

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

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
Исмаил Ибрагим Есетович

ИИН

Дата рождения 01.02.2022

Пол мужс

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Алтын орда 240-38

Сведения о законных представителях

Поликлиника прикрепления В2, Хадиша

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да\нет) Нет группа

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да\нет) не состоит

Диагноз (код МКБ-10)* Z.00.8

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов В20-В24 ,F00-F99

Таблица 1. Характеристика организация

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

2 Анамнестические сведения

Таблица 2 Аллергоанамнез

Аллергия (есть\нет)

Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

*Вид аллергии вакцинальная , лекарственная,аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь	—	Дифтерия	—
Коклюш	—	Туберкулез	—
Скарлатина	—	Эпидемический паротит	—
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

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 его наличии) врача
от	до			

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививов" 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 отдельных 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, проведенных за последний календарный год*

	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	11.07.24
Рост	100
Вес	14,90
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Группа здоровья	I гр
Медицинская группа для занятий физической культурой	I гр
Рекомендации	

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка

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

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

МЕДОСМОТР

Рост 100

Вес 14.90

Окулист здоров

Лор здоров

Хирург здоров

Невропатолог здоров

Стоматолог здоров

Педиатр здоров

ОАК 11.07.24 Нв-127 эрц-4,5 СОЭ-2

ОАМ 11.07.24 в норме

Кал на я/г 11.07.24 отр.

Осмотрен ребенок от IV беременности, от II родов

Родился(лась) с весом 3,400 кг. ростом 54 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту

Привит по календ. Контакт с tbs – отрицает

На «Д» учёте не состоит

Наследственность не отягощена

Из перенесенных заболеваний ОРЗ

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски

Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечные тоны ясные,

ритмичные

Живот мягкий, безболезненный.

Стул и диурез в норме

Диагноз Здоров(а)

НПР I уровень

ФР-нормосомия

Группа здоровья 2А

Школу/Детсад посещать может

Врач Имангожина А. М.

«алалық емхана» МКК
поликлиника №6» на ПХВ

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 состояние здровья

Дата выдачи 25.06.2024

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №6" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН:
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Ибрай Ибрагим
3. Туған күні (Дата рождения): 01.02.2022 г.
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , Город Актобе Батыс -2 24 б -38
5. Медицинское заключение

Здоров.

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид окружение чистое
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

Мөр
(Печать)

ВРАЧ

ГКП «Городская поликлиника №6»

ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗ ЖАҒДАЙЛАР ЖӨНІНДЕ АНЫҚТАМА ҮШІН

Приложение 1 к приказу
Исполняющего обязанности Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 30 октября 2020 года
№ ҚР ДСМ-175/2020
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы2020 жылғы 30 қазан
№ ҚР ДСМ-175/202 Бұйрыққа 1-қосымша

Профилактикалық екпелерді картасы Форма № 065/е нысынды
КАРТА профилактических прививок Форма № 065/у

20___ жылғы (года) «_____»_____есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы(для организованных детей наименование детского учреждения)
1.Тегі,аты,әкесініңаты(Фамилия,имя,отчество) Ибрай Ибрагим Есетович
2. Туған күні (Дата рождения) 01.02.2022г.
3.Мекенжайы:елдімекемен(Домашнийадрес)населенныйпункт: пр. Шұбар-тұрғын
көшесі(улица)_____үй(дом)_____корпус пәтер(квартира)_____
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	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		Егу вакцинация	01.02.22	04.02.22	0,05мл	0271003	с 7.02.22 Шұбар тұрғын Б-ы
		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
01.02.22г.	1.04.22г.	Т3407ИС1 06.22г						
01.02.22г	5.05.22г.	0001ИС1 08.22г.						
01.02.22г	06.06.22г.	03С741ИС1 11.22г						

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Доза-сы 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	01.02.22г.	1.04.22г.	0,5мл	Т3407ИС1 06.22г	Адаче	н/р	н/р	
	01.02.22г.	5.05.22г.	0,5мл	0001ИС1 08.22г	Пентаксим	н/р	н/р	
	01.02.22г.	06.06.22г.	0,5мл	03С741ИС1 11.22г	Пентаксим	н/р	н/р	
Қайта егу Ревакцинация	01.02.22	20.10.23г	0,5мл		Пентаксим	н/р	н/р	

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антигендік 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 вакцин

сті 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	
01.02.22	01.02.22г	0,5 мл	VVV20004 с 04.22г	Корея	н/б	н/б	
01.02.22	07.03.22г	0,5мл	ТЗМ07711 с 06.22г	Сенсе	н/б	н/б	
01.02.22	06.06.22г	0,5мл	V3C741 с 11.22г	Сенсе	н/б	н/б	

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита КПК

Дата ия	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
02.22г	27.02.23г	0,8мл	0131W017 с 02.24г	н/б	н/б	

Қызылшаға қарсы екпе Прививка против кори КПК

ия	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	
1	27.02.23г	0,8мл	0131W017 с 02.24г	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	
01.02.22	01.05.22г	0,8мл	DR0572 с 11.22г	Корея	н/б	н/б	
01.02.22г	06.06.22г	0,8мл	E76182 с 08.23г	Корея	н/б	н/б	
01.02.22	27.02.23г	0,8мл	FM1506 с 07.24г	Корея	н/б	н/б	

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

Причина) _____**Карта** баланы есепке алғанда балалар емдеу профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады уданнан) кошкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.Карта ұйымда қалада.Карта заполняется в детской лечебно- ической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.В случае выезда из города(района) на руки выдается справка о прове- вивках.Карта остается в организации.