

Гу уз

Содержание

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя, отчество ребенка (при наличии): Сергей Александрович Соболев

по истечении 10 (десяти) календарных дней с даты вступления в силу настоящего постановления, в том числе в отношении:

Ұлты/Национальность қазақ Туған күні/ Дата рождения 30.04.1992 ж.
Жынысы/Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Үйінің мекен-жайы/немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекен-жайы

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Паршин ул. Сагалаев 9-78

Занды өкілдер туралы мәліметтер/Сведения о законных представителях:

Тіпкеу сұхбасы /Толық линка шығарылмаған/ 16.11.2023 ж. жазылған

ка прикрепления

Қан тобы /Группа крови _____ Резус – факторы/резус факторы _____

Мүгедектік із/жоқ /инвалидность (да/нет) топ/группа

Бала диспансерлік есепте тұрама(и)з/жоқ) Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Здоров

Зарубо
ерный учет

*B20-B24,F00-F99

Кесте /Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы/Характеристика организаций

[illegible]

Кесте/Таблица 5. Санаториялық-курорттық (және оған теңестірілген) емдеу туралы ақпарат./
Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении.

Күні /Дата	Дерттеме/Диагноз (код МКБ-10)	Мекеме /Учреждение	
		Профиль/Профиль	Климаттық аймақ/ Климатическая зона

Кесте /Таблица 6. Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы анықтама (№ 035/у «Медициналық
қызметтерді есепке алу нысаны» бойынша)/Сведения о временной нетрудоспособности
(согласно форме № 035/у «Форма учета медицинских услуг»).

Анықтама берілген күні/ Дата выдачи справки		Дерттеме / Диагноз (код МКБ- 10)	Анықтама берген медициналық ұйым/ Медицинская организация, выдавшая справку	Дәрігердің аты-жөні/ ФИО врача
Нешесінен/от	Нешесіне дейін/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*

Параметрлері /Параметры	Ағымдағы жас бойынша соңғы күнтізбелік жылдағы профилактикалық тексерулер туралы ақпарат/ Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Тексеріс өткізген күні /Дата обследования	06.05.2026
Бойы/Рост	103 см
Салмағы /Вес	16 кг
Қорытынды диагноз (негізгі және қатар жүретін ауруларды қоса) Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Дегендігі жоқ
Денсаулық тобы/ Группа здоровья	1

Зертханалық зерттеулер / Лабораторные исследования
Зертханалық зерттеулердің мәліметтері /
Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАТ - 116 - 129 см		05.05.2016
Увб - 4 - 997-50/10 см		
Ж - 49.16 см		норм
Сот - 5 см/ч		
ОАТ - 4 беттер		норм
Тит р/ч нектр		
Увб - 10 см		
Ж - 20		
Кал - 1 - 10 см		норм

Флюорографиялық (рентгендік) зерттеулердің мәліметтері
Данные флюорографических (рентгеновских) исследований

Күні Дата	Зерттеулердің түрлері Вид исследования	Нәтижесі Результат	Пленкадағы жазықтықтың мөлшері (смхсм) Размер поля на пленке (смхсм)	Бір түсірімнің дозасы (МЗВ) Доза за один снимок (МЗВ)	
				Түзу Прямой	Қыры Боковой

Баланың салмақ-бой көрсеткіштері
Массо-ростовые показатели ребенка

Жасы/Возраст	Салмағы/Вес (кг)	Бойы/Рост (см)
1		
2		
3		
4	✓ 16	103
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

