Асқар Мариям
2022

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН.
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Этапный эпикриз

Ребенок от 1 беременности.
При рождении вес 3006 кг. Рост 50 см. Рос и развивался по возрасту. Осмотрен узкими специалистами. Привит только БЦЖ и ВГВ.Дальше мама отказывается от прививки по личный убеждение. На «Д» учете не состоит. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легкие везикулярное дыхание. Тоны сердца ясное, ритмичные. Живот мягкий, безболезный. Сон и аппетит не нарушен. Стул и диурез в норме.
Эпид. окружение чистое.

Диагноз: Здоров (а)

Выдан паспорт здоровья ребенка

Бала денсаулығы паспорты
Паспорт здоровья ребенка



БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

ҚАУЫПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТиК»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

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 Аскер Мелиса Бериланқызы

ИИН _____

Дата рождения 22.06.2022

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Актюбинская область г. Актобе

Сведения о законных представителях:

мама: Москалева Г.В

отец: Трубеев Т

Поликлиника прикрепления ЦСМ ТОО "ТиК"

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 организаций

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

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлары терендетілген медициналық тексеру мәліметтері
Данные плановых углубленных медицинских осмотров

1 жастан – 3 жасқа дейін/В возрасте 1-3 лет

Параметрлері **Параметры**	**1 жаста** **в 1 год**	**2 жаста** **в 2 год**	**3 жаста** **в 3 год**
Тексеру күні/Дата обследования		17.07.2024	
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)		2г. 1мес	
Бойы/Рост		92	
Салмағы/Вес		11,7	
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)		ОАК ОАМ кал на я/г	
Қорытынды диагноз **Заключительный диагноз**		Здоров	
Табиғи дамуын бағалау **Оценка физического развития**		Соответствует возрасту	
Жүйке психикалық дамуын бағалау **Оценка нервно-психического развития**			
Денсаулық тобы **Группа здоровья**		II гр ЗД	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану ,шынығу,жалпы және түзету типіндегі білдім 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 содержанием образования)			
Қолы/Подпись			

ХИРУРГ
Детский невролог

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	17.07.24	Нв 118 г/л Ср 4 млн
ОАМ	17.07.24	N
Кал на я/г	17.07.24	Отсутствует

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	17.09.24
Рост	82
Вес	11,7
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	1гр. здор.
Медицинская группа для занятий физической культурой	основ.
Рекомендации	

* 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

* при наличии

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысаңды 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 02.09.2024

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

1. ЖСН/ИИН [redacted]
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АСҚАР МАРИЯМ ТЕМІРЛАНҚЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 22.06.2022
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , ПРОСПЕКТ: Тауелсиздик , ДОМ: 16
5. Медицинское заключение:
Здорова Эпид окружение чистое
Может посещать в ДДУ
6. Рекомендации (при необходимости):
Кал на а/г не обнаружено
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: ЖАМАНТАЕВА ГУЛЬНАРА ЖОЛЖАНОВНА 216545

Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		КҰЖЖ бойынша уйым коды Код организации по ОКПО Казакстан Республикасы Денсаулык сакгау м.а. 2020 жылғы «30» казан №175 буйрығымен бекітілген 065/е нысанды медициналық кужаттама
Уйымнын атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма №065/у Утверждена приказом и.о.Минисгра здравоохранения Республики Казахстан «30» октяб я 2020 года №175

БАҒА
ЦЕНА

Профилактикалық екпелердің КАРТАСЫ
КАРТА профилактических прививок

20 2[illegible] жылғы (года) «26» 06 есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы _____
(для организованных детей наименование детского учреждения) _____

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Асқар Мәрият
2. Туған күні (Дата рождения) 22.06.2022
3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Бәйтс-2
көшесі (улица) [illegible] үй(дом) 16
корпус _____ пәтер(квартира) _____
Мекенжайы өзгергені туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары: Туберкулезные пробы							Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні Дата	нәтижесі результат		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	
3.01.2ы.0,1с 3.1.03.26.ұд Расим ф.нр- отр		егу вакцинация	22.06.22 ei.07	0,05	038Ф004		1мес - Бітіс 5 мес - пустул 6 мес - рубчик ұлы 12 мес - рубчик ұлы
		кайта егу ревакцинация					

Полиомилитке қарсы екпе / Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия

Күл, көкжөтел,сіреспеге 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		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

*Препараттар мына әріптерМеН АКДС — адсорбтелген, кокжетел — вакцинасы, АДС — адсорбтелгеН дифтерия — сіреспе АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе курамында антиген Мо,'111Jері азайты.лған• АД ¯ адсорбтелген дифтерия АС — адсорбтелген сіреспе К — КОК-жотел 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	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Дтш 220622	13.03.22	0,5	0133А03В	Н	Б	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе / Прививка против других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____Қолы (Подпись)_____

Себебі(Причина)_____

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

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

Карта ұйымда қалады..

Приложение3
кСанитарнымправилам
«Санитарно-эпидемиологические требования к
организации ипроведению
профилактическихпрививокнаселению»

форма

Информированныйотказотпроведенияпрофилактическихпрививок

Я Мамедова Гульдана Кайратовна
(ФИО (при его наличии) прививаемого лица или родителя (законногопредставителя)несовершеннолетнего)

Отказываюсьотполученияпрофилактическойпрививки:

все вакцины, личное убеждение
(наименование вакцины или других иммунологических лекарственныхпрепаратов
(иммунобиологическихлекарственныхпрепаратов))

Асыл Мариям Тамирхановна
(ФИО, дата рождения лица, которому рекомендована вакцина или
другиеиммунологические лекарственные препараты
(иммунобиологическиелекарственныепрепараты))

и подтверждаю, что проинформирован (а) о важности проведения профилактическойпрививкиипоследствияхотказаотпрофилактическихпрививок.

Причиныотказа(отметить):

1) религиозные;
2) личные убеждения;
3) негативнаяинформациявсредствахмассовойинформации,социальныхсетяхи другихинтернет ресурсах;
4) побочная реакция на предыдущую дозу вакцины или другие
иммунологическиелекарственныепрепараты(иммунобиологическиелекарственныепрепараты);
5) другие(указать)_____.

Дата«27»08 2026 года

Подпись _____
(прививаемого лица или родителя(законногопредставителя)несовершеннолетнего)