

Товарищество с ограниченной
ответственностью
«Асыл-Мед»

«Паспорт здоровья ребенка»

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

1. Общие положения

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) _____

Инвалидность (да/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

Таблица 7. Профилактические осмотры.

показатели	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет	от 10 до 11 лет	от 11 до 12 лет	от 12 до 13 лет	от 13 до 14 лет
наблюдения	8.06.2026.										
возраст ребенка (на момент осмотра)	3 года										
г	10 лет										
полюсы	16 кг										
значительный	нет.										
прогноз (в том числе по основной	здоров.										
отсутствующие заболевания)											
состояние здоровья	г										
медицинская группа занятий											
культурой	основная										
рекомендации	- одесский ремонт - намот намот - 2.06.2026.										



Зертханалық зерттеулер деректері

Данные лабораторных исследований

Күні Дата	Нәтиже Результат	Талдаулар Анализ	Күні Дата	Нәтиже Результат
		Қанды		
		Крови		
		Несепті		
		Мочи		
5.06.2022	оңаш	Нәжісті		
		Қалдық		





Товарищество с ограниченной
ответственностью
«Асыл-Мед»

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің медициналық
2020 жылы "30" қазандағы № КР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/а
нұсқасындағы медициналық құжаттың
Медициналық документация формасы № 027/у утверждена приказом исполнительного
управления Министерства здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября
2020 года № КР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О наличии медицинских показаний для проведения тех или иных методов обследования, лечения, санаторно-курортного лечения, для занятий спортом, посещения бассейна

Дата выдачи: 08.08.2020

Удостоверяю от имени Наименование организации: Товарищество с ограниченной ответственностью «Асыл-Мед»

1. ИСМІНІ:

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента):

НҮРБОЛАТ ҚОЗЫАҒЫМ НҮРПЕРЗЕНТОВЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 21.04.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЫ: Ақмола облысы, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақмола, СЕЛЬСКОЕ ОУРҒА: Еңбекші, АУЛ(СЕЛО): Қызыл
Нәзір, МАССИВ: АСХА, ДОМ: д/м/б/т

5. Медицинское заключение:

Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

Знак оружием чистым

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

АДЫБАСОВА АЙСАУЛЕ МАРАЛОВНА



156086



Мер
(Печать)

Утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

20 23 года " " взят на учет

Циццироуэ

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V ₁ 20/12/22	21/11/23	0,5	ESON	20к10	нб	н	
	V ₂	25/12/23	0,5	521V	нб	нб	б	
	V ₃	28/11/24	0,5	283v	20к10	нб	н	
Ревакцинация	V ₄	21/12/25	0,5	YOC431M	нб	нб	н	

полноценный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбчатый анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V ₁ 21.04.23	21.04.23	0,5	0341y005c	ВГВ	нб	нб	
	V ₂ 31.12.23	31.12.23	0,5	E501v	ЦМВ	нб	н	
	V ₃	08/11/24	0,5	283v	ЦМВ	нб	н	
Ревакцинация								
	V ₁	2/11/25	0,5	AB207405002		нб	нб	
	V ₂	14/11/26	0,5	AB 202405002		нб	нб	

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
	V ₀ 30/11/23	0,5	0133K001B	нб	н	
	V ₁ 1.11.24	0,5	0133K008D	нб	нб	

Прививка против кори + краснухи

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
	V ₀ 30/11/23	0,5	0133K001B	нб	нб	нрр
	V ₁ 1.11.24	0,5	0133K008D	нб	нб	нрр

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V ₁ 31.12.23	3/11/23	0,5	GA 2168	Кревексор	нб	н	
	V ₂	05/11/25	0,5	GA 110087	Кревексор	нб	н	
	V ₃	28/11/24	0,5	GA 8450	Кревексор	нб	н	

Дата снятия с учета _____

Подпись _____

Причина _____

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.