Дәй Данош
2027

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

Казахстан Республикасы Ақтөбе қаласы
Республика Казахстан город Актобе
ЖШС/ТОО «Мир Женщины»
БСН/БИН 191240007914
Адрес: Батыс-2 дом 40 кв. 61, 87783015169
Email: mir-zhenshiny...

Форма № 052-2/у

"Паспорт здоровья ребенка"

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка
Ізім Дамир Әлібекович

ИИН

Дата рождения 19.01.2023г

Пол мужской

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
г. Актобе

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ТОО "Мир женщины"

Группа крови — Резус-фактор —

Инвалидность (да/нет) 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

Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

Анамнестические сведения
Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) нет

Вид аллергии	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

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

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)			

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

Жоспарланған терендетілген медициналық тексеру мәліметтері
5-7 жаста (мектепке барар алдында)
Данные плановых углубленных медицинских осмотров
в возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметрлері	5 жаста	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста)	Мекиепке барар алдында
Тексеру күні/Дата обследование	30.05.25		
Баланын жасы/Возраст ребенка	2 ж 4 ай		
Бойы /Рост	98 см		
Салмағы/Вес	12,4 кг		
Шағымы/Жалобы	нет		
Мамандардың тексеруі/Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург ортопед			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропотолог			
Стомотолог			
Өзге де мамандар/Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер(қанның жалпы анализі,ішек құрт қабыршақтарына несеп,нәжіс анализы) Лабораторные данные (общий анализ крови,мочи,кал на яйца глист)	ОАК ОАМ кал		
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз	Здорова		
Табиғи дамуын бағалау/Оценка физического развития	нормостеник		

Жүйке психикалық дамуын бағалу Оценка нервно-психического развития	норма по возрасту		
Денсаулық тобы/Группа здоровья	1гр		
Дене шынықтыруымен айналысатын топ Медицинская группа для занятий физкультурой			
Спорттық 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/ протвопоказано (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (саулығу,режим,тамақтану,шыныгу, 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 содержание образование	беседа по здор		
Қолы/Подпись			

Зертханалық зерттеулер/Лабораторные исследовании
Зертханалық зерттеулердін мәліметтері/Данные лабораторных исследовании

Зерттеулердің түрлері қан,несеп,нәжіс және басқалар Вид исследовании крови, мочи,кала	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	29.05.25	НВ 114 гл
		Эоз 4% не
ОАМ		в норме
кал на я/г		отриц

Сведения санитарно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	
		Профиль	Климатическая зона

Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Ф.И.О (при его наличии) врача
от	до			

Сведение о профилактических осмотрах за последний календарный год

Параметры	Сведение о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследование	30.05.2025
Рост	98 см
Вес	12,4 кг
Заключительный диагноз(в том числе основной и сопутствующие заболвания)	
Группа здоровья	I гр
Медицинская группа для занятий физической культурой	Основная
Рекомендации	

При отсутствии сведений об актуальных об проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратится в поликлинику по месту прикрепления ребенка

Сведения о направлении в психолого-медико-педогогическую консультация

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

Кол 98 сол
ЖШС "Мир Женщины"
БСН/БИН 191240002914
Актобе, 2 ден 4Д
ккк 124 кг

Этапный эпикриз

Ребенок от 1 беременности. Вес при рождении 3,340 рост 53 см.

Рос и развивался по возрасту. Осмотрен узкими специалистами. Привит по календарю. На «Д» учете не состоит. Состояние удовлетворительное.Кожа чистая, зев спокоен. Перифирические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Сон и аппетит не нарушен. Стул и диурез в норме.

Эпид окружение чистое.

Группа здоровья «Д» I гр

Диагноз: Здоров(а)

Вр.Айбергенова Ж.Н

ҚазақстанРеспубликасыДенсаулықсақтауминистрініңміндетінатқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығыменбекітілген № 027/е нысандымедициналыққұжаттама
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 №445

Дата выдачи 29.05.2025

Ұйымның атауы Наименование организации ТОО «МИР ЖЕНЩИНЫ»

Ф.И.О Әділ Даная Әлібеккызы

ИИН:

1. Туған күні Дата рождения 18.01.2023
2. Мекенжайы (Адрес) РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: г.Актобе Алтын Орда 350 кв 104 кв 2
3. Медициналық қорытынды Медицинское заключение Здорова қап на я г отриц.

Эпид окружение чистое.

4. Ұсынымдар (қажеттілігі бойынша) Рекомендации (при необходимости) посещать может
5. Анықтаманы берген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) және идентификаторы Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего

Врач Айбергенова Ж.Н (Печать)

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі Министерства здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы №175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама.
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министерства здравоохранен Республики Казахстан от «30» октября 2020 № 175

КАРТА
профилактических прививок

20 23 года « 31 января взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения ТОО Мир детства

1.Фамилия,имя,отчество(при его наличии) Ділі Ғалая

2.Дата рождения 19.01.2023г

3.ИИН(индивидуальный идентификационный номер) [redacted]

4.Домашний адрес: населенный пункт Актобе улица К.Досмухамеб

5.Дом 18г корпус 1 квартира 34

Отметки о перемене адреса 8775 724 59 40

Прививки против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Дозы	Серия	Медицинск отвод (дата, причи
Дата	Результат						
		Вакцинация		21.01.23	0,05 БК	037	1м-мали 3м-шиг 6мр-ту 12мр-ч.
		Ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Сер
V1	29.01.25	Х3Ц6РУ	2м					
	13.03.25	Y0M051A	4м					

Прививка против, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицин отвод (дата, при
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V1	29.01.25	0,5	Х3Ц6РУ	Инфанрикс	нб	нб	
	V2	13.03.25	0,5	Y0M511A	Пентаксим V2	н/б	н/б	
Ревакцинация								

*Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбн анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – Адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина

Прививка против вирусного гепатита В

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причин
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V1	20.01 23	05	20004	ВТВ	нб	нб.	
	V2	290125	05	X3461V	Генсаккин	нб	нб	
Ревакцинация								

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причи
				Общая (Т*)	Местная	
V1	221124	0,5	01-53N058A	нб	нб	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причин
				Общая (Т*)	Местная	
	29. XII 23	перебол	ела	корью.		
V1	221124	0,5	01-53N058A	нб	нб	

Прививка против других инфекций ПЦВ

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причи
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V1	290125	05	KA9260	Превенар 13	нб	нб	
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