Эпикриз

Жалоб нет. На «Д» учете не состоит. Травм, переломов не было.
Аллергоанамнез: без особенности.
Общее состояние удовлетворительное.
Объективно: кожные покровы чистые, зев чистый.
Периферические лимфа узлы не увеличены,
в легких везикулярное дыхание, хрипов нет.
Сердечные тоны ясные, ритмичные
Живот мягкий безболезненный, стул и диурез в норме.
НПР- соответствует возрасту
ФР- соответствует возрасту
Д\з: Здоров.Группа здоровья II
Режим - основной
Питание - общее

Допускается в детсадик

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«Медикор Илек»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

Форма №052-2/у « ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

1.ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка _____
_____ Ибиахтай Айдан _____
ИИН _____ гальность Кзах
Дата рождения 07.04.2013
Пол: мужской/женский (подчеркнуть) _____
Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) _____
М. он 16Д кв 80.

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Бейсенова А
Место работы матери/законного представителя ОЧХ
Телефон матери/законного представителя 8701922 6717
Ф.И.О год рождения отца Бейсенов Р
Место работы отца КЛК Мунай
Телефоны отца 8701 805 1014
законных представителей
Поликлиника прикрепления ТОО Медикор Илек
Группа крови _____ Резус-фактор _____
Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

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

Таблица 7. Профилактические осмотры

Параметры 2 2	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет
Дата обследования 02.06							
Возраст ребенка (на момент осмотра) 2 2							
Рост 92,5							
Вес 13							
Жалобы нет							
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания) здоров							
Группа здоровья I							
Медицинская группа для занятий физкультурой осн.							
Рекомендации							

Таблица 7. Профилактические осмотры

Параметры	от 10 до 11 лет	от 11 до 12 лет	от 12 до 13 лет	от 13 до 14 лет	от 14 до 15 лет	от 15 до 16 лет	от 16 до 17 лет	от 17 до 18 лет
Дата обследования								
Возраст ребенка (на момент осмотра)								
Рост								
Вес								
Жалобы								
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)								
Группа здоровья								
Медицинская группа для занятий физкультурой								
Рекомендации								

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого- медико педагогическую консультацию (ПМПК)

*при наличии

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

Осмотры специалистов

Педиатр (в т.ч. ЧСС в мин. АД 3 раза)	
Хирург (ортопед)	
Невропатолог (в 1 год)	27.05.25 Здорова
Отоларинголог	Здорова
Офтальмолог	Здорова
Логопед (с 3-х лет)	
Стоматолог (ежегодно)	Здорова
Другие специалисты	
Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на я/гл.)	ОАМ от 30.05.25 в/н ОАМ от 30.05.25 в/н кал на я/гл от 30.05.25-отр
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующие заболевания)	здоров
Оценка физического развития	нормосомия
Оценка нервно-психического развития	соответ. возрасту
Группа здоровья	I
Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.)	1. полноц. питание 2. режим дня 3. достаточная инсоляция
Подпись врача педиатра	

ХИРУРГ ОТОЛАРИНГОЛОГ ОКУЛИСТ СТОМАТОЛОГ

«Медикер ИЛЕК»

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«Медикер Илек»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

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 09.09.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "Медикер Илек"

1. ЖСНИИН:

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АМАНТАЙ АЙДАЙ РИНАДҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 07.04.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , УЛИЦА: О.ТАТЕУЛЫ , ДОМ: 6

5. Медицинское заключение:

д/з:здоров
Эпид.окружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

дана справка по месту требования

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

ЕЛЕУСИНОВА АНАРГУЛЬ АМАНТУРЛИЕВНА 245705

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫ ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ «Медикер ИЛЕК» ДЛЯ СПРАВОК БСН/БИН 161140016619

5/22(2)
5

	КҰЖЖбойынша уйым коды Код организации по ОКПО
Казахстан Республикасы Денсаулыксақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	КазакстанРеспубликасы Денсаулыксакгаум.а. 2020 жылғы «30» казан №175 буйрығымен бекітілген 065/е нысандымедициналыккұжаттама
Уйымнын атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма Ме 065/у Утверждена приказом и.о.Минсгра здравоохранения Республики Казахстан «30» октяб я 2020 года №175

