МО «Элеос»
Медициналық Орталығы
Ақтөбе қаласы
«08» 01 2024 ж.

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 _____
Куанеш Абдирахим Данияруллы
ИИН _____
Дата рождения 26.04.2023
Пол мужс
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
мкр Сити 22В-90
Сведения о законных представителях:
_____
_____
_____
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 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 (есть/нет)_____

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

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача
	до			

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	08.07.24.
Рост	76 см
Вес	8 кг.
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Ранний возраст
Группа здоровья	3 гр
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	

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

Диспансерлық бақылауда

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

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

* при наличии

Медицинский центр «Элеос» Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі * Қазақстан, Ақтөбе қ., «Медицинский центр «Элеос» * Казахстан, г. Актобе, Товарищество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Элеос»
АНЫҚТАМАЛАР ҮШІН
ДЛЯ СПРАВОК

Проф осмотр 2024	
Вес 10кг Рост 76 см	
Педиатр	Здоров
Невропатолог	Здоров
Окулист	Здоров
Лор	Норма
Хирург	Здоров
Психолог	Здоров
Стоматолог	Здоров

Эпикриз

Ребенок от 2 **беременности** 2 **родов. Родила в с весом** 3360 **рост**

Закричал сразу. **Беременность протекла** Норм. **Растет и развивается соответственно возрасту. Наследственность** нет

Аллергоанамнез нет

Из группы риска — **Состоит на «Д» учете** —. **Перенесенные заболевание:** —

При осмотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и- видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердце ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологическое отправление в норме.

НПР- Здоров

ФР- —

ДS: Здоров

Гр.здоровья I гр

ЖШС «Элеос»
Медициналық орталығы
Ақтөбе қаласы
№ ____ «27» 05 2025 ж.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е қысанды 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

Ұйымның атауы Наименование организации ТОО МЦ «Элеос»

ЖСНИИН:

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Куолиевич

Туған күні (Дата рождения): 16.02.25

Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , УЛИЦА: , ДОМ: :

Медицинское заключение:

. Рекомендации (при необходимости):

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

АНЫҚТАМАЛАР ҮШІН
ДЛЯ СПРАВОК

Мөр
(Печать)

Дәрігер Дина Давлетияровна
ДӘРІГЕР
ВРАЧ

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 Жуанова Абдуракима Данияровна.
2. Туған күні (Дата рождения) 26.02.23.
3Жеке сәйкестендіру нөмері_____
4.Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес:населенный пункт) ___ көшесі (улица) Битова Ада
үй(дом)_____корпус_____пәтер(квартира) 10д.
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	26.02.23.	27.02.23	0,05	0371С044	1 мес паличили 3 мес. пуст чили
		Қайта егу ревакцинация					6 мес пр чили 12 мес пр чили

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
V1	25.03.23	13Н07Л	ИПВ	АКДС	25.08.23.	0,5	20Н511	ИПВ
V2	20.04.23	С011	ИПВ					
V3	23.05.23	Н3С741	ИПВ					

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 V1	25.03.23		0,5	13Н077	АКДС + хим ВГВ + ИПВ		нр	
V2	20.04.23		0,5	С011	АКДС + хим + ВГВ		нб	
V3	23.05.23		0,5	Н3С741	АКДС + хим + ИПВ		нб	
Қайта егу Ревакцинация RV1	25.08.23.		0,5	20А511	ВГВ АКДС + хим + ИПВ		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			0,5	20004	ВГВ	нб		
		25.03.23	0,5	V3H077	ВГВ	нб		
		20.04.23	0,5	H3C741	ВГВ	нб		
Қайта егу Ревакцинация								
		25.08.23	0,5	AB20230903	ВГА	нб		

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	
15.09.24	0,5	0131W071	нб			
20.10.24	0,5	0133W058A	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	
15.09.24	0,5	0131W071	нб			

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		25.03.23	0,5	6020	превенар13	нб		
Қайта егу Ревакцинация		20.04.23	0,5	6020	превенар13	нб		
		25.08.23	0,5	AT6182	превенар13	нб.		