07.08.2024

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН.

Этапный эпикриз

Ребенок от II/II беременности.
При рождении вес 3600кг. Рост 54 см. Рос и развивался по возрасту. Осмотрен узкими специалистами. Привит Не привит по календарю.
На «Д» учете не состоит. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легкие везикулярное дыхание. Тоны сердца ясное, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Сон и аппетит не нарушен. Стул и диурез в норме.
Эпид. окружение чистое.
Группа здоровья I гр

Диагноз: Здоров (а)

Б Жаилов А.К.

Бала денсаулығы паспорты
Паспорт здоровья ребенка

Допускается
ВДЧ



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
Берик Алишер М
ИИН [redacted]
Дата рождения 03.03.2022
Пол Д
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Байтак 2 47г к1 кв 18
Сведения о законных представителях:
мать: Мухтарова М. У.
тел.
отец Сейтказы Ж) Б. тел срок.
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	Коррек-ционная	Общая	Коррек-ционная	Общая	Коррек-ционная

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

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлары тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері/Данные плановых углубленных медицинских осмотров 5-7 жаста (мектепке барар алдында) / В возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметрлері Параметры	5 жаста В 5 лет	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста) За 1 год до школы (в 6 лет)	Мектепке барар алдында (7жаста) Перед школой (в 7 лет)
Тексеру күні/Дата обследования	07.08.2024		
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)	2 года 11 лет		
Бойы/Рост	93		
Салмағы/Вес	15		
Шағымы/Жалобы	нет		
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр	здорова		
Хирург (ортопед)	здорова		
Офтальмолог	здорова		
Отоларинголог	здорова		
Невропатолог	здорова		
Стоматолог	здорова		
Өзге де мамандар /Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі ,ішек құрт қабыршақтарына несеп , нәжіс анализі)	ОАК ОАМ ПЦР	Норма	
Лабораторные данные (общий анализ крови , анализ мочи , кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз	Здорова		
Табиғи дамуын бағалау /Оценка физического развития	гармоничное		
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития	в норме		
Денсаулық тобы /Группа здоровья	I		
Дене шынықтырумен айналасатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой	в норме		
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар Рекомендации к занятиям спортом , бальными или спортивными танцами	Спорттың түрі (көрсетілсін) Вид спорта (указать)	Айғақталған / шектелген / қарсы айғақталған (астын сызу керек) Показано / ограничено / противопоказано (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану ,шынығу,жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление , режим , питание , закаливание , поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов , учреждение с повышенным содержанием образования)	Оберіть Не нужно		
Қолы/Подпись			

Зертханалық зерттеулер / Лабораторные исследования
Зертханалық зерттеулердің мәліметтері / Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан , несеп , нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови , мочи , кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	06.09.24	Норма - нет отклонений
ОАМ	06.09.24	белок - нет цв-сти
копрограмма	07.09	эл-08 лейк

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	06.09.2024
Рост	88
Вес	13,00
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Группа здоровья	1 гр
Медицинская группа для занятий физической культурой	здоров
Рекомендации	

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

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

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 12.06.2024

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

1. ЖСНИИН

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) БЕРІК АМИНА ТОҚТАРҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения) 03 03 2022

4. Мекенжайы (Адрес) РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ Актобе , МИКРОРАЙОН Батыс 2 , ДОМ 47Г

5. Медициналық қорытынды Медицинское заключение

Здорова Была на приеме у врача Кал на в/гл отр

6. Ұсынымдар (қажет болған жағдайда) Рекомендации (при необходимости)

Элид окружение чистое Может посещать ДДУ

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

САРСЕНБАЕВА АЙДАНА АЛТАЕВНА 210554

Мөр
(Печать)

Приложение 1
к Санитарным правилам
"Санитарно-эпидемиологические
требования по проведению
профилактических прививок населению"

Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок

Я, нижеподписавшийся (аяся)
Мунтурганова Ж. У.
(Ф.И.О.(при его наличии) родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего)
настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:
1) о необходимости проведения профилактической прививки;
2) о необходимости медицинского осмотра перед проведение профилактической прививки;
3) о возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактической прививки;о
4) о необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развитии любых неблагоприятных проявлений после иммунизации;
5) о последствиях отказа от профилактических прививок.

На все возникающие вопросы получил (а) ответы:
На - Д учете ВГГ невролога.
(да/нет)

Получив информацию: согласен (на) / отказываюсь на (от) проведение (я) профилактической прививки.
Барлық екпелерді бастартамын
(наименование препарата)

Причины отказа:
Д/з ВГГ, ВПС - ?

Бегім Алина Тоқтарқызы
Ф.И.О. (при его наличии)

(медицинского работника)

Дата "27" 05 2024 года *Подпись* _____