Adam Anya
2022



БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Medical center «Univer»
Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі
«BZ Холдинг»
Товарищество с ограниченной ответственностью
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
Абат Ануа Кыдырбекқызы
ИНН
Дата рождения 07.06.2022*
Пол (07.06) жен.
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
т/о 10Е/1 кв 2
Сведения о законных представителях:
папа- Сисенамов А.т
мама- Сисенамова Н.С
8 701737 0040
Поликлиника прикрепления BZ Холдинг Univer поли
Группа крови Резус-фактор
Инвалидность (да\нет) нет группа –
Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да\нет) нет
Диагноз (код МКБ-10)* –
Дата взятия на диспансерный учет –

*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	Общай	Коррекционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть\нет) 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			

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	26.05.2025г
Рост	92см
Вес	13кг
Заключительный диагноз(в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здорова
Группа здоровья	II гр.
Медицинская группа для занятий физической культурой	I гр
Рекомендации	Зож

*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

Рост: 92 см

Вес: 13кг

Окулист:

Лор:

Хирург:

Невроватолог: Дем сау

Стоматолог: здорова

Педиатр: здорова

ОАК: гемо - 114, лейко - 11, тромб - 266, СОЭ - 10мм/час

ОАМ: норма

Кал на я\г: отрицательный

Medical center «Univer» Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 191240008913

Эпикриз

Ребенок от 4 беременности, от 4 родов.

Родился(лась) с весом 3,3 кг, ростом 52 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по возрасту.

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: Здорова 3гр

Школу, Детсад посещать может

Врач Кудашева А.К.

Medical center «Univer» БСН 191240008913 «BZ Холдинг» ҚР Ақтөбе қаласы РК г. Актобе Товарищество с ограниченной ответственностью

Medical center «Univer»
Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі
«BZ Холдинг»
Товарищество с ограниченной ответственностью
БСН/БИН 191240008913

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 01.08.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "BZ Холдинг"

1. ЖСН/ИИН:
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АБАТ АЛУА АЙДЫНБЕККЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 07.06.2022
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ : Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс 2 , ДОМ: 10Е/1
5. Медициналық қорытынды (Медицинское заключение):
Здорова. Эпид окружение чистое, кал на я/г отрицательный!!!
6. Ұсынымдар (при необходимости):
Может посещать ДДУ!!!
7. Тегі, аты, әкесінің аты (при его наличии) және дәрігердің идентификаторы, анықтаманы берген (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку):
РАХМЕТОВА ДІЛНАЗ ТИМУРҚЫЗЫ

Мер
(Печать)

Medical center «Univer»
226468

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку: Общая (Т°)	Местная	Медицинский отвод (дата, причина)
Вакцинация	V1	12.09.22	0,5	С 150G				
	V2	28.02.23	0,5	С 216В				
	V3	22.06.23	0,5	С 216В				
Ревакцинация								

Дата снятия с учета) _____

Подпись _____

Причина _____

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 прививках.

Карта остается в организации.

Наименование организации: **КГП на ПХВ «Атырауская городская поликлиника №5»**		Приложение 1 к приказу Исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020

Форма № 065/у "КАРТА профилактических прививок"

Для организованных детей наименование детского учреждения _____ взят на учет 20___ года "____"

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Абат Алуа

2. Дата рождения 07.06.22.

3. Индивидуальный идентификационный номер _____

4. Домашний адрес: населенный пункт ___ улица Асарбасынова дом 87Б корпус ___ квартира 11

Отметки о перемене адреса _____

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
10.06.23	0 мм.	вакцинация		09.06.22	0,05	С 01320	при введ. 1 мес плотно 3 мес норм 6 мес - напухание 12 мес гиперемия
		ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
	26.01	3 С 357		V2 26.06	23 С 180	2 лет	8	
	28.02	23 С 021						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация		V1	12.09	22	0,5 С 0,2			
		V2	26.01	23	0,5 С 351			
		V3	28.02	23	0,5 С 021			
Ревакцинация								

* 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.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V1	07.06	22	0,5 С	2007 BKS			
	V2	28.02	23	0,5 С	021			
	V3	12.09	22	0,5 С	357			
Ревакцинация	V2							

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод(дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
	22.06	23	0,5 С	0131 N 07513		