Эпикриз

Ф.И.О Ерiков Ихсан
Дата 21.08.25
Рост 87см
Вес 12кг

Ребенок от I доношенной беременности I срочных родов. Родился весом 3600 кг , рост 53см, крик сразу. Период новорожденности без особенностей. Растет и развивается соответственно по возрасту. От сверстников не отстает. Привит согласно национ календ. Наследственность и аллергоанамнез не отягощен отр. На «Д» учете не состоит, состоит Д/з здоров
Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены
В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме.

Диагноз: здоров
Группа.зд. II группа
Физ.разв. средней
Физ.гр. основная

Рекомендовано:

1.Режим
2.Сбалансированное питание
3.Витаминотерапия Пиковит
4.Профилактика простудных забол.
5.Закаливание, массаж
6.Прогулка на свежем воздухе
7.Гимнастика

Эпид.окружение чистое
Педиатр:

ҚР ДСМ 2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына қосымша

Приложение к приказу
МЗ РК от 19 декабря 2023 года № 173

ГКП «Городская поликлиника №3» на ПХВ

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны
Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Жалпы ережелер/Общие положения
Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Ерiков Ихсан Еркебуланович
ЖСН / ИИН [redacted]
Туған күні / Дата рождения 07.11.2023 Жынысы / Пол муж.
Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы)/Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Шайкенова 13
Заңды өкілдер туралы мәліметтер:/Сведения о законных представителях:
мать Кожагалиева Айгуль
отец: Ерiков Еркебулан
Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления
Қан тобы / Группа крови _____ Резус-фактор _____
Мүгедектік (иә / жоқ) топ / Инвалидность (да/нет) группа _____
Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ)/Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____ Диагноз (АХЖ-10 коды /код МКБ-10) * _____
Диспансерлік есепке алу күні / Дата взятия на диспансерный учет _____
**За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99*

Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы/Характеристика организаций

Түсу айы, жылы /Месяц, год поступления	Ұйымдардың сипаттамасы /Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі/Дошкольная организация		Жалпы орта білім беру ұйымы /Организация среднего образования		Интернат үлгісіндегі ұйымы /Организация интернатного типа	
	Жалпы Общая	Түзету Коррекционная	Жалпы Общая	Түзету Коррекционная	Жалпы/ Общая	Түзету Коррекционная

2. Анамнестикалық мәліметтер / Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (ия/жоқ)/(есть/нет) нет

Аллергия түрі*/Вид аллергии*	Аллерген	Қай жастан бастап С какого возраста	Диагноз қойылған жыл Год установления диагноза	Ескертпелер/Примечания

* *Аллергия түрі: вакциналық, дәрілік, аллергиялық аурулар.*

* *Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания*

Таблица 3. Балалық шақтағы жұқпалы аурулар/Перенесенные детские инфекционные заболевания

Аурулар / Заболевания	Жыл/Год	Аурулар/Заболевание	Жыл/Год
Қызылша/Корь		Дифтерия	
Көкжөтел/Коклюш		Туберкулез	
Жаншау/Скарлатина		Эпидемиялық/ Эпидемический паротит	
Іш сүзегі/Брюшной тиф			
Желшешек/Ветряная оспа			
Қызамық/Краснуха			
Вирустық/Вирусный гепатит (А, В, С, Д)			

Таблица 4. Ауруханаға жатқызу туралы мәліметтер(жарақаттарды, операцияларды қоса алғанда)/Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

Күні (басталған күннен бастап аяқталған күніне дейін)/Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (АХЖ-10 коды/код МКБ-10)	Медициналық ұйым Медицинская организация

Таблица 5. Санаторлық-курорттық (және оған теңестірілген) емдеу туралы мәліметтер Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Күн/Дата	Диагноз (АХЖ-10 коды/код МКБ-10)	Ұйым/Учреждение	
		Бейін/Профиль	Климаттық аймақ Климатическая зона

Таблица 6. Соңғы күнтізбелік жылдағы еңбекке уақытша жарамсыздық туралы мәліметтер/Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Анықтама берілген күні/Дата выдачи справки		Диагноз (АХЖ-10 коды/код МКБ-10)	Анықтама берген медициналық ұйым/Медицинская организация, выдавшая справку	Дәрігердің Т.А.Ж. Фамилия,имя, отчество(при его наличии) врача
бастап/от	дейін/ до			

