Эпикриз

Ребенок родился
и получал соот-
ветствующее ухо-
дение по возра-
сту. Из дома
выписан в удов-
летворительном
состоянии. Ре-
бенок здоров.
Группа здоровья
1.

Допущен в ДОУ с "Ду"
Рекомендовано

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

Ф-052-2/у

Форма №052-2/у « ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Ахмаханова Адия

ИИН [redacted] альность

Дата рождения 08.05.2024г.

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) ул Металлургов 8.

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

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О., год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления 2г г 1

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

Таблица 7. Профилактические осмотры

Параметры	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
Дата обследования	2025г.						
Возраст ребенка (на момент осмотра)	1г 7м						
Рост	82см						
Вес	10,500						
Жалобы	нет						
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)							
Группа здоровья							
Медицинская группа для занятий физкультурой							
Рекомендации							

Таблица 7. Профилактические осмотры

Параметры	от 10 до 11 лет	от 11 до 12 лет	от 12 до 13 лет	от 13 до 14 лет	от 14 до 15 лет	от 15 до 16 лет	от 16 до 17 лет	от 17 до 18 лет
Дата обследования								
Возраст ребенка (на момент осмотра)								
Рост								
Вес								
Жалобы								
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)								
Группа здоровья								
Медицинская группа для занятий физкультурой								
Рекомендации								

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (ПМПК)

*при наличии

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

Осмотры специалистов

Педиатр (в т.ч. ЧСС в мин.АД 3 раза)	2025		
Хирург (ортопед)	14.08.25		
Невропатолог (в 1 год)	25.09.25		
Отоларинголог	25.09.25		
Офтальмолог	14.08.25г.		
Логопед (с 3-х лет)			
Стоматолог (ежегодно)			
Другие специалисты			
Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на я/гл.)			
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующие заболевания)	Здорова		
Оценка физического развития	по возрасту		
Оценка нервно-психического развития	по возрасту		
Группа здоровья	II		
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)	прививки по возрасту, занятия физкультурой		
Подпись врача педиатра			

ВРАЧ

ВРАЧ

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 07.07.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №1" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН: [redacted]

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

3. Туған күні (Дата рождения): 08.05.2024

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , УЛИЦА: Металлургов , ДОМ: 8

5. Медицинское заключение:

Эпид.окружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

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

СОТНИКОВА ДАРЬЯ АЛЕКСАНДРОВНА 215906

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің м.а. 2020ж. «30» қазан № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения РК «30» октябрь 2020 года № 175

Профилактикалық екпелердің КАРТАСЫ
КАРТА
Профилактических прививок

20 24 жылғы (года) « 10 » мая есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы Дс № 14
(для организованных детей наименование детского учреждения) _____

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, итмя отчество) Жиенкан Адия

2. Туған күні (Дата рождения) 8.05.2024

3. Индивидуальный индентификационный номер _____

4.Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Актобе көшесі
(улица) Макаренко үй (дом) 34 корпус _____ пәтер (квартира) 23
Мекен-жайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Металлургов 8.
87788153870.

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	8.05.24	9.05.24	0,05	0372 G	1 мес - Кок жөтел 3 мес - дизентерия 6 мес - күлбүтін 1 год - күлбүтін
		қайта егу ревакцинация	5-6 т				

Полиомиелитке қарсы екпе
Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V. 3 м 16.08	24 0,5	X3C461V	4,5	V3 8м	17.01.25	9,5 ревакцина		
V2 6м 25.11	24 0,5	УОПБНМ	6	V4 25.09.25	24 18040	185 ИПВ		

Күл, кокжотел, сіреспеге қарсы екпе
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Етілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V. 3 м	16.08.24	0,5	X3C461V	адсорбцияланған АКДС-вакцина	нб	нб	
	V2 6м	25.11.24	0,5	УОПБНМ	адсорбцияланған АКДС-вакцина	нб	нб	
	V3 8м	17.01.25	0,5	X3C461V	адсорбцияланған АКДС-вакцина	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, коклюшті – 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 – коклюшті вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсобрированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсобрированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин - адсобрированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД - адсобрированный дифтерийный анатоксин, АС - адсобрированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе
Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
Егу Вакцинация	8.05.24	8.05	0,5	0342G	ЕТ15	нб	нб	
	V2 3м	260824	0,5	X3C461U	Анаферон детский	отз нб	нб	
	V3 8м	17.01.25	0,5	X3CK71K	Вакцина гепатитная	отз нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
V	10.07.25	0,5	03 3N100B	нет	нб	

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку: Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
V	10.07.25	0,5	0138N100B	нет	нб	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)_____

	Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Егу Вакцинация	V, 2м.	07.08.24	0,5	КР7361	Превенар-13	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	V2 6М	25.11.24	0,5	КР7361	Превенар 13	нб	нб	
	V3	10.08.25	0,5	КР	Гардасил	нб	нб	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____
Қолы (Подпись)_____
Себебі (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 проделанных прививках. Карта остается в организации.