

«Қарғалы қалалық әкімдігі»
#ҚР ДСМ-1
мемлекеттік

#ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығы бойынша 052-2/у нысаны)

МЕМЛЕКЕТТІК

КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРЫҚ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

(форма 052-2/у по приказу и.о. Министра здравоохранения РК от 30.10.2020г. #КР ДСМ-175/2020)

mm

g/c

1.БАЛА ТУРАЛЫ ЖАЛПЫ МӘЛІМЕТ

Баланың Т.Ә.А. / Ф.И.О. ребенка Сығос Нурберген Әмакбарұлы

Ұлты / Национальность қазақ Туған күні / Дата рождения 17.11.2014.

Жынысы: ЕР / ӘЙЕЛ

Пол: МУЖСКОЙ / ЖЕНСКИЙ (подчеркнуть)

Мекен-жайы (немесе интернат мекемесінің мекен-жайы) / Домашний адрес (или интернатного учреждения)

Фамилия (или инициалы) / Домашний адрес (или интернатного учреждения)
 Тур - Сем 3 лекр - 13Н - 2

Телефон (тұрғылықты орны) / Телефон (места жительства) _____

Қызмет көрсететін емхана / Обслуживающая поликлиника

Телефон (тургылыкты орны) / Телефон (места жительства)

Қызмет көрсететін емхана / Обслуживающая поликлиника

Телефон (мед/уйым) / Телефон (мед/орг.)

Канның тобы / Группа крови резус-фактор

Мүтедектік / Инвалидность _____

[illegible]

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

Ата-аналары туралы мәліметтер/Сведения о родителях:

Т.А.Ә., туған жылы/ Ф.И.О., год рождения	Білімі/Образование	Жұмыс орны, телефоны/ Место работы, телефон
Анасы/Мать Нурпеисатпұл Айдосовна	середнее	домохозяйка -
Әкесі/Отец Мамбетов Аманжол	высшее	бизнесмен.

Отбасының сипаттамасы – ТОЛЫҚ / ТОЛЫҚ ЕМЕС (қажеттісінің астын сызу керек)/
Характеристика семьи – ПОЛНАЯ / НЕПОЛНАЯ (нужное подчеркнуть)
Тұрмыстық жағдайы / Жилищно-бытовые условия

Отбасылық анамнез (аурушандық) / семейный анамнез (заболевания)

Мектептен тыс сабақ / Внешкольные занятия:

Сабақтың түрлері/ Вид занятий:	Жасы/аптадағы сағаттар / Возраст/часов в неделю			
	4 жас / 4 года	5 жас / 5 лет	6 жас / 6 лет	7 жас / 7 лет
Спорт (қайсысы екенін көрсету, оның ішінде би)/ Спорт (указать какой вид, в том числе танцы)				
Ән-күй / Музыка				
Шет тілі / Иностранный язык				
Өзге де сабақтар (көрсету керек)! Другие занятия (указать)				
Сабақтың түрлері / Вид занятий:	Жасы /аптадағы сағаттар / Возраст / часов в неделю			
	10 жас/ 10 года	12 жас/ 12 лет	14-15 жас / 14-15 лет	17 жас / 17 лет
Спорт (қайсысы екенін көрсету, оның ішінде би)/ Спорт (указать какой вид, в том числе танцы)				
Ән-күй / Музыка				
Шет тілі / Иностранный язык				
Өзге де сабақтар (көрсету керек)! Другие занятия (указать)				

Денсаулық тобы/ Группа здоровья			
Ұсынымдар (сауығу, тәртібі, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесі және басқалар) / Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования)			
Қолы / Подпись			

5-7 жаста (мектепке барар алдында) / В возрасте от 5 до 7 лет (перед школой)

Параметрлері / Параметры	5 жаста / в 5 лет	6 жаста / в 6 лет	7 жаста / в 7 лет
Тексеру күні / Дата обследования			
Баланың жасы тексерген кездегі/ Возраст ребенка на момент осмотра			
Бойы / Рост			
Салмағы / Вес			
Шағымы / Жалобы			

«Қарғалы қалалық ауруханасы»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорны

Мамандардың тексеруі / Осмотры специалистов

Педиатр (оның ішінде ЖТЖ мин., жастан АҚ рет) / в том числе ЧСС в мин., артериальное давление (далее АД) В 7 лет- 3 раза			
Хирург			
Невропатолог			
Отоларинголог			
Офтальмолог			
Стоматолог			
Өзге де мамандар Другие специалисты			



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 **09.06.2026**

Ұйымның атауы Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус Центр"

1. ЖСН/ИИ:

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

ЕЛДОС НУРБЕРГЕН ӘЛИАКБАРҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 17.11.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Карғалинский, ЖИЛОЙ
МАССИВ: Нұр ситі 3 мкр 13 дом кв 7

5. Медицинское заключение:

Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое

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

АЙДАРОВА АКЕНЖЕ АБДРАШИТОВНА



Мөр
(Печать)

Наименование организации
№1
№2 II
№3 III
КЛК + ООПЗ ОИ 232

2022 жылғы (года) «21» 11 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)

2. Туған күні (Дата рождения) 17.11.2022

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

үй(дом) 7511 корпус _____ пәтер(квартира) 7

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

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	17.11.22 18	18.11.22	9,05	0371	1 мм - лев. 5 мм 5 мм - рус. 5 мм
	қайта егу ревакцинация					6 мм - рус. 5 мм 1 мм - рус. 5 мм

[illegible][illegible]

Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында итінген 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 антигенов, 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 (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	17.11.22	17.4	0,5	20040	ДТТ	НД	НД
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 (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

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 (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

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 реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады. 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.