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

Этапный эпикриз

Ребенок от 11 беременности.
При рождении вес 3,200 кг. Рост 54 см. Рос и развивался по возрасту. Осмотрен узкими специалистами Привит по календарю.. 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, безболезненный. Сон и аппетит не нарушен. Стул и диурез в норме.
Эпид. окружение чистое.

Диагноз: Здоров (а)

Врач Ветер
разрешается посещать в дс

Самая Умная



БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ ШЕКТЕЛІ СЕРІКТЕСТІГІ
«ТТ и К»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕН.
ӨТБАСЫЛЫҚ 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 Самет Бекзатович Нестерович

ИИН _____

Дата рождения 30.01.2024

Пол мужс

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

_____

Сведения о законных представителях:

_____

_____

_____

Поликлиника прикрепления ТОО "ТТиК"

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	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 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**	**4 жас** **В 4 год**
Тексеру күні/Дата обследования			09.06.2024	
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)			2 г. 4 мес	
Бойы/Рост			88	
Салмағы/Вес			12	
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**			Без особенностей	
Денсаулық тобы **Группа здоровья**			1 гр здоров	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану ,шынығу,жалпы және түзету типіндегі білдім беру мекемесіне тұсу 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				

Детский невролог

Зертханалық зерттеулердің мәліметтері /
Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) **Вид исследований (крови , мочи, кала)**	**Күні** **Дата**	**Нәтижесі** **Результат**
ОАК	09.06.2024	Ш 28 гр Соэ 2
ОАМ	09.06.2024	N
Кал на я/г	09.06.2024	отсутствуют

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	09.06.2026
Рост	88
Вес	12
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	II гр. дд
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
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 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 О состоянии здоровья

Дата выдачи 09.06.2026

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

1. ЖСН/ИИН:

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): САМАТ БЕКСҰЛТАН ЖАСҰЛАНҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 30.01.2024

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс 2 , ДОМ: 9/3

5. Медицинское заключение:

Здоров Эпид окружение чистое
Может посещать в ДДУ

6. Рекомендации (при необходимости):

Кал на я/г не обнаружено

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

ЖАМАНТАЕВА ГУЛЬНАРА ЖОЛЖАНОВНА 216545

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан Уйымның атауы Наименование организации	КҰЖЖ бойынша уйым коды Код организации по ОКПО Казаксган Республикасы Денсаулық сақгау м.а. 2020 жылгы «30» қазан №175 буйрығымен бекітілген 065/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма Ме 065/у Утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года №175

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

Профилактикалық екпелердің КАРТАСЫ КАРТА профилактических прививок

20 24 жылгы (года) « 03 » 02 есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения) усм ТОО „ТТК" Бексултан
1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Самат
2. Туған күні (Дата рождения) 30.01.2024
3. ЖСН(ИИН)
4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Б-2 Талеми 87771592357
көшесі (улица) үй(дом) 8/3
корпус пәтер(квартира) 107 87754236632 (м)
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения		Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (жағдайлар) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат							
13.02.2021 с 2022 по 2025 с-гр 28.26, пр Реакция р пр - отр		егу вакцинация	30.01.24		01.02.24	0,05	0372 С 044	1 мес - БЦЖ 3 мес - АКДС 1 вак 6 мес - АКДС 2 вак 12 мес - АКДС 3 вак
		қайта 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	Сериясь Серия
V1 24.01.24г	04.06.24г	ИЗС 231	24.01.24		17.12.25	18040185	2к		
V2 24.01.24г	08.08.24г	ХВС 471 24							
V3 24.01.24	120685	Х3 / 473 мл							

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		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация V1	24.01.24г.	04.06.24г	0,5	ИЗС 231	Тетракок	нб	мл	
V2	24.01.24г	08.08.24г	0,5	ХВС 471.0	Пентаксим	нб	нб	
V3	24.01.24	120625	0,5	Х3 / 473	Тетракок	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация								

*Препараттар жаңа қолданылған кезде АКДС — адсорбталған, коклюшті-дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС — адсорбталған дифтерия — сіреспе вакцинасы, АС — адсорбталған сіреспе вакцинасы, АДС - М-анатоксин-адсорбталған К — КОК-жотел вакцинасы.

*Препарат обозначать буквами: АКДС — адсорбированная, 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 от
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	30.01.24	30.01.24	0,5	0342В	ВГВ	нб	нб	
В2	30.01.24	04.06.24	0,5	1113С233	Гексаким	нб	нб	
В4	30.01.24	12.06.25	0,5	Х35487	Гексакоклюшб	нб	нб	
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 отв
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

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

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе / Прививка против других инфекций - Превенар

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку.		Медицинал қайшылық (күні, себе Медицинский (дата, прич
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	30.01.24	04.06.24	0,5	GX9430	Превенар 13	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация								

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

Себебі(Причина)_____

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

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

Карта ұйымда қалады..