

БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19 желтоқсандағы № 173 бұйрығына
қосымша
Приложение
Форма № 052-2/у

ШЖҚ «Отбасылық медицина орталығы» МКК / ГКП «ЦСМ» на ПХВ

Бала денсаулығының паспорты
Форма № 052-2/у «Паспорт здоровья ребенка»

1. Жалпы ережелер/Общие положения

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Нургали Шолпан Ерлановна
ЖСН/ИИН
Ұлты/Национальность _____ Туған күні/Дата рождения 16.04.2024
Жынысы/Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
Үйінің мекен-жайы/немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекен/жайы/
Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)
Алатау орда 360А кв 31.
Заңды өкілдер туралы мәліметтер / Сведения о законных представителях:

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления
Қан тобы / Группа крови _____ Резус-факторы/резус факторы _____
мүгедектік иә/жоқ/инвалидность (да/нет) _____ топ/группа _____
Бала диспансерлік есепте тұрамы (иә/жоқ) Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)
Диагноз (АХЖ-10 коды) Диагноз (код МКБ-10) _____
Диспансерлік есепке алу/Дата взятия на диспансерный учет _____
/B20-B24, F00-F99

Кесте/Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы/Характеристика организаций

Түскен айы, жылы Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі мекеме Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	общее	коррекционное	общее	коррекционное	общее	коррекционное

Диспансерлік бақылауда тұрғандар туралы мәлімет
Сведения о находящихся на диспансерном наблюдении

Маман Специалист Диагноз	Есепке алынған күн Дата взятия на учет	Маманға келуін бақылау Контроль посещения специалиста							Есептен шығарылған күні Дата снятия с учета
		белгіленген назначено	келуі явка	белгіленген назначено	келуі явка	белгіленген назначено	келуі явка	белгіленген назначено	Себебі Причина

Жоспарлы тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері
Данные плановых углубленных медицинских осмотров

1 жастан - 3 жасқа дейін / В возрасте от 1-3 лет

Параметрлері Параметры	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 года	3 жаста в 3 года
Тексеру күні Дата обследования		05.11.26	
Баланың жасы (тексерген кездегі) Возраст ребенка (на момент осмотра)		1г 7м	
Бойы/Рост		72	
Салмағы/Вес			
Шағымы/Жалобы			
Мамандардың тексеруі / Осмотры специалистов			
Педиатр Хирург (ортопед)			
Невропатолог (1 жаста)/(1 год)			
Отоларинголог			
Офтальмолог			
Логопед (3 жастан бастап)/ (с 3-х лет)			
Стоматолог (жыл сайын/(ежегодно)			
Өзге де мамандар Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтері (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізі, ілеспелі аурулар)			

Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)		Здоров	
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития		нормосомия	
Жүйке-психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития		НПР I гр.	
Денсаулық тобы Группа здоровья		I гр. Н.	
Ұсынымдар (сауығу,режім, тамақтану, шынығу жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу,білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования)			
Дәрігер педиатрдың қолы Подпись врача педиатра			

Жоспарлары терендетілген медициналық тексеру мәліметтері/5-7 жаста (мектепке барар алдында)
Данные плановых углубленных медицинских осмотров/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			
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)			
Бойы/Рост			
Салмағы/Вес			
Шағымы/Жалобы			
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Оториноларинголог			
Невропатолог			
Стоматолог			
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			
Табиғи дамуын бағалау /Оценка физического развития			

Дата _____ Эпикриз в ДДУ, школу.

ФИО Шуғаев Шыңғыс

Вес 12

Рост 87

Ребенок от III доношенной беременности, II срочных родов. Родился весом 2 900, рост 48, крик сразу.

П-д новорожденности без особенностей. Растет и развивается соответственно возрасту. От сверстников не отстает, _____

Привит согласно плану, по плану Наследственность и аллергоанамнез не отягощен, не отягощен

На «Д» учете не состоит, состоит Д/з не состоит

Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены

В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме.

Диагноз Здоров.

Группа зд. I гр. Н.

Физ.разв . нормосомия

Физ.гр. основная

Рекомендовано:

1.Режим
2.Сбалансированное питание.
3. Витаминотерапия_____
4. профилактика простудных заб.
5.Закаливание, массаж.
6.Прогулка на свежем воздухе
7._____

Эпид.окружение имеет

Педиатр: _____

«АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ» МЕМЛЕКЕТТІК МЕКЕМЕСІНІҢ ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ АҚТӨБЕ ҚАЛАЛЫҚ №1 МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК ОРТАЛЫҒЫ» МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ 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 На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 10.11.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Центр первичной медико-санитарной помощи №1 города Актобе" на праве хозяйственного ведения государственного учреждения "Управление здравоохранения Актюбинской области"

1. ЖСН ИИН

2. Пациенттің (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество пациента) НҰРЖАН ИНАЯТ СЕРІКҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения) 18.04.2024

4. Мекенжайы (Адрес) РЕСПУБЛИКА Казахстан , ОБЛАСТЬ Актюбинская , ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ Актобе , УЛИЦА Грицина , ДОМ 66

5. Медициналық қорытынды Медицинское заключение

Здоров

6. Ұсынымдар (қажет болған жағдайда) Рекомендации (при необходимости)

Эпид окружение чистое

7. Анықтаманы берген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) және идентификаторы Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку

МУКАНОВА АЙНУР КОНЕЕВНА 210207

Мөр (Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 063/е медициналық құжаттама нысаны		Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2020 жылғы «30» қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 063/е медициналық құжаттама нысаны
Үйлердің нөмірі Номер строения		Медицинская документация Форма № 063/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ / КАРТА
профилактических прививок

20 ___ жылғы (года) «___» _____ есепке алынды (взят на учет) ГКП Центр плюс № 1 города Темиртау

(Балабақша (мектеп) немесе басқа да ұйым атауы (Наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Мырзаев Нұрсат Серікұлы
2. Туған күні (Дата рождения) 18.01.2021 ұл
3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____
көшесі (улица) _____ үй (дом) ___ корпус ___ пәтер (квартира) ___
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Ғабит көше – 200 м

Туберкулез ауруына қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайтпалықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Күні Дата	Нәтижесі Результат						
		егу вакцинация		23.04.21	0,05	0372	1 сын – ион Қан – оң Қан 4 мм 1 год – 4 мм
		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 25.11.21	03643	V2 21.04.26		5PZ0481			
	V2 22.01.26	5PZ0481						
	V3 23.02.26	Y3B52						

Күл, көжөтел, 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 қайтпалықтар Медицинский отвод
						Жалпы * Общая *	Екпеден кейін Местная	
Егу Вакцинация	V1 28.11.25	03643			Кашель	Қп	Қп	
	V2 22.01.26	25	5PZ0481		Қызба	Қп	Қп	
	V3 23.02.26	25	Y3B52		Кашель	Қп	Қп	
Қайта егу Ревакцинация	V1 21.04.26	25	5PZ0481		Кашель	Қп	Қп	

* Препараттар иммунологиялық белгісімен: МКДС-адсорбталған, көкжөтел-дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбталған дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксині адсорбталған дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған, АД – адсорбталған дифтерия анатоксині АС – адсорбталған сіреспе анатоксині, К – көкжөтел 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 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: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтпұлықтар Медицинский отвод
Бір Вакцинация		12.09.05	0,5	0342	V-Tb	нет	нет	нет
	V, 24.11.05		05	V5C423		нб	нб	
		23.02.06	06	Y5B52.		нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	V, 19.05.11		05	20405044	DT, D-1	нет	нет	

Паротитке қарсы екпе

Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку: Егілген жерде Местная	Медициналық қайтпұлықтар Медицинский отвод
	02.10.05	0,5	201334	нб	нб	

"Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению профилактических прививок населению" форма

Информированное согласие на проведение профилактических прививок

Я Шуранова Гаухар (ФИО (при его

лық қайтпұлықтар
дицинский отвод

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	Медициналық қайтпұлықтар Медицинский отвод
Бір Вакцинация	V,	02.10.05	0,5	e3435	пив	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	V2	22.01.06	06	L75274	пе	нб	нб	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____ Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

Карта балаңы есепке алынған балалар емдеу-профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады
Қалалар (аудандар) көлемінде карта балаңы есепке қойылған ұйымға жіберіледі
Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ДЛП) при взятии ребенка на учет.
В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта ұйымда қалады.
Карта остается в организации