Приложение 3 к приказу Исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК
ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка ҚАЙРАТ ӘБІЛҚАСЫМ САҒЫНДЫҚҰЛЫ

ИИН

Дата рождения 10.05.2023

Пол ☑ мужской ☐ женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , ПРОСПЕКТ: Санкибай Батыра , ДОМ: 253/5 , КВАРТИРА: 29

Сведения о законных представителях:
Мать БЕРИК АЙДАНА БЕРИККЫЗЫ

Поликлиника прикрепления ГКП "Городская поликлиника №6" на ПХВ ГУ УЗ Актюбинской области

Группа крови I группа Резус-фактор +

Инвалидность Нет

Состоит ли ребенок на диспансерном учете ☐ да ☑ 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	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия нет				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевания	Год	Заболевания	Год
Корь		Дифтерия	
Коклюш		Туберкулез	
Скарлатина		Эпидемический паротит	
Брюшной тиф			
Ветряная оспа	2025		
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	ФИО врача
от	до			

Сведения о наличии профилактических прививок

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы		Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая(Т*)	Местная	

Прививка против вирусного гепатита

Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая(Т*)	Местная	

Прививка против паротита

Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая(Т*)	Местная	

Прививка против кори

Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая(Т*)	Местная	

Прививка против других инфекций_____

Прививка против других инфекций	Тип вакцинации	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
							Общая(Т*)	Местная	

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	29.08.2025
Рост	88
Вес	13
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Общий медицинский осмотр
Группа здоровья	2 группа (здоровые дети, имеющие функциональные отклонения)
Медицинская группа для занятий физической культурой	Основной
Рекомендации	режим питание

** 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 (далее – ПМПК)*

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

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК
ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлы терендетілген медициналық тексеру мәліметтері

Данные плановых углубленных медицинских осмотров

Параметрлері Параметры	**3 жаста В 3 года**	**4 жаста В 4 года**	**5 жаста В 5 лет**
Тексеру күні/Дата обследования	29.05.23		
Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования	2 г 3мес		
Бойы/рост	88 см		
Салмағы/вес	13 кг		
Шағымы/ жалобы	нет		
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр	здоров		
Хирург ортопед	здоров		
Офтальмолог	здоров		
Оториноларинголог	здоров		
Невропатолог	здоров		
Стоматолог	здоров		
Өзге де мамандар/Другие спец.			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс)	ОАК от 29.05.23 ОАМ от 29.05.23		
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на я/глист)	ОАК ОАМ от 29.05.23 - отр		
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз	здоров		
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития	средне		
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка НПР	соответ возр		
Денсаулық тобы Группы здоровья	II		
Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой	основная		
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар Рекомендации к занятиям спортом, больными или танцами	**Спорттың түрі (көрсетілсін) Вид спорта (указать)**	**Айғақталған/ шектелген/ қарсы айғақталған (астын сызу керек) Показано ограничено против. (подчеркнуть)**	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білдім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов	режим питание		
Қолы/Подпись			

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК
ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Эпикриз

Дата: 29.05.2025

Ребенок от II беременности, от II родов.

Родился(лась) с весом 3,910 кг ,ростом 55 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит отказ от прививок Контакт с tbs

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: ЗДРОВ

НПР среднее

ФР- соотв. возр.

Группа здоровья: II а

Школу/Детсад посещать может

Врач:

Зав.ПМСП:

ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗ ДЕҢСАУЛЫҚ ЖӘНЕ АНЫҚТАМА ҮШІН

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахста

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

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 29.06.2026

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): ҚАЙРАТ ӘБІЛҚАСЫМ САҒЫНДЫҚҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 10.05.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , ПРОСПЕКТ: Санкибай Батыра , ДОМ: 253/5 , КВАРТИРА: 29

5. Медицинское заключение:

Прием педиатр

Дата приема: 29.06.2026
ФИО: ҚАЙРАТ ӘБІЛҚАСЫМ САҒЫНДЫҚҰЛЫ
Дата рождения: 10.05.2023
T - 36,2
Жалобы: нет
Объективные данные: Состояние ребенка удовлетворительное.
Кожные покровы чистые,без сыпи.
Периферические лимфоузлы не увеличены.
Зев спокоен.
В легких везикулярное дыхание.
Хрипов нет.
ЧД 30 в мин.
COR тоны ясные, ритмичные.
ЧСС 125 в мин.
Живот мягкий, безболезненный.
Физиоотправление в норме.

Диагноз: Z02.7 Обращение в связи с получением медицинских документов

Рекомендации:

Лечащий врач: **Маханбетиярова Н. У.**

6. Рекомендации (при необходимости):

ЭПИД ОКРУЖЕНИЕ ЧИСТОЕ.

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: 217110

ИСКЕНДИРОВА ГУЛЬЖАЙНА КУБЕЙСИНОВНА

ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗ ПАРАҚТАР ЖӘНЕ АНЫҚТАМА ҮШІН

Мөр (Печать)

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ • ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

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 ТТ НК		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 Жайрат Ібілқасын Сағындықұлы
2. Туған күні (Дата рождения) 10.05.23.
3Жеке сәйкестендіру нөмері_____
4.Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес:населенный пункт) ___ көшесі (улица) Алтын Орда
үй(дом)_____корпус_____пәтер(квартира) 101
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	10.05.23	11.05.23	0,5	0321С04Ч	1 мес пуст 4 мм 3 мес пуст 4 мм
		Қайта егу ревакцинация					6 мес руб 4 мм 12 мес руб 4 мм

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	10.06.23	13Н077V	1 ИПВ		RV, 06.08.26	0,5	70Н511П	1 ИПВ
3 мес	11.07.23	С011V	1 ИПВ					
4 мес	12.08.23	Н3С741	1 ИПВ					

10.05.23. 18.09.25 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	2 мес	10.06.23	0,5	Т3Н077V	АБКДС+хип ИПВ+ВГВ		н/б	
V_2	3 мес	11.07.23	0,5	011V	АБКДС + хип	+ ВГВ	н/б	
V_3	4 мес	12.08.23	0,5	Н3С741	АБКДС + хип	+ ИПВ	н/б	
Қайта егу Ревакцинация RV,	10.05.23	06.08.26	0,5	70А511П	ВГВ АБКДС+хип	+ ИПВ	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	10.05.23	10.05.23	0,5	2004	ВГВ	н/б	н/б.	
	V1	10.06.23	0,5	V3H077V	ВГВ	н/б	н/б	
	V2	12.08.23	0,5	H3C741	ВГВ	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация								
	10.05.23	06.08.26	0,5	AB202309013	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	
24.08.29	0,5	0131W017	н/б			
15.09.25	0,5	0133W058A	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	
24.08.24	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	10.06.23	0,5	6020	пневенар 13	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация	4 мес	12.08.23	0,5	6020	пневенар 13	н/б	н/б	
	10.05.23.	24.08.24	0,5	FTG182	пневенар 13	н/б	н/б.	