Профилактикалыкекпелердің КАРТАСЫ КАРТА профилактических прививок

20___ жылғы (года) «_____»_____есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдаскан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ТОО
(для организованных детей наименование детского учреждения) _____

1.Тегі, аты, әкесінінаты(Фамилия, имя, отчество) Ашакай Айдай
2. Туған күні (Дата рождения) 07.04.2023г
3. Мекенжайы:елдімекен(Домашний адрес: населенный пункт) с.Тарлауша 6-77
көшесі (улица) _____үй(дом)_____
корпус_____пәтер(квартира) _____
Мекенжайыауысканытуралыбелгілер(Отметки о перемене адреса) 87019220717 апа.

Туберкулез ауруына карсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналык кайшылыктар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация		09.04 2023	0,05	0371 0091	1 мес 5 мм папу 3 мес 5 мм вну 6 мес 5 мм ру 1 мес 5 мм ру
		кайтаегу ревакцинация					

Полиомилитке карсы екпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
07.04.24г	07.10.24 0,5	ХЖС461У	07.04.21	12.12.24	ХЗС461У			
07.04.24г	12.12.24 0,5	ХОПЗНИ	V н 16	01.25г 2р	С1804Р064			

Күл, көкжөтел,сіріспеге карсы екпе / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттына тауы Наименование препарата	Екпегеденереакциясы Реакция на прививку		Медициналык кайшылыктар Медицинский отвод
						Жалпы(Т*) Общая (Т*)	Егілгенжерде Местная	
Егу Вакцинация	07.04.24г	08.10.24г	0,5	ХЗС461У	тенокок	нб	нб	
	07.04.24	12.12.24г	0,5	ХОПЗНИ	и коклюшно	нб	нб	
	07.04.24г	12.12.24	0,5	ХЗС461У	тенокок			
Қайта егу Ревакцинация								

*Препараттар мына әріптерМеН АКДС — адсорбтелген, көкжөтел — вакцинасы, АДС — адсорбтелг[ен] дифтерия — сіреспе АДС - М-анатоксин-адсорбтелген
Мо [illegible] жөнінде ағайы АД — адсорбтелген дифтерия АС — адсорбтелген сіреспе К — КОК-жөтел вакцинасы

*Препарат обозначать буквами: АКДС — исорбированная, 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	Препараттыңатауы Наименование препарата	Екпегеденереакциясы Реакция на прививку		Медициналыққайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы(Т*) Общая (Т*)	Егілгенжерде Местная	
Егу Вакцинация	✓	07.04.23 г	0,5	0341 1005С	ЫГВ	Н/б	Н/б	
						Н/б	Н/б	
V_2	070423	081024	0,5	ХЗС469	Генсапим			
V_3	070423	121224	0,5	ХЗС464	Эвксимим.			
Қайта егу Ревакцинация	ВГА	11.04.25	0,5	20230903	ВГИ1	Нб	Нб	

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита КПК

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпегеденесерпілісі Реакция на прививку		Медициналыққайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы(Т*) Общая (Т*)	Егілгенжерде Местная	
01.04.23	17.07.24	0,5	01331005В	Н/б	Н/б	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпегеденесерпілісі Реакция на прививку		Медициналыққайш (күні, себебі) Медицинский отво (дата, причина)
				Жалпы(Т*) Общая (Т*)	Егілгенжерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе / Прививка против других инфекций ПКВ

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттыңатауы Наименование препарата	Екпегеденереакциясы Реакция на прививку		Медициналыққайш ылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы(Т*) Общая (Т*)	Егілгенжерде Местная	
Егу Вакцинация	07.04.23	17.07 2024	0,5	СХ. 9430	Превинар	Н/б	Н/б	
Қайтаегу Ревакцинация	07.04.23	12.11.24	0,5	НР7367	Превенар-13	Н/б	Н/б	

Есептеншығарылғанкүні (Дата снятия с учета)_____Қолы (Подпись)_____

Себебі(Причина)_____

Карта баланы есепке алғанда балардыемдеу-профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

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

Карта ұйымда қалады..