Бейбарысқызы
Айсаны
2022



БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ
ПАСПОРТЫ
ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Medical center «Univer»
Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі
«B2 Холдинг»
Товарищество с ограниченной ответственностью
БСН/БИН 191240008913

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года №172

Форма № 052-2\у «Паспорт здоровья ребенка»

1.Общие положения

Фамилия,имя,отчество(при его наличии) ребенка Вельбаевский Даниель

ИНН

Дата рождения 13.12.2022

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Астана Сарыарка 201 кв 17

Сведения о законных представителях:
мать - Серик Гаухар серикқызы
отец - Вельбаевский Виктор

Поликлиника прикрепления

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да\нет) группа

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 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 зон

Таблица 6.Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный го

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация , выдавшая справку	Фамилия,имя, отчетство (при ег наличии врача)
от	до			

. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта рофилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-75/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также нструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации ормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра правоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР ДСМ-264/2020 "Об тверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских смотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а акже учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего бразования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных равовых актов под № № 21820)).

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	15/11-2028
Рост	95 см
Вес	14 кг
Заключительный диагноз(в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здорова
Группа здоровья	I гр
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	Дети, здоровы, растут

При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах екомендуется 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

МЕДОСМОТР

Рост: 95 см

Вес: 14кг.

Окулист:

Лор:

Хирург:

Невроватолог:

Стоматолог: 15.04.26 Здоров

Педиатр: 15.04.26 Здоров Гр 1 гр-Гр

Врач: Досмагамбетова

ОАК:

ОАМ:

Кал на я\г:

Эпикриз

ебенок от 1 беременности,от 1 родов.

одился(лась) с весом 3820 кг, ростом 56 см.

астет и развивается соответственно по возрасту.

ривит БЦЖ, ВГВ Контакт с tbs – отрицает.

а «Д» учёте не состоит

аследственность не отягощена.

з перенесенных заболеваний : ОРЗ

бъективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые,

бычной окраски.

ев спокоен . Периферические лимфоузлы не увеличены.

легких везикулярное дыхание , хрипов нет.

ердечные тоны ясные,

итмичные.

ивот мягкий , безболезненый.

тул и диурез в норме

иагноз: Здоров 1гр-Гр

гр-кот курсов все уров

КПР-Гр

Иколу, Детсад посещать может

рач: Досмагамбетова

Medical center «Univer» Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 191240008913

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 15.04.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "BZ Холдинг"

1. ЖСН/ИИН

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

3. Туған күні (Дата рождения): 13.12.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс 2 , ДОМ: 201

5. Медицинское заключение:

ЗДОРОВА

6. Рекомендации (при необходимости):

ЭПИД ОКРУЖЕНИЕ ЧИСТОЕ

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

ДОСЖАНОВА КУРАЛАЙ ЖАРЫЛКАСЫНОВНА 256329

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

2212136540341

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 Бейбарова Айсая
2. Туған күні (Дата рождения) 13.12.22.
3Жеке сәйкестендіру нөмері_____
4.Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес:населенный пункт) ___ көшесі (улица) Алтын Орда
үй(дом)_____корпус_____пәтер(квартира) 329.
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о переменс 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	13.12.22.	14.12.22.	0,05D	03719050	1 мес лап 4 мм 3 мес пуст 4 мм 6 мес руб 4 мм 12 мес руб 4 мм
		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
V_1	15.01.23	V3C741	V_3	12.03.23	V3E021V			
V_2	20.02.23	V0B901	V_4	13.04.23.	P80200202			

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 15.01.23		0,5	V3C741V	гексаким	нб	нб	
	V_2 20.02.23		0,5	V0B901V	пентаксим	нб	нб	
	V_3 12.03.23		0,5	V3E02V	гексаким	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	RV. 13.04.23.		0,5	W0C521	пентаксим	нб	нб	

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 V_1		13.12.22	0,5	20004	ВТВ	нб		
V_2		20.02.23	0,5	V3C741	гексим	нб		
V_3		12.03.23	0,5	V32021	гексим	нб		
Қайта егу Ревакцинация								

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	
V_1 20.02.23		0,5	0120N108A	нб	нб	

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	
	15.12.23	0,5	0120N105A	нб	нб	

Басқа жұқпалы аурулардға 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 V_1	15.01.23		0,5	07B182	превенфрів			
Қайта егу Ревакцинация V_2	20.02.23		0,5	07B182	превенфрів			