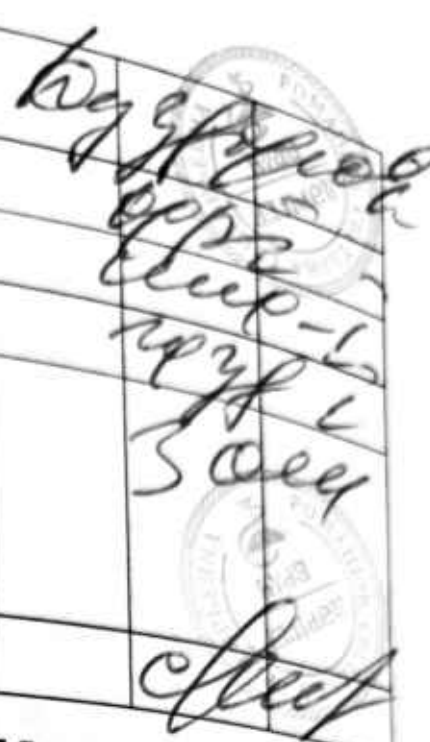
Диспансерлік бақылауда тұрғандар туралы мәлімет
Сведения о находящихся на диспансерном наблюдении

Маман Специалист Диагноз	Есепке алнған күн Дата взятия на учит	Маманға келуін бақылау Контроль посещения специалиста						Есептен шығарылған күні Дата снятия с учета	
		белгіленген назначено	келуі явка	белгіленген назначено	келуі явка	белгіленген назначено	келуі явка	белгіленген назначено	Себебі Причина

Жоспарлы тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері
Данные плановых углубленных медицинских осмотров

1 жастан - 3 жасқа дейін / В возрасте от 1-3 лет

Параметрлері Параметры	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 года	3 жаста в 3 года
Тексеру күні Дата обследования		06.08.2021	
Баланың жасы (тексерген кездегі) Возраст ребенка (на момент осмотра)		4 г	
Бойы/Рост		103 см	
Салмағы/Вес		16 кг	
Шағымы/Жалобы			
Мамандардың тексеруі / Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург (ортопед)			
Невропатолог (1 жаста)/ (1 год)			
Отоларинголог			
Офтальмолог			
Психолог			
Логопед (3 жастан бастап)/ (с 3-х лет)			
Стоматолог (жыл сайын)/(ежегодно)			
Өзге де мамандар			
Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтері (қанның жалпы анализі, ішек құрт кабыршақтарына несеп, нәжіс анализі)			
Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)			

Қорытынды диагноз (оның ішінде негізі, ілеспелі аурулар) Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)		
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития		
Жүйке-психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития		
Денсаулық тобы Группа здоровья		
Ұсынымдар (сауығу,режім, тамақтану, шынығу жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу,білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования)		
Дәрігер педиатрдың қолы Подпись врача педиатра		

Жоспарлары тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері /5-7 жаста (мектепке барар алдында)

Данные плановых углубленных медицинских осмотров / В возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметрлері Параметры	5 жаста В 5 лет	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста) За 1 год до школы (в 6 лет)	Мектепке барар алдында(7жаста) Перед школой (в 7 лет)
Тексеру күні/Дата обследования			
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)			
Бойы/Рост			
Салмағы/Вес			
Шағымы/Жалобы			
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педитр			
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог			
Стоматолог			
Психолог			
Өзге де мамандар /Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп , нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови , анализ мочи , кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз			
Табиғи дамуын бағалау /Оценка физического развития			



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
СҢАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ
«АҚТӨБЕ ҚАЛАЛЫҚ №1
ҚАҚРЫНЫДАРЫ
ШАРАУАШЫЛЫҚ ЖҰРТАУ
МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІНІ
САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ»

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 08.06.2026 г.

Ұйымның атауы: ГКП "Центр первичной медико- санитарной помощи №1 города Актобе" на ПХВ ГУ УЗ
Актюбинской области

1.)

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

СЕРІК ХАН ЕРКЕБҰЛАНҰЛЫ

3. Тұған күні (Дата
рождения): 30.04.2022 г

4. Мекенжайы (Адрес): г. АКТӨБЕ ОКРУ Каргалы, УЛИЦА: Сатпаева ДОМ: 78

5. Медицинское заключение:

ДИАГНОЗ ЗДОРОВ
ДОПУСКАЕТСЯ К ПЛАВАНИЯ --
БАСЕЙН.

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид. окружение чистое.

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

Мукайнова А.К

Мөр
(Печать)

