Бұлжан А



БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Бала денсаулығы паспорты
Паспорт здоровья ребенка

«ТТ и К»
ЦАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН.
МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ

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
Ахметжан Абай Жанибекулы
ИИН _____
Дата рождения 31.01.2024
Пол мужс
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Мунайлы ел 11
Сведения о законных представителях:
Мать: Валиханова Гульназ
Отец: Ахметжанов Жанибек
Поликлиника прикрепления Поликлиника
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

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррек-ционная	Общая	Коррек-ционная	Общая	Коррек-ционная

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

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлары тереңдетілген 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	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	24.04.25		
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)	12 6 лет		
Бойы/Рост	122 см		
Салмағы/Вес	22 кг		
Шағымы/Жалобы	нет		
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог			
Стоматолог			
Өзге де мамандар /Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі ,ішек құрт қабыршақтарына несеп , нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови , анализ мочи , кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз	Здоров		
Табиғи дамуын бағалау /Оценка физического развития			
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития	соответ. по возрасту		
Денсаулық тобы /Группа здоровья	I гр		
Дене шынықтырумен айналасатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой			

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 білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мамандық мекемесі және басқалар) Рекомендаций (оздоровление , режим , питание , закаливание , поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов , учреждение с повышенным содержанием образования)		Допк ПП	
Қолы/Подпись			

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	24.04.25	Ур 110 Л 4 Соэ 6
ОАМ	24.04.25	в норме
кал на я/г	24.04.25	не обнаружено

«ТТ и К»
ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ «ТТ и К»
ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ «ТТ и К» ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН.

«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ

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 здравоохра

нения Реслублики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 10.06.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью "ТТи К"

1. ЖСНИИН:
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АҚЫНҒАЛИ АБАЙ АСЫЛБЕКҰЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 31.01.2024
4. Мекенжайы (Адрес): Город Актобе , РАЙОН : Мәңгілік ел 11
5. Медицинское заключение:

Здоров.Эпид окружение чистое. ДДУ посещать может

6. Рекомендации (при необходимости): Кал на я/гл не обнаружено
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

Вр: Казиева Мадина Сергейқызы 2464

Мер
(Печать)

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақгау м.а. 2020 жылғы «30» қазан №175 бұйрығымен бекітілген 065/е нысанды медициналық құжаттама
Уйымнын атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма Мс 065/у Утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октяб я 2020 года №175

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 24 жылғы (года) « 02 » 11 есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения) ЦСМ ТТак

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Акжигитов Абай. А
2. Туған күні (Дата рождения) 31. 01. 2024.
3. ЖСН(ИИН)
4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Мангистау Ер 11 кв 29
көшесі (улица) үй(дом)
корпус пәтер(квартира)
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87013336131 М

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рожден ия	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	31.01-	01.11.2024г	0,05	0372G044	12 м 3 м
		қайта егу ревакцинация					6 м 12 м

Полиомилитке қарсы екпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Серия Сери
V1 31.01.2024г	15.04.24г	cW3c283K	V3	26.12.24г	8.5 cx3c461K			
V2 3101.2024	05.08.24г	cx0c491M	V4	14.07.25	8.5 x.c1300185			

Күл, көкжөтел,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		Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация V1	31.01.2024г	15.04.24г	0,5	W3c283K	Генсакши	Н/К	Н/К	
V2	31.01.2024г	05.08.24г	0,5	x0c491M	Генсакши			
V3	31.01.24г	26.12.24г	0,5	x3c461K	Генсакши			
Қайта егу Ревакцинация								

*Препараттар мына аріпермен АКДС — адсорбтелген, көкжөтел — вакцинасы, АДС — адсорбтелген дифтерия — сіреспе АДС - М- анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе курамында антиген мөлшері азайтылған• АД — адсорбтелген дифтерия АС — адсорбтелген сіреспе К — КОК-жөтел вакцинасы.

*Препарат обозначать буквами: АКДС — исорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС — адсорбированный дифтерийно-

Вирусті гепатитке карсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицинский кайшылығы Медицинск
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	31.01	31.01.2024	0,5	0342Q004A	V, ВГВ*	нб	нб	
V2	31.01.24г	15.04.24г	0.5	И3С283И	Энджерикс-В	Нб	Нб	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита ККП

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медицинальы кайшылықта Медицинский
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
310124г	230425г	0.5	0133N062I5			

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медицин (к) Медици (дата,
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе / Прививка против других инфекций Превен

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицинск кайшылық (күні, себеб Медицинский о (дата, причин
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация V1	31.01.24г	15.04.24г	0.5	GX9430	Превенар 13	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация V2	31.01.24г	26.12.24г	0.5	HD7361	Превенар-13	нб	нб	
V3	310124г	230425г	0,5	KH3262	Превенар-13			

Есептен шыгарылган күні (Дата снятия с учета)_____

(Подпись)_____ Қолы

Себебі(Причина)_____

Карта баланы есепке алғанда баларды емдеу-профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

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

Карта ұйымда калады.