Эпикриз

«№24 қалалық емхана»
мемлекеттік коммуналдық
қәсіпорыны

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

Форма №052-2/у « ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

.ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Нурлан Заңгар Малолетқызы

ИИН

нальность

Дата рождения 22.05.2023г.

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Астана қ. 339 кв 47

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Молей Мерием

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О год рождения отца Оңғарбаев Нозербек

Место работы отца

Телефоны отца

аконных представителей

Поликлиника прикрепления

Группа крови Резус-фактор

Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

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

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды_____ Код учреждения по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 ж. «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 220 /е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование учреждения	Медицинская документация Форма № 220/у Утверждена приказом Министра здравоохранения РК «23» ноября 2010 г № 907

Гельминттер жұмыртқасы, жасырын қан, стеркобилин, билирубин

НӘЖІС ТАЛДАУЫ

АНАЛИЗ КАЛА

яйца гельминтов, скрытая кровь, стеркобилин, билирубин

№_____

20____жылғы (года)_____саг.(час.)_____мин

биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

ТАӘ (ФИО) Нурелан Зоригар

Туған күні (Дата рождения) 2023

Ұйым (Организация) Витебск Орро 339 41 д/пр

Бөлімше (Отделение)_____палата(палата)____учаске(участок)____

Медициналық карта (Медицинская карта)_____

Гельминттер жұмыртқасы (Яйца гельминтов)_____

Қарапайымдар (Простейшие)_____

Жасырын қанға реакциясы (Реакция на скрытую кровь)_____

Стеркобилинге реакциясы (Реакция на стеркобилин)_____

Билирубинге реакциясы (Реакция на билирубин)_____

«_____»_____20_____ж. (г.) Қолы (Подпись)_____

талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

АНАЛИЗ № 15
Науқастың
НӘЖІСТЕ ҚҰРТ ЖҰМЫРТҚАСЫ
Күні 27 05 2025 ж.
Зертханасы

Дата 27.05.25 г

Вес 13 Рост 88 см.

Специалист	Заключение
Хирург	ХИРУРГ 27.05.25 здоров
ЛОР	ОТОРИНГОЛОГ 27.05.25 здоров
Невропатолог	НЕВРОЛОГ 27.05.25 невр. здоров
Окулист	27.05.25 ок спокойные глазное д-но
Стоматолог	27.05.25 здоров

Эпикриз

Ребенок от 1 беременности, от 1 родов.

Родился(лась) с весом 3600 кг, ростом 57 см. Растет и развивается соответственно возрасту.

Контакт с tbs-отрицает.

На «Д» учете не состоял.

Наследственность не отягощена.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

D/S: здоров

Группа здоровья 1

НПР по возрасту

ФР средние

Врач:_____

Формат А4	ЖСН бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген 027/у-нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 027/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октябрь 2020 года №175

АНЫҚТАМА
СПРАВКА

Берілген күні/дата выдачи 2026 ж./г. «15» мая

1. ТАӘ/ФИО Нуралы Зоңғар
(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)
Нағорбекұлы

1-1. ЖСН/ИИН

2. Туған күні/дата рождения: 22 күні/число 05 айы/месяц 2023 жылы/год.

3. Мекен жайы/адрес (место постоянного жительства):
Астана Орда 339 кв 41

4. Диспансерлік есепте тұратыны//На диспансерном учете: состоит/ не состоит
(нужное подчеркнуть).

Анықтама берген дәрігердің ТАӘ/_____ Қолы/_____
ФИО врача, выдавшего справку Подпись

Мөрдің орны
Место печати

Күні 20___ жылғы «____» _____

Дата «____» _____ 20___ г.

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі Министерства здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы №175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама.
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 № 175

КАРТА
профилактических прививок

20___года «__»_____взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения ТОО «Мир детства»

1.Фамилия,имя,отчество(при его наличии) Нурлан Заңгар

2.Дата рождения 22.05.2023

3.ИИН(индивидуальный идентификационный номер)

4.Домашний адрес: населенный пункт Актобе улица Батыс-2

5.Дом 61 корпус 2 квартира 104

Отметки о перемене адреса 87789344402

Прививки против туберкулеза

Туберкулезные пробы		Дата рождения	Дата	Дозы	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
Дата	Результат					1м палуза 3м пустула
		Вакцинация	24.05.23	0,05	0376-091	6мр-4мм
		Ревакцинация				12мр 4мм

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
22-05-23	28-08-24	ЖЗС461V8м						

Прививка против, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	22-05-23	28-08-24	0,5	ЖЗС461V	Вакцина	нет	нет	
Ревакцинация								

**Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячны анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – Адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина*

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V	2305.23	0,5	0341Q004C	ЭГВВ	нб	нб	
Ревакцинация								

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина
				Общая (Т*)	Местная	
V	170124	05	0133039В	нб	нб	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V	170124	05	0133039В	нб	нб	

Прививка против других инфекций ИКВ

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицински отвод (дата, причин
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	20.05.23	28-08-24	0,6	НФ7361	Превенарl3	нб	нб.	
Ревакцинация								
	V	241024	0,5	100724	Гретон	нб	нб	

Дата снятия с учета _____ Подпись _____

Причина _____

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