

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Medical center «Univer»
«BZ Холдинг»
БСН/БИН 191240008913

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 Бакасова Зере

ИНН

Дата рождения 11.08.2023

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Алтын орда 9/4 подъезд 1 кв 44

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления BZ Холдинг

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да\нет) группа

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

Диагноз (код МКБ-10)* Z.008

Дата взятия на диспансерный учет Не состоит

*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	Общая	Коррекционная

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	03.06.2026
Рост	86
Вес	12
Заключительный диагноз(в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	1 группа
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	Здоров

*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

МЕДОСМОТР 2026г

Рост: 86

Вес: 12

Окулист: здоров

Лор: здоров

Хирург:

Невроватолог:

Стоматолог: Санирована

Педиатр:

ОАК: 03.06.2026 нв-12, сэг-2, эмт-2, лей.

ОАМ: 03.06.2026 - норма

Кал на я\г: 04.06.2026 - отрицат.

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, отчетство (при его наличии врача)
от	до			

Medical center «Univer» «BZ Холдинг»

Эпикриз

Ребенок от 1 беременности,от 1 родов.

Родился(лась) с весом 3200 кг, ростом 54 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по возрасту 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 , безболезненый.

Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров(а)

НПР 1 уровень

ФР- нормосомия

Группа здоровья: 2А

Школу, Детсад посещать может

Врач:

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН.
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
ЦЕНТР 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 04.06.2026

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

1. ЖСН/ИИН:
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ҚАНАТҚЫЗЫ ЗЕРЕ
3. Туған күні (Дата рождения): 11.08.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс 2 , ДОМ: 9-4
5. Медициндық қорытынды (Медицинское заключение):
Здорова. Эпид окружение чистое
Может посещать в ДДУ
6. Ұсынымдар (қажет болған жағдайда) (Рекомендации (при необходимости):
Кал на я/г не обнаружено
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
ЖАМАНТАЕВА ГУЛЬНАРА ЖОЛЖАНОВНА 216545

		КҰЖЖ бойынша уйым коды Код организации по ОКПО
Казахстан Республикасы Денсаулык сактау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Казакс•ган Республикасы Денсаулык сакгау м.а. 2020 жылғы «30» қазан №175 буйрыгымен бекітілген 065/е нысанды медициналык кужаттама
Уйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма Ме 065/у Утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октяб я 2020 года №175

Профилактикалық екпелердің КАРТАСЫ
КАРТА профилактических прививок

20 23 жылғы (года) « 17 » 08 есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения) Цен 700 „ПиК"

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия. имя. отчество) Закатқызы Зере
2. Туған күні (Дата рождения) 11 08 23
3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Талас-2
көшесі (улица) үй(дом) 9/4
корпус I пәтер(квартира) 27 тел. 87712270969.
Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына карсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналык қайшылыктар (түрі, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	11.08.23	14.08.23	0,05	C0371G091	1 мес - Манту 3 мес манту
		кайта егу ревакцинация					6 мес 3 мм реакт 12 мес реакт жок

Полиомилитке карсы екпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V1 11.08.23г.	30.01.24г.	V3M571V						
V2 11.08.23	26.02.24г	X04511M		V4 20.08.24г	2KC68B23	6 2Н		

Күл, көкжөтел,сіріспеге карсы 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		Медициналык қайшылыктар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация V1	11.08.23г.	30.01.24г.	0,5	V3M571V	гексакокк	нб	нб	
V2	11.08.23.	26.02.24г	0,5	X04511M	пентаксим	нб	К	
Қайта егу Ревакцинация								

*Препараттар мына әріптерМеН АКДС — адсорбтелген, кокжетел — вакцинасы, АДС — адсорбтелг[illegible] дифтерия — стрессе АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сүрресте курамында антиген Мо.'111Jері азайтылғаJ• АД ¯ адсорбтелген дифтерия АС — адсорбтелген стрессе К — КОК-жөтел вакцинасы

*Препарат обозначать буквами: АКДС — исорбированная, 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 вакцина.

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 отво
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	11.08.23	11 08 23	0,5	0321 2004	ВГВ	нб	нб	
	К 11 08 23,	30.01.24,	05	V3M571V	гексакокцин	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита КПК

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
ДКП 11.08.23,	12.04.24,	0,5	0133N058A	н/б	н/б	
11.08.23,	20.08.24,	0,5	0133N058B			

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық ка (күні, себ Медицинский (дата, при
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

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		Ме ка (к Ме (да
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация V1	11.08.23,	30.01.24,	05	GX9430	превенор 13	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация V1	110823,	200824,	0,5	7107361	превенор 13	нб	нб	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____

Себебі(Причина)_____Қолы (Подпись)_____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу-профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде колына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда калады..