	Күн/Дата	Қорытынды Заключение
Педиатр	21.08.25	здоров
Хирург	20.08.25	Dx: хол. цист.
Офтальмолог	20.08.25	здоров
Отоларинголог	20.08.25	Dx: здоров
Невропатолог	20.VIII.25	деці сайы
Стоматолог	20.VIII.25	здоров
ЖҚА/ОАК	21.08.25	норма
ЖЗА/ОАМ	21.08.25	норма

ШЖҚ «№3 қалалық емханасы» МКК

ГКП «Городская поликлиника №3» на ПХВ

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 19.09.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие КГП на праве хозяйственного ведения «Городская поликлиника №3 Управления общественного здравоохранения г.Актобе

1 ЖСН/ИИН

2 Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЕРІКОВ ИХСАН ЕРКЕБҰЛАНҰЛЫ

3 Туған күні (Дата рождения): 07.11.2023

4 Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан ОБЛАСТЬ Актюбинская ГОРОД Актобе

5. Медицинское заключение: ЗДОРОВ

6 Рекомендации (при необходимости): Эпид окружение чистое

7 Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ДЖАНТУЛИЕВА НАЗИРА ТУРГАЛИЕВНА 19761

Мөр (Печать)

ШЖҚ «№3 қалалық емханасы» МКК
ГКП «Городская поликлиника №3» на ПХВ

№ ҚР ДСМ-175/2020
Қазақстан Республикасы сақтау министрінің
Міндеттерін атқарушы 2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/202 Бұйрыққа 1-қосымша
Приложение 1 к приказу
Исполняющего обязанности Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 30 октября 2020 года
№ ҚР ДСМ-175/202

Профилактикалық екпелерді картасы **Форма № 065/е нысынды**
КАРТА профилактических прививок **Форма № 065/у**

2023___ жылғы (года) «_10__» _Ноябрь_(прибыл)_есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы(для организованных детей наименование детского учреждения_____ **Городская поликлиника № 3__УчМ№39**_____
1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия,имя,отчество) **ЕРКІНОВ ИХСАН ЕРКЕБҰЛАНҰЛЫ**
2. Туылған күні (Дата рождения) **_07.11.2023**_____ ИИН _____
3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес населенный пункт:) ___**г.Актобе** _____
Көшесі (улица) **Шайкенова** _үй(дом) **_13**___корпус пәтер (квартира)___**23**____
Мекен жайы ауысқаны уралы белгілер (Отметки р перемене адрес Тел: 87018917598

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	Нәтиже результат						
		Егу вакцинация	07.11.2023	09.11.2023	0,05	0372	1 мес – Пол 4 года
		Қайта егу ревакцинация					3 мес – Пол 5 лет
							6 мес – Пол 5 лет
							12 мес – Пол 5 лет

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	21/VIII.25,	X3947JV	ИПВ					

Көк.көкжөтел,сіреспеге қарсы екпе/ **Прививка против дифтерии,коклюша,столбняка**

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация	V1	21/VIII.25,	0,5	X3947JV	тексомет	н	н	
Қайта егу Ревакцинация								

*Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС-адсорбтелген,көкжөтнл-дефтерия-сіреспе вакцинасы. АДС-адсорбтелегн дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС-М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині,құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД-адсорбтелген дифтерия анатоксині ВС-адсорбтелген сіреспе анатоксині, К-көкжөтел вакцинасы. Препарат обозначать буквами: АКДС-адсорбированная. Коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина. АДС-адсорбированный дифтерийно-столбиячный анатоксин. АДС-м анатоксин-адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержаннем антигенов, иВД-адсорбированный лифтерийный анатоксин, АС-адсорбированный столбнячный анатоксин, К-коклюшная вакцин

Вирусті гепатитке қарсы/Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация	0 день	07.11.23	0,5	0342	ВГВ	н/б	н/б	
	V2	21/VIII 25, 01.5		х39485к	генсомеи	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паратита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Серичсы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналы қайшылықт Медицинск отвод
				Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозаса Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицинал қайшылық Медицинс отвод
				Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V1	20.04.45	0,5	0133п 100в	нб		

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе /Прививка протиы других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Серичсы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	Ме қа М
Егу Вакцинация	V2	20.04.45	0,5	К49400	пентаксим	нб	
Қайта егу Ревакцинация							

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____ Қолы

_____

Себебі (Причина)_____

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

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

Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививк