

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН.
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года №173

Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Темірбек Бірлік Бектерұлы

ИИН

Дата рождения 01.11.2022

Пол ер

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Алтын орда ф 101 П-5

Сведения о законных представителях:
мама: Жорегалиева С.К
папа: Темірбек Б.Ж

Поликлиника прикрепления ГСМ ПО «ТПК

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет группа _____

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) нет

Диагноз (код МКБ- 10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррек-ционная	Общая	Коррек-ционная	Общая	Коррек-ционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) нет

Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлары терендетілген медициналық тексеру мәліметтері
Данные плановых углубленных медицинских осмотров

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

Параметрлері **Параметры**	**1 жаста** **в 1 год**	**2 жаста** **в 2 год**	**3 жаста** **в 3 год**
Тексеру күні/Дата обследования		31.07.24	
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)		1,8 мес	
Бойы/Рост		10,80	
Салмағы/Вес		86	
Шағымы/Жалобы		нет	
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр		Егорова	
Хирург (ортопед)		Здоров	
Офтальмолог		Норма	
Отоларинголог		норма	
Невропатолог		норма	
Стоматолог		норма	
Өзге де мамандар Другие специалисты		здоров	
Зертханалық мәліметтер(қанның жалпы анализі,ішек құрт қабыршақтарына несеп , нәжіс анализі) **Лабораторные данные** (общий анализ крови , анализ мочи , кал на яйца глист)		ОАК ОАМ Кал на яг	
Қорытынды диагноз **Заключительный диагноз**		здоров	
Табиғи дамуын бағалау **Оценка физического развития**		соответствует	
Жүйке психикалық дамуын бағалау **Оценка нервно-психического развития**		по возрасту	
Денсаулық тобы **Группа здоровья**		I гр зд	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану ,шыныгу,жалпы және түзету типіндегі білдім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) **Рекомендации** (оздоровление , режим , питание , закаливание , поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов , учреждение с повышенным содержанием образования)		здоров	
Қолы/Подпись.			

ХИРУРГ

Детский невролог

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**
ОАК	31.07.24	Нб 118 гл Со 4 мл
ОАМ	31.07.24	N
Кал на яг	31.07.24	отсутствуют

Эпикриз

Ребенок от II беременности, II родов.
Вес при рождении 2.500кг, рост 52 см.
Рос и развивался соответственно по возрасту.
Осмотрен узкими специалистами.
Прививки по календарю.
Отказ от профилактических прививки
На «Д» учете не состоит. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев - спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены.
В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.
Тоны сердца ясное, ритмичные. Живот мягкий, безболезный. Сон и аппетит не нарушен.
Стул и диурез в норме.

Диагноз: Здоров (а)
Группа здоровья: II

В школу/детский сад допускается
Эпид.окружение чистое

Врач:

Бала денсаулығы паспорты
Паспорт здоровья ребенка

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
«ТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

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 О состоянии здоровья

Дата выдачи 08.05.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью "ТТи К"

1. ЖСНИИН:
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЖАҚЫПБЕК АЙДАЙ БАҚТИЯРҚЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 01.11.2022
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ: Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс 2 , ДОМ: 10Г/1
5. Медицинское заключение:
Здорова Эпид окружение чистое
Может посещать в ДДУ
6. Рекомендации (при необходимости):
Кал на я/г не обнаружено
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
ЖАМАНТАЕВА ГУЛЬНАРА ЖОЛЖАНОВНА

Мер
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы «30» қазандағы № 175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 065 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № КР ДСМ - 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 Жақыпбек Айдай Бақтиярқызы
2. Туған күні (Дата рождения) 01.11.22
3Жеке сәйкестендіру нөмері_____
4.Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес:населенный пункт) ___ көшесі (улица) Аистың Ауда
үй(дом)_____корпус_____пәтер(квартира) 102 12/166 Б
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)
_____

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
Күні Дата	нәтижесі результат						
		Егу вакцинация	01.11.22	02.11.22	0,5	0372C044	1 мес пал 4 мин 3 мес пал 4 мин 6 мес руб 4 мин 12 мес руб 4 мин
		Қайта егу ревакцинация					

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
2 мес	03.12.22	13H07NV	1ПВ		RV, 10.03.25	0,5	Q0H511m	1ПВ
3 мес	09.01.23	C011V	1ПВ					
4 мес	02.02.23	H3C741	1ПВ					

01.11.22. 12.08.26 с 18020020 2 кап

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 қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация V_1	03.12.22		0,5	T3H07NV	АДКДС+хИП+ИПВ+ВГВ		н/б	
V_2	09.01.23		0,5	011V	АДКДС+хИП+ИПВ+ВГВ		н/б	
V_3	02.02.23		0,5	H3C741	АДКДС+хИП+ИПВ+ВГВ		н/б	
Қайта егу Ревакцинация RV	01.11.22	10.03.25	0,5	Q0A511m	АДКДС+хИП+ИПВ+ВГВ		н/б	

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	02.11.22	01.11.22	0,5	2004	ВГВ	н/б	н/б	
	V_1	03.12.22	0,5	V3H044V	ВГВ	н/б	н/б	
	V_3	02.02.23	0,5	H3C244	ВГВ	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация								
	01.11.22.	10.03.25	0,5	AB2023090B	ВГА	н/б	н/б	

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

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	
05	05.24	0,5	0131W017	н/б		
20.06.25		0,5	0133N058A	н/б		

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	
05.05.24		0,5	0131W017	н/б	н/б.	

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	2 мес	03.12.22	0,5	6020	превир 13	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация	4 мес	02.02.23	0,5	6020	превенор 13	н/б	н/б	
	01.11.22. 05.05.24		0,5	BTB182	превенор 13	н/б	н/б .	