«№4 қалалық емхана» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны

Ребенок растет и развивается согласно возрасту. Прививать обязательно! Полное покровительство, две спокойных ночи подряд. Выписан. Живот мягкий безболезненный. Стул отправляет самостоятельно.

Д/з. Здорова

нар. гр. –

фр. средн. –

гр. –

«№4 қалалық емхана» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны
Ем беруші жұмыскерлер мен пәрактары мен анықтамалар үшін

Бала денсаулығы паспорты
Паспорт здоровья ребенка

Стул отрегулирован.

Сарсенова Айгуль Куатовна ДӘРІГЕР ВРАЧ



БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны

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 Ермашова Амина Сабаткызы.

ИИН _____

Дата рождения 2023. 22. май.

Пол женский.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) А. Мкр. 10/61-4.

Сведения о законных представителях:

_____

_____

_____

Поликлиника прикрепления _____

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/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) _____

Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлары тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері/Данные плановых углубленных медицинских осмотров 5-7 жаста (мектепке барар алдында) / В возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметрлері Параметры	5 жаста В 5 лет	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста) За 1 год до школы (в 6 лет)	Мектепке барар алдында (7жаста) Перед школой (в 7 лет)
Тексеру күні/Дата обследования	16.X.25		
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)	4 года.		
Бойы/Рост	86 см		
Салмағы/Вес	13 кг.		
Шағымы/Жалобы	нету.		
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр	16.X.25 здорова		
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог			
Стоматолог 16.09.25 здорова			
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)			
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз	Д/з Здорова		
Табиғи дамуын бағалау /Оценка физического развития	Фр - средне.		
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития	Нпр у Д		
Денсаулық тобы /Группа здоровья			
Дене шынықтырумен айналасатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой	гр. ЛФК I		
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар Рекомендации к занятиям спортом , бальными или спортивными танцами	Спорттың түрі (көрсетілсін) Вид спорта (указать)	Айғақталған / шектелген / қарсы айғақталған (астын сызу керек) Показано / ограничено / противопоказано (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану ,шынығу,жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендаций (оздоровление , режим , питание , закаливание , поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов , учреждение с повышенным содержанием образования)	Физ Окруж гимн		
Қолы/Подпись			

Зертханалық зерттеулер / Лабораторные исследования
Зертханалық зерттеулердің мәліметтері / Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан , несеп , нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови , мочи , кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат

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	16.12.25.
Рост	86
Вес	13
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	ОЗ: здорова
Группа здоровья	
Медицинская группа для занятий физической культурой	Основная
Рекомендации	общее.

* 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**

«№1 қалалық емхана»
«коммуналдық мемлекеттік кәсіпорыны

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 16.07.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН:

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ЕРЖАНОВА АМИНА ЕРБОЛАТҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 22.05.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ Актобе , ПРОСПЕКТ Алии Молдагуловой , ДОМ 10/1

5. Медициналық қорытынды:

здорова

6. Ұсынымдар (қажет болған жағдайда):

эпид окружение чистое

7. Анықтаманы берген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) және идентификаторы:

КАРАБАЛАКОВА БАГДАГУЛЬ БАКТЫГЕРЕЕВНА 16027

Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің м.а. 2020ж. «30» қазан № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы ГП№4 Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения РК «30» октябрь 2020 года № 175

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
Профилактических прививок

20 23 жылғы (года) «25» мая есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ГП №4
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, итмя отчество) Ермагамбова Алина

2. Туған күні (Дата рождения) 22 мая 2023

3. Индивидуальный индентификационный номер 2

4.Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) г Актобе көшесі
(улица) А Молдагулова үй (дом) 10 корпус 1 пәтер (квартира) 4

Мекен-жайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8 747 252 6061

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	2 дня	24.23	0.05	0371	1 мес подъем 3 мес прививка 6 мес прив.
		қайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екпе
Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V1 2м	24.07.23	0,5	V3 2501 кб					
V2 12 1м	04.07.24	0,5	ХОС471 кб					

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

	Туған жылы Дата рожд.	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 2м	24.07.23	05	V3 2501	абкдс+хиб+пол	кб	кб	
	V2 12 1м	04.07.24	05	ХОС471	абдрс+хиб+пол	кб	кб	
Қайта егу Ревакцинация								

азайтылған.
АД - адсорбтелген дифтерия анатоксині, АС - адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – көкжөтел вакцинасы.
* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсобрированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсобрированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин - адсобрированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД - адсобрированный дифтерийный анатоксин, АС - адсобрированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе
Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рожд.	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	2 дня	22.03	0,5	0341	ЭТВ	нб	нб	
	V2 2м	24.07.23	0,5	V3C501К	Кабигепатит+Вектор	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V06м	23.11.23	0,5	0132H038A	нб	нб	

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рожд.	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	
V06м	23.11.23	0,5	0132H038A	нб	нб	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)_____

	Туған жылы Дата рожд.	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	V1 2м	24.07.23	0,5	6-А2168	превенар13	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация								

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.