі яты әкесінің яты (бала бална)

ЖСН

Туған күні

Жынысы

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның
мекенжайы)

Занды өкілдер туралы мәліметтер:

Тіркеу емханасы

Қан тобы

Резус-факторы

Мүгедектік (иә / жоқ)

топ

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ)

Диагноз (АХЖ-10 коды)*

Диспансерлік есепке алу күні

* B20-B24, F00-F99 диагноздарды қоспағанда

1-кесте. Ұйымдардың сипаттамасы

Түсу

айы,

жылы

Ұйымдардың сипаттамасы

Мектепке дейінгі

Жалпы орта білім беру
ұйымы

Интернат үлгісіндегі
ұйымы

Жалпы

Түзету

Жалпы

Түзету

Жалпы

Түзету

01-06-2024

Бойы

Салмақ

Қорытынды диагноз
(оның ішінде негізгі және
ілеспе аурулар)

Зерков

Денсаулық тобы

ГР ЖЗ

Дене шынықтыру
сабақтар үшін
медициналық тобы

Асеев

Ұсыныстар

Зоме, пестини

* Жүргізілген өзекті профилактикалық қарап
тексерулер туралы мәліметтер болмаған жағдайда
баланың тіркелген жері бойынша емханаға жүгіну
құсынылады.

8-кесте.

Психологиялық-медициналық-педагогикалық
консультацияға (бұдан әрі – ПМПК) жіберу туралы
мәліметтер*

ПМПК-ге жіберілген күні	Диагнозы (АХЖ-10 коды)	ПМПК өткендігі туралы белгі
----------------------------	---------------------------	--------------------------------

* болған жағдайда

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**

20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ есепке алынатын (взят на учет)

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

КГБ

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

Ғамамұлы Арман

2. Туған күні (Дата рождения)

14.10.2023

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

Ноғосыте

үй (дом)

43

корпус

I

пәтер (квартира)

13

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

87085163345 Париж

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>15.10.23</u>		<u>0,05.03416091</u>	<u>1ай</u>	
	кайта егу ревакцинация				<u>3ай</u>	
					<u>6ай - 4 мм р/ж</u>	
					<u>14ноя - 4 мм р/ж</u>	

Полномиелитке қарсы екіпел / Прививка против туберкулеза

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия

Қуд, 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								
Кайта егу Ревакцинация								

Профилактикалық екпелерді жүргізуден хабардар етілген бас тарту

Мен Семизгерова Тариге Жүрсеновна

(егілетін адамның немесе кәмелетке толмаған адамның ата-анасының

(заңды өкілінің) Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Профилактикалық екпе алудан бас тартамын:

по причине плохого самочувствия у 1-го ребенка

(вакцинаның немесе басқа да иммунологиялық дәрілік препарат (иммундық-
биологиялық дәрілік препарат) атауы)

Вакцинация Арман

(вакцина немесе басқа да иммунологиялық дәрілік препарат (иммундық-биологиялық дәрілік препарат)
ұсынылған адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда), туған күні) және профилактикалық екпені жүргізудің
маңыздылығы және профилактикалық екпеден бас тартудың салдарлары туралы хабардар етілгенімізді
растаймын.

Бас тарту себебі (белгілеу):

- 1) діни;
- 2) жеке сенімі;
- 3) Бұқаралық ақпарат құралдарындағы, әлеуметтік желілердегі және
басқа да интернет ресурстардағы теріс ақпарат;
- 4) вакцинаның немесе басқа да иммунологиялық дәрілік препараттың
(иммундық-биологиялық дәрілік препараттың) алдыңғы дозасына жанама
реакция;

5) басқалары (көрсету) _____

Күні 2025 жылғы «03» ноябрь

Қолы

[Signature]
(егілетін адамның немесе кәмелетке толмаған адамның
ата-анасының (заңды өкілінің)



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысаны 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 01.06.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Каргалинская городская больница" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управления здравоохранения Актыобинской области

ҮСН/ИИН

Сментаң тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) ҚАНАТУЛЫ АРЛАН

Туған күні 14.10.2023

Мекенжайы (Адрес) РЕСПУБЛИКА Казахстан, ОБЛАСТЬ Актыобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ. АКТОБЕ

Медицинское заключение

Диагноз ЗДОРОВ

Рекомендации (при необходимости) ЭПИД ОКРУЖЕНИЕ ЧИСТОЕ.

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

МЕШИТБАЕВА С.Б.

17983