Берик Хазиз



БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
ОТ БАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
ЧЕЙНОВ Е.

05.06.26 Эпикриз 2г 7мес.

Ребенок от III беременности, III родов.
Вес при рождении 3 600кг, рост 56 см.
Рос и развивался соответственно по возрасту.
Осмотрен узкими специалистами.
Прививки по календарю.
На «Д» учете не состоит. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев - спокоен.
Периферические лимфоузлы не увеличены.
В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.
Тоны сердца ясное, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Сон и аппетит не нарушен.
Стул и диурез в норме.

Диагноз: Здоров (а)
Группа здоровья: II А

В школу/детский сад допускается
Эпид.окружение чистое

Врач: Петелева

ДДУ посещает детский
вр. Хасанова

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

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 Бекін Хасан Тоқтарұлы

ИИ

Дата рождения 04.11.2023

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Детский дом 47а/1-18

Сведения о законных представителях:
Сейілхонов Т.Б.
Мергалиева Ж.У.

Поликлиника прикрепления ТТ и К

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
	—			

*. Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь	—	Дифтерия	—
Коклюш	2025	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

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлары терендетілген 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~~ 3 ле	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	03.06.2026		
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)	2 г 7м		
Бойы/Рост	96		
Салмағы/Вес	16 кег		
Шағымы/Жалобы			
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр	Здоров		
Хирург (ортопед)	Здоров - Ф		
Офтальмолог	Здоров		
Отоларинголог	Здоров		
Невропатолог	Здоров		
Стоматолог			
Өзге де мамандар /Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі ,ішек құрт кабыршақтарына несеп , нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови , анализ мочи , кал на яйца глист)	ОАК - в норме ОАМ - в норме кал на я/г отр		
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз	Здоров		
Табиғи дамуын бағалау /Оценка физического развития	Нормосомия		
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития	Соответ. по возрасту		
Денсаулық тобы /Группа здоровья	II		
Дене шынықтырумен айналасатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой	общая		
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 білдім 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)	Здор Ярслер - по отр Окк		
Қолы/Подпись	Вр. Рахимова		А.Х

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	04.06.26	нв - 126 г/л
		л - 4,7 г/л
		СОЭ - 3 мм/ч
ОАМ	04.06.26	Белок - нет
		л - 1 в п/з
кал на я/г	04.06.26 - отр	

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	04.VI 26
Рост	96
Вес	16
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здорова
Группа здоровья	II
Медицинская группа для занятий физической культурой	Общее
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

* 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 На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 12.08.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "ТТ и К"

1. ЖСН/ИИН

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

3. Туған күні (Дата рождения): 04.11.2023

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

5. Медицинское заключение:

Здорова.Эпид окружение чистое.ДДУ посещать может

6. Рекомендации (при необходимости):

Кал на я/г не обнаружено

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

ТӨҢІРБЕРГЕН ГҮЛНАЗ АТАМҰРАТҚЫЗЫ 246991

Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Ұйымның атауы
Наименование организации

ҚР ДСМ Ақпарат уәкілі
Комитет информационных
Комитета Республики Денсаулық сақтау м а 2020 жылғы «30» қаңтардағы №175 бұйрығымен
бекітілген медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 063/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан
«30» января 2020 года № 175

Профилактикалық екпелердің КАРТАСЫ
КАРТА профилактических прививок

20___ жылғы (года) «____» ____ есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдаскан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения) Усть-Таловка ТОО ТНК

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Беріш Хадиса Пп
2. Туған күні (Дата рождения) 04.11.2023
3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Б2 487 11 кв 18
көшесі (улица) үйдің (дома)
корпус пәтерінің (квартиры)
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87055337412

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні Дата	нәтижесі результат						
		вакцинация	04.11.23	08.11.23	0,05	0376044	1 мес – ВГ 3 мес – АКДС 12 мес – КЖ
		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
V1 04.11.23	20.08.24г	ХЗС461К	V3	15.01.25г	0,5 ХЗС461К	V5 20.01.26г	0,5 С5Р20431	
V2 04.11.23	18.09.24г	ХОН511М	V4	15.07.25	2 л. С120 40485			

Күл, көжкөтел,сіріспеге 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		Медицинлық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация V1	04.11.23г	20.08.24г	0,5		ХЗС461К Тенсоксим	нб	нб	
V2	04.11.23г	18.09.24г	0,5		ХОН511М пентаксим	нб	нб	
V3	04.11.23г	15.01.25г	0,5		ХЗС461К Тенсоксим	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация RV	04.11.23г	20.01.26г	0,5		5Р20431 пентаксим	нб	нб	

*Препаратар мына аббревиатуралармен жазылады: АКДС – адсорбцияланған коклюш-дифтерия-сіреспе вакцинасы; АДС – адсорбцияланған дифтерия — сіреспе; АДС - М-анатоксин-адсорбцияланған дифтерия-сіреспе; құрамында антигендер мөлшері азайтылған; АД – адсорбцияланған дифтерия; АС — адсорбцияланған сіреспе; К – КОК-жөтел вакцинасы

*Препарат обозначать буквами: АКДС — адсорбированная 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	Препарат атауы Наименование препарата	Екпеге деп реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге деп реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
Тұрғын Вакцинация	04.11	04.11.2023	0,5	0341Q00C	ПТИ-4	нб	нб	
V2	041123	20.08.24	0,5	Х3С461V	Превенар	нб	нб	
V3	041123	15.01.25	0,5	Х3С461V	Превенар	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация								
V1 Т.п.	041123	08.12.25	0,5	АР2024050Z7	Vealive	нб	нб	

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге деп реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге деп реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
04.11.23	10.12.23	0,5	0133N058A	–	нб	нб

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге деп реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге деп реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)

Превенар - 13

Басқа жұқпалы аурулардың қарсы екпе / Прививка против других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препарат атауы Наименование препарата	Екпеге деп реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге деп реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Тұрғын Вакцинация	V1 041123	20.08.24	0,5	HP7361	превенар 13	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	V2 04.11.23	10.12.24	0,5	кр7361	Превенар 13	нб	нб	
	V3 04.11.23	18.11.25	0,5	кн9260	Превенар 13	нб	нб	

03-0026, 0,25 с 070825 Уринол пис

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы

(Подпись) _____

Себебі(Причина) _____

Карта баланы есепке алғанда балаңыз ем