

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Приложение к п
Министр здравоохр
Республики Каз
от 19 декабря 2023 года

Форма № 052-2\у «Паспорт здоровья ребенка»

I. Общие положения

Фамилия,имя,отчество(при его наличии) ребенка Сахитканов Диас Нуркенович

ИИН

Дата рождения 28.09.2022

Пол мужс

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Алтын орда 24 б - 31

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления BZ и Холдинг

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да\нет) нет группа

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

Диагноз (код МКБ-10)* Z.008

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 тип	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общай	Коррекция

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть\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)	—		

аблица 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, отчество (при его наличии) врача
от	до			
–				

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 063/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в 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*

	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	11.07.26
Рост	100
Вес	14,90
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров
Группа здоровья	I гр
Медицинская группа для занятий физической культурой	I гр
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 (да
– ПМПК) *

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

МЕДОСМОТР

Рост 100

Вес 14.90

Осмотр 3дрров

Дет. 3дрров

Хирург 3дрров

Невропатолог 3дрров

Стоматолог 3дрров

Педиатр 3дрров

ОАК 11.07.26 Нв-127 эрц-45 СОэ-2

ОАМ 11.07.26 в норме

Кал на я/г 11.07.26 отр.

Эпикриз

Ребенок от IV беременности, от II родов

Родился(лась) с весом 3,400 ростом 54 см

Растет и развивается соответственно по возрасту

Привит по календ. 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, безболезненный

Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров(а)

НПР I уровень

ФР-нормосомия

Группа здоровья 2А

Школу/Детсад посещать может

Врач Иманалиева А. М.

Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 191240008913 Medical center «Univer»

Иманалиева Айдана Мұратбекқызы Дәрігер Врач

ҚР Ақтөбе қаласы «BZ Холдинг» жауапкершілігі шектеулі серіктестігі РК г. Актобе Товарищество с ограниченной ответственностью «BZ Холдинг» БСН 191240008913 Medical center «Univer»

Medical center «Univer»

Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 191240008913

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 31.08.2026

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

1. ЖСН/ИИН

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество Сахитжанов Диас Нуркенович

3. Туған күні (Дата 28.09.2022

4. Мекенжайы РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, БАТЫС 11

5. Медицинское

Здорова. Эпид окружение чистое. посещать может

6. Рекомендации (при Здорова.

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

ІЗТЛЕУ КАМАР СЕРІККЫЗЫ 226567

Мер Medical center «Univer»

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы «30» қазандағы № 175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации ТТ и К		Медицинская документация Форма № 065 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № КР ДСМ - 175/2020

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20___ жылғы (года) «_____»_____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 Сахитжанов Диас Нургенович
2. Туған күні (Дата рождения) 28.09.22
3Жеке сәйкестендіру нөмері_____
4.Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес:населенный пункт) ___ көшесі (улица) Алтын Орда
үй(дом)_____корпус_____пәтер(квартира) 23g
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	Медицинский отвод (дата, причина)
Күні Дата	нәтижесі результат						
		Егу вакцинация	28.09.22	29.09.22	0,5	03729044	1 мес пап 4 мм 2 мес пуст 4 мм
		Қайта егу ревакцинация					6 мес руб 4 мм 12 мес руб 4 мм

Полиомиелитке 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
2 мес	27.10.22	13Н07ZV	ИПВ		RV, 28.06.25	0,5	70Н511т	ИПВ
3 мес	26.11.22	С011V	ИПВ					
4 мес	27.12.22	Н3С741	ИПВ					

28.09.22. 10.12.23. с 18020020 2кап

Күл, кекжөтел, 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 V_1	2 мес	27.10.22	0,5	Т3Н07ZV	АВКДС+хип ИПВ+ВГВ		Н/б	
V_2	3 мес	26.11.22	0,5	011 V	АВКДС+хип	+ ВГВ	Н/б	
V_3	4 мес	27.12.22	0,5	Н3С741	АВКДС+хип	+ ИПВ	Н/б	
Қайта егу Ревакцинация RV.	28.09.22	28.06.25	0,5	70А511т	ВГВ АВКДС+хип	+ ИПВ	Н/б.	

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	28.09.22.	28.09.22	0,5	2004	ВГВ	н/б	н/б	
	V1	27.10.22	0,5	V3H077V	ВГВ	н/б	н/б	
	V2	27.12.22	0,5	H3C741	ВГВ	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация								
	28.09.22.	28.06.25	0,5	AB202309013	ВГА	н/б	н/б	

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

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	
15.12.24	0,5	0131W017	н/б			
26.01.25	0,5	0133N058A	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	
15.12.24	0,5	0131W017	н/б	н/б		

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	2 мес	27.10.22	0,5	6020	превенар 13	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация	4 мес	27.12.22	0,5	6020	превенар 13	н/б	н/б	
	28.09.22.	15.12.24	0,5	ET6182	превенар 13	н/б	н/б	