

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Манабаев Желси Ержанович

Национальность _____ Дата рождения 02.10.2022

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Зар 4/3

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Манабаева Т.

Место работы матери/ законного представителя _____

Телефон матери/ законного представителя _____

Ф.И.О. год рождения отца Алиханов Н.

Место работы отца _____

Телефоны отца _____

законных представителей _____

Поликлиника прикрепления _____

Группа крови _____ Резус - фактор _____

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

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет)				
Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген	Возраст начала	Год установления диагноза	Примечания

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет)

Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания
	7		7	7

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевание	Год	Заболевание	Год
Корь		Дифтерия	
Коклюш		Туберкулез	
Скарлатина	7	Эпидемический паротит	7
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
	7	7

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 наличии) врача	его
Невропатолог	Дегенеративная	Сау	Сау	
Хирург	Сау			
Офтальмолог	Зрительная			
Отоларинголог	Зрительная			
Педиатр	Зрительная			
ОАК	10.08.26			
ОАМ	10.08.26			
Соскоб	10.08.26			

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	10.08.2026
Рост	115
Вес	20
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здорова
Группа здоровья	1
Медицинская группа для занятий физической культурой	амебаст
Рекомендации	РМ

Эпикриз

При осмотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Физиологические отправления в норме

НПР-
ФР-
ДЗ-
Гр-

всере
соответствует по возрасту
здоров

допускается
ДЗУ
Зав. 21-0

Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Ұйымның атауы
Наименование организации

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының 2020 жылғы «30» қазандағы №ҚР
ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанда
медициналық құжаттама
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 ____ жылғы (года) « ____ » ____ 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) Мамандық Айдіні Ержанқызы

2. Туған күні (Дата рождения) 02.10.2022ж.

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт Зар 4/3

көшесі (улица) ____ үй (дом) ____ корпус ____ пәтер (квартира) ____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) ____

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамаларын Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата Рождения	Күні дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайтымдылықтар (күні, себепі) Медицинский отвод (дата, причина)		
күні дата	нәтижесі результат							
18.04.22		егу вакцинация	18.04.22	18.04.	0,05	Н.Ч	1 мес 3 мес	нет нет
		қайта егу ревакцинация					6 мес 12 мес	нет нет

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
15.04.22	18.04.	нет						
30.01.22	24.10.22							

Күл, 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 қайтымдылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	18.04.22	18.04.	0,5	нет	нет	нет	нет	нет
Кайта егу Ревакцинация	22.01.23	22	0,5	321	нет	нет	нет	нет
	31.08.22	22	0,5	2,93	нет	нет	нет	нет

• Препараттар мына эритермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, коклюш – 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 – коклюш 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		11.03.22	0,5	11112001	инт	нб	нб	
		15.04.22	0,5	1357111		нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация		22.08.22	0,5	02111	ВР-111	нб	нб	
		22.03.23	0,5	20205017	ВР-111			
		22.05.25	0,5	20209013	ВР-111			

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	
+11.03.23		0,5	0131	нб	нб	

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	
11.03.23		0,5	0131	нб	нб	

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	
Егу Вакцинация		15.04.22	0,5	26182	инт	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация		22.08.22	0,5	02111	превексар	нб	нб	
		22.03.23	0,5	1506	превексар			

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 анықталуы

Карта ұйымда қалады.

Карта тапсырылады.



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нұсқасы 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: 001.07.2026ж

Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус центр"

1. ЖСН/МИН:

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

3. Туған күні (Дата рождения): 02.10.2022ж

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская Заречный 4/3

5. Медицинское заключение:

Диагноз: Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

К операции противопоказания нет эпид окружение чистое

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

САРБУПЕЕВА ГУЛЬЖАМИЛА АГНИЕШОВНА

249674

Мер (Печать)

