

# БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

# ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

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 Сидоренко Милена Максимовна

ИНН

Дата рождения 01.09.2023

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Алматы ул 380 кв 55

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ВZ „Холдинг"

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 организация**

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

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) | – | | |

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 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/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*

| Параметры | Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст |
|---|---|
| Дата обследования | 23.10.2026 |
| Рост | 93 |
| Вес | 15 |
| Заключительный диагноз(в том числе основной и сопутствующие заболевания) | здоров |
| Группа здоровья | I группа |
| Медицинская группа для занятий физической культурой | основная |
| Рекомендации | зоте |

*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** 2026

Рост: 93

Вес: 15

Окулист: Здорова

Лор: Дені сау

Хирург: Здоров

Невроватолог: Дамыған қалыпты

Стоматолог: Полость рта здорова

Педиатр: Дені сау

ОАК: 14.07.2026 Нв-120, СОЭ-2, Лейк-2, Лимф-3

ОАМ: 14.07.2026 – норма

Кал на я\г: 14.07.2026 – отрицат

Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью

Medical center «Univer»

# Эпикриз

Ребенок от 11 беременности,от 2 родов.

Родился(лась) с весом 3500 кг, ростом 53 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит _____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: 2А

Medical center «Univer» «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью

Школу, Детсад посещать может

Врач: Нурлашева А.М

Medical center «Univer»

Жауапкершілігі шектеулі серіктестігі «BZ Холдинг» Товарищество с ограниченной ответственностью БСН/БИН 191240000913

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 23.10.2023

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

1. ЖСН/ИИН

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество Сидоренко Милена Максимовна

3. Туған күні (Дата 01.03.2023

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

5. Медицинское

Здорова. Эпид окружение чистое. посещать может

6. Рекомендации (при Здорова.

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

ІЗТІЛЕУ ҚАМАР СЕРІККҚЫЗЫ 226562

Мер Medical center «Univer»

ЖШС «BZ Холдинг» Медициналық орталығы

ДРАЧ ІЗТІЛЕУ ҚАМАР СЕ

| | | |
|---|---|---|
| Қазақстан Республикасы<br>Денсаулық сақтау министрлігі<br>Министерство здравоохранения<br>Республики Казахстан | | Қазақстан Республикасы<br>Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы<br>«30» қазандағы № 175/2020 бұйрығымен бекітілген<br>№ 065 / е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы<br>Наименование организации | | Медицинская документация<br>Форма № 065 / у<br>Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения<br>Республики Казахстан<br>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 Сидоренко Милена
2. Туған күні (Дата рождения) 01.03.2023
3Жеке сәйкестендіру нөмері_____
4.Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес:населенный пункт) ___ көшесі (улица) Алтын орда
үй(дом) 350 корпус 1 пәтер(квартира) 55
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)
_____

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

| Туберкулез сынамалары<br>Туберкулезные пробы | | | Туған жылы<br>Дата рождения | Күні<br>Дата | Дозасы<br>Доза | Сериясы<br>Серия | Медицинский отвод<br>(дата, причина) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Күні<br>Дата | нәтижесі<br>результат | | | | | | |
| | | Егу<br>вакцинация | 01.03.23 | 01.03.23 | 0,050 | 03719050 | 1мес пол-3мес<br>3мес пуст-4мес |
| | | Қайта егу<br>ревакцинация | | | | | 6мес рубе-4мес<br>12мес рубе 4мес |

Полиомиелитке қарсы екпе / Прививка против полиомиелита

| Туған жылы<br>Дата рождения | Күні<br>Дата | Сериясы<br>Серия | Жасы<br>Возраст | Күні<br>Дата | Сериясы<br>Серия | Жасы<br>Возраст | Күні<br>Дата | Сериясы<br>Серия |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе / /Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

| | Туған жылы<br>Дата рождения | Күні<br>Дата | Дозасы<br>Доза | Сериясы<br>Серия | Препараттың атауы<br>Наименование препарата | Екпеге дене реакциясы<br>Реакция на прививку | | Медициналық қайшылықтар<br>Медицинский отвод |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Жалпы (Т*)<br>Общая (Т*) | Егілген жерде<br>Местная | |
| Егу<br>Вакцинация | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Қайта егу<br>Ревакцинация | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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 (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Жалпы (Т*) Общая (Т*) | Егілген жерде Местная | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | |
| | 01.06.24 | 0,5 | 0131W017 | 36,5 | 36,5 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |