

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК
ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

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 Тлеубаева Аделия

Дата рождения 21.12.2023г

Пол женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
г Алтай, Абылайхандана 67 Б - 109

Сведения о законных представителях мать: Тлеубаева Гульжанат

Поликлиника прикрепления
ГП №6

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) нет

группа _____

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

Диагноз (код МКБ-10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

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

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, отчество (при его наличии) врача
от до			

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	7.07.22г
Рост	90
Вес	14,5
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здорова
Группа здоровья	II А
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	Здор

* 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

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлы тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері

Данные плановых углубленных медицинских осмотров

Параметрлері Параметры	2 жаста В 2 года	3 жаста В 3 года	4 жаста В 4 лет
Тексеру күні/Дата обследования		7.07.26г	
Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования		3г 4мес	
Бойы/рост		96	
Салмағы/вес		14,5	
Шағымы/ жалобы		нет	
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр		9 VII 26 Здорова	
Хирург ортопед		от 7 VII 26 Здорова	
Офтальмолог		от 7 VII 26 Здорова	
Оториноларинголог		от 7 VII 26 Здорова	
Невропатолог		от 7 VII 26 Здорова	
Стоматолог		от 8 VII 26 Здорова	
Өзге де мамандар/Другие спец. психолог		от 7 VII 26 Только см	
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс)		ОАК 8 VII 26 ОАМ 8 VII 26	
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на я/глист)		кал на як от 8 VII 26 - отр.	
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз		Здорова	
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития		нет нужного роста, веса	
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка НПР		Соотв. возрасту	
Денсаулық тобы Группы здоровья		II А	
Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой		основная	
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар Рекомендации к занятиям спортом, больными или танцами	Спорттың түрі (көрсетілсін) Вид спорта (указать)	Айғақталған/ шектелген/ қарсы айғақталған (астын сызу керек) Показано ограничено против. (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және гүзету типіндегі білдім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов		Здоров	
Қолы/Подпись			

Эпикриз

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Дата 9.07.26г

Ребенок от 5 беременности 5 родов

Родился(лась) с весом 3570 кг ,ростом 56 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по плану Контакт с tbs – отрицал

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: Здорова

НПР 1 уровень

ФР- нарушений

Группа здоровья: II

Детсад посещать может

Врач:

Зав.ПМСП:

ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗ ПАРАҚТАР ЖӘНЕ АНЫҚТАМА ҮШІН

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

КП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

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 03.07.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №6" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): МУХТАРОВА АЙЛИН

3. Туған күні (Дата рождения): 21 02 2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ Актобе , ПРОСПЕКТ Абулхаир хана 58/1, ДОМ 67

5. Медицинское заключение:

Здорова

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: 252986

МРЗАГУЛОВА САБИНА РУСЛАНОВНА

ЕНБЕККЕ ЖАРАМСЫЗ ПАРАҚТАР ЖӘНЕ АНЫҚТАМА ҮШІН

КҰЖЖК бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы
«30» қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 ұйрығымен
бекітілген
№ 065 / е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация
Форма № 065 / у Утверждена приказом и.о.Министра
здравоохранения Республики Казахстан
«30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК
ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Профилактикалық егулердің
КАРТАСЫ
КАРТА 232208
профилактических прививок
есепке алынды (взят на учет)

2023 жылғы (года) «24»/11

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1.Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Мустафарова Айшим
2.Туған күні (Дата рождения) 21/11 2023г. ЖСН (ИИН)
4.Мекен жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Актобе
көшесі (улица) пр. Алхака үй(дом) 67 корпус пәтер(квартира) 109
Мекен жайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8-702-213-30-43 Гульнара

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	
		егу вакцинация	21/11 2023г.	22/11 23	0,05 вн	0371G091	1 мес - БЦЖ 5 мм 3 мес - КДС 5 мм 6 мес - КДС 5 мм 12 мес - ревакцинация
		қайта егу ревакцинация					

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
V1	25 V 23	3 ЕЗD1	V3	25 VII 23	3 ЕЗD1	V5	13.12.24	511 м
V2	25 VI 23	9 Е4М	V4	9.12.24	23D622			

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	V1	25 V 23	0,5	3 ЕЗD1	Тетракокк	нет	нет	
	V2	25 VI 23	0,5	4 Е4М	Тетракокк	нет	нет	
	V3	25 VII 23	0,5	3 ЕЗD1	Тетракокк	нет	нет	
Қайта егу Ревакцинация	R1	13.12.24	0,5	511 м	Адсорбированный			

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, коклюшті – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – коклюшті 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 карсы 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: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтылықтар Медицинский отвод
Егу Вакцинация	V1	21/II 23г	0,5	0341	ВГВ	нб	нб	
	V2	26.07.23	0,5	3150Н	ЭЖВГ	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	V3	25.VII.23	0,5	3150Н	ЭЖВГ	нб	нб	
		V1 АДС-М 28.05.23	0,5	0013				

V2 9.VII.24 0,5 5D24

Паротитке карсы екпе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтылықтар Медицинский о
V1 КПК	11.04.23	0,5	0132	нб	нб	
V1 КПК	9.12.24	0,5	0133			

Қызылшаға карсы екпе
Прививка против кори

	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтылықтар (куә... М... (да...

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: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Ме... (куә... Ме... (да...
Егу Вакцинация	V1	23.V.23	0,5	3150Н 2168	превенар	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	V2	25.VII.23	0,5	2168	превенар	нб	нб	
	V3	9.12.24	0,5	3351	превенар			

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)_____
Қолы (Подпись)_____
Себебі (Причина) _____
Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады
Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.
Карта ұйымда қалады.
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.