

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Арнакова Айлин
2022

Medical center «Uolver»
Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі
«BZ Холдинг»
Товарищество с ограниченной ответственностью
БСН/БИН 231240006913

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 Ермекова Аяжан

ИНН

Дата рождения 13.03.2022

Пол жен.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Алтын Орда 2018-122.

Сведения о законных представителях:
отец - Абаев Нурлыбек
мать - Бухарбай Мадина

Поликлиника прикрепления BZ холдинг.

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да\нет) нет группа

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да\нет) не состоит.

Диагноз (код МКБ-10)* Z00.0. Общий медосмотр

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

. Анамнестические сведения

аблица 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			

Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта
офилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности
инистра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-
5/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также
струкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации
рмативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра
равоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР ДСМ-264/2020 "Об
тверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских
смотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а
кже учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего
бразования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных
равовых 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	27.03.2025 г.
Рост	97 см
Вес	15 кг.
Заключительный диагноз(в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здорова
Группа здоровья	гр. здI
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	Гот.

*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: 97см.

Вес: 15кг.

Окулист:

Лор:

Хирург: 20.03.2025

Невроватолог: 19.03.25

Стоматолог: здоров

Педиатр: здоров

ОАК: от 26.03.25 - НВ

ОАМ: от 26.03.25 - вирчи

Кал на я\г: от 26.03.25 - отсутствует

Medical center «Univer» «BZ Холдинг» БСН/БИН 191240008913

Эпикриз

Ребенок от 1 беременности,от 1 родов.

Родился(лась) с весом 3420 кг, ростом 53 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по календарю Контакт с tbs – отрицает.

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: Здоров(а)

НПР 1 уровень

ФР- нормосомия

Группа здоровья: 1А

- эпидокружение чистое.

Школу, Детсад посещать может

Врач:

Medical center «Univer» «BZ Холдинг» БСН/БИН 191240008913

Medical center «Uciver» Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 191240001913

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 07.04.2026

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

1. ЖСНИИН [redacted]

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) АРМАНОВА АЙЛИН НУРЛЫБЕКОВНА

3. Туған күні (Дата рождения): 13.03.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , УЛИЦА: Красногорская , ДОМ: 17, КВАРТИРА: 30

5. Медициналық қорытынды: Медицинское заключение:

Здорова

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (бар болған жағдайда) және идентификатор врача, выдавшего справку

АЙТЖАНОВА БОТАГОЗ ШАКИРАЛЕВНА 244000

Мор
(Печать)

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан Ұйымның атауы Наименование организации 13жер	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығына № 065/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 065/ у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30»октября 2020 года № 175

КАРТА
профилактических прививок

2022 года "14" 04 взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения ГПИ1

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Абишева Алина

2. Дата рождения 13.03.2022

3. Индивидуальный идентификационный номер

4. Домашний адрес: населенный пункт ___ улица

Дом Красногорская корпус 17 квартира 30

Отметки о перемене адрес К 2012 8705 319.00.18

Туберкулиновые пробы

Дата	Доза	рука	Завод	Конт роль	Срок год.	серия	Результат
8.11.22	0,1	Гс	30.12.22			С1105	24
10 сент	Др - 10						

реакция

Диаскин тест

Дата	доза	Срок годн	серия	результат

Медицинский отвод (дата, причина)

1 мес - нет ч/ш
3 мес - нет ч/ш
6 мес - нет ч/ш
12 мес - нет ч/ш

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V1	28.06.22	V3E0221V нс			V1	19.09.23	2л	7802 №132
V2	13.09.22	V0138911V нс						
V3	6.12.22	V3E021V нс						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т°)	Местная	
Вакцинация	V1	28.06.22	0,5	V3E021V нс		нс	нс	
	V2	13.09.22	0,5	V0138911V нс		нс	нс	
	V3	6.12.22	0,5	V3E021V нс		нс	нс	
Ревакцинация	19.09.23	19.09.23	0,5	косми	лентаксин	нс	нс	

«А.П.» – аббревиатура, указывающая, что вакцина адсорбирована на гидроксиде алюминия, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Прививки против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку: Общая (Т°)	Местная	Медицинский отвод (дата, причина)
Вакцинация		13.03.24	0,5	2000k				
	V1	28.05.24	05	V3EV13AY	12XLR	36	36	
	V3	6.12.24	05	V3ED21C		36	36	
Ревакцинация	13.03.24	20.03.24	05	1020130013	01, 04,	36	36	
	V2	28.03.25	05	1020130013	01, 04			

Прививка против паротита КПК

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку: Общая (Т°)	Местная	Медицинский отвод (дата, причина)
V	16.05.23	05	0131NV74A0	36	36	
доп	12.03.24	0,5	0139N058A	36	36	

Прививка против кори

	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку: Общая (Т°)	Местная	Медицинский отвод (дата, причина)
V	16.05.24	05	0131NV74A	36	36	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку: Общая (Т°)	Местная	Медицинский отвод (дата, причина)
Вакцинация	V1	28.03.24	05	8X6782	ммв	36	36	
Ревакцинация	V2	6.12.24	05	FM1506	ккф	36	36	
	V3	16.05.24	05	FM1506	ммк	36	36	

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.