Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

0

Форма № 052 2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Курбанов Харис Нариманович
ИИН _____
Дата рождения 310523/ Пол мал Гинекерутун
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Алтай обл. Шемонаихинский р-н. с. Зыряновск ул. Гинекерутун 1998г.
Сведения о законных представителях: Курбанова Асель Кенгесовна 2002
Поликлиника прикрепления Зыр. поликлиника №2.
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	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	04.02.2025 Нар-ый. 04.02.25 Гуркова
Рост	87 см
Вес	15кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Окулист-04.02.25 Гуркова
Группа здоровья	II А. Хирург-04.02.25 Гуркова
Медицинская группа для занятий физической культурой	Невр-04.02.25 Гуркова
Рекомендации	Невролог-04.02.25 Гуркова

* 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

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, отчество (при наличии) врача
от	до			

04.02.25 Ив-1192/1007-бк 4 дня, тел 4,5 км

04.02.25 живет тел, труд - ш бейка 2 нет

04.02.25 Ивановск - отрез.

Эпикриз

Ребечок от I беременности от I срочных родов. Родился с весом 3100 новорожденности протекал без особенностей. Растет и развивается соответственно возрасту. Нервно – психическом , физическом развитии не отстает. На диспансерном учете не состоит. Привит по календарному плану. Из перенесенных заболеваний:

Осмотрен узким специалистом. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, без особенностей.

Диагноз Здорова

По ИБВДВ чет низкого веса, нет низкого роста, нет анемии НПР – по возрасту.

Гр. Здоровья - II А.

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 **08.06.2026**

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №2" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН: [redacted]
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): НҰРБОЛАТ ХАДИЯ ӘЛІШЕРҚЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 31.05.2023г
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе ул Алтын Орда 10 квартира 32
5. Медицинское заключение:

Диагноз Здорова

6. Рекомендации (при необходимости): ЭПИД ОКРУЖ ЧИСТОЕ
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

185029

Мор
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 063 е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации **ТОО «BZ» Холдинг**	7neg	Медицинская документация Форма № 063 у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екпелердің КАРТАСЫ
КАРТА профилактических прививок

20___ жылғы (года) «_____»_____ есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдаскан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения) ТОО «BZ» Холдинг Үлгілер ОПИК-сі

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Нұрсеңгі Хафиз
2. Туған күні (Дата рождения) 31.05.2023.
3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Боралдай
кошесі (улица) _____ үй(дом) 106.
корпус _____ пәтер(квартира) _____
Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87007851313.

Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация		02.06.2023	0,05	0571Ф08L	1мес - ЛОР ауру 3мес - жұтынды
		қайта егу ревакцинация					6мес - ЖРВИ ауру 12мес - ЖРВИ ауру

Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V1 050225	0,5	X3C461V	2ай					

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 қайшылықта Медицинскі отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация V1	31.05.23	050225	0,5	X3C461V	Инфанрикс	жо	жо	
Қайта егу Ревакцинация								

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		31.05.23	0,5	Рэ-Вупуген	ВГВ			
	31.05.23	05.02.25	0,5	13041L	ВГВ	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация								

Прививка против паротита КПК

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене ерпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отво
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Әкесі	06.03.24	0,25	0133N058A	н/б	н/б	

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	

Прививка против других инфекций ПКВ

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықта (күні, себебі Медицинск отвод (дата, причин
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	31.05.23	05.02.25	0,5	КЛ 9260	Невакар 3	нет	нет	
Қайта егу Ревакцинация								