

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____
Кичинева Айна Бауржановна

ИИН _____

Дата рождения 10.12.2023

Пол жен

Пол жен
Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) г. Москва, ул. ... д. ... кв. ...

Домашний адрес (или адрес организации) _____
Адрес орг. № - 2-10

Сведения о законных представителях:

Сведения о законных представителях:
 №: Дариева Мисеру Туррамовна
Башаржан-Курмибеков

м: Фаридова Мамруда
п: Ишзенов Бауыржан Куромбекович

Поликлиника прикрепления 700 Мир monthly

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) 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

**Сведения санитарно-курортном (и приравненном к нему)
лечении**

[illegible]

**Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный
год**

[illegible]

Сведение о профилактических осмотрах за последний календарный год

Параметры	Сведение о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	14.07.2025г
Рост	81 см
Вес	11 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здорова
Группа здоровья	I
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	Продолжить занятия



При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка

Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК
	Э	

**Жоспарланган тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері
5-7 жаста (мектепке барар алдында)**

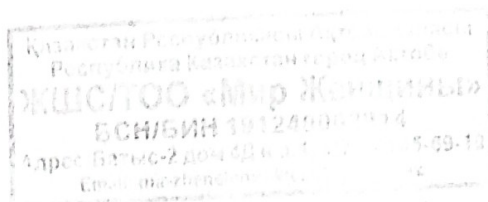
**Данные плановых углубленных медицинских осмотров
в возрасте 5-7 лет (перед школой)**

Параметрлері	5 жаста	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста)	Мектепке барар алдында
Тексеру күні/Дата обследования	14.07.2015		
Баланың жасы/Возраст ребенка	1г 7 ме		
Бойы /Рост	81 см		
Салмағы/Вес	11 кг		
Шағымы/Жалобы	кем		
Мамандардың тексеруі/Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург ортопед			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог			
Стоматолог			
Өзге де мамандар/Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс анализы)	ОАК ОАМ ИОА		
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз			
Заключительный диагноз			
Табиғи дамуын бағалау/Оценка физического развития	нормальное		

Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития	НПР по возрасту		
Денсаулық тобы/Группа здоровья	2		
Дене шынықтыруымен айналысатын топ			
Медицинская группа для занятий физкультурой	основная		
Спорттық балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар Рекомендации к занятиям спортом, бальными или спортивными танцами	Спорттың түрі (көрсетілеі н) Вид спорта (указать)	Айғақталған/шектелген / қарсы айғақталған (астың сызу керек) Показано/ограничено/ противопоказано (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (саулығу,режим,тамақтану,шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімінің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержание образование	Бәседе по ЗОР		
Қолы/Подпись			

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

Зерттеулердің түрлері қан, несеп, нәжіс және басқалар Вид исследования крови, мочи, кала	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	14.07.2025	НБ - 720 г/л
ОАМ		2 - 7 СОЭ - 5 мм/с
Нәжіс зерт		Визуально отриц.



Этапный эпикриз

Ребенок от 1 беременности. Вес при рождении 3850 г рост 56 см.

Рос и развивался по возрасту. Осмотрен узкими специалистами. Привит по календарю. На «Д» учете не состоит. Состояние

удовлетворительное. Кожа чистая, зев спокоен.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий,

безболезненный. Сон и аппетит не нарушен.

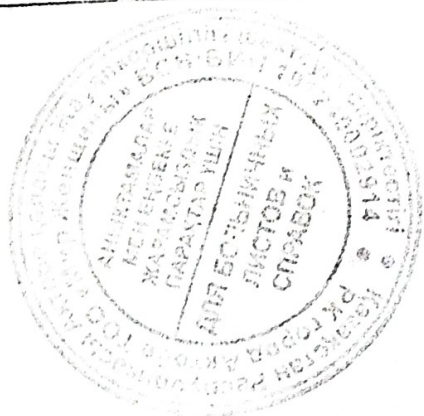
Стул и диурез в норме.

Эпид окружение чистое.

Группа здоровья «Д» I гр

Диагноз: Здоров(а)

Вр. Айбергенова Ж.Н



*ЖДУ посещения
может*



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі Министерства здравоохранения Республики Казахстан	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО 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 _____

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Құрмашбекова Аиша Бақыртқызы

2. Дата рождения 10.12.2023г

3. ИИН (индивидуальный идентификационный но.) _____

4. Домашний адрес: населенный пункт Ақмола улица Алматы с/р/о

5. Дом 8 корпус 2 квартира 10

Отметки о перемене адреса 87023726536 н.

Прививки против туберкулеза

Туберкулезные пробы		Дата рождения	Дата	Дозы	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
Дата	Результат					
		Вакцинация		26.01.24г 005	1637	1м - по плану В.ч. - не отвод
		Ревакцинация				12м - 4мм

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
	15.07.25	X31473V		15.10.25	X31473V			
	15.09.25	VOC431						

Прививка против, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	15.07.25	05	X31473V	гемонекс		нб	нб	
	15.09.25	05	VOC431	пеллор		нб	нб	
	15.10.25	05	X31473V	гемонекс		нб	нб	
Ревакцинация								

*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

Прививка против вирусного гепатита В

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	✓ ₁							
	✓ ₂	15.09.85	0,5					
	✓ ₃	15.10.85	0,5	Х 314731	ВГВ	нб	нб	
Ревакцинация								

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	✓ ₁	15.07.85	0,5	КА 9269	превено	нб	нб	
Ревакцинация		15.09.85	0,5	КА 9260	прев. мек	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

Талан профилактических прививок
ребенка: Курчибекова Аина

- 1 V2 пентаксим - 15.08.2025 +
- 2 V3 гексакиел - 15.09.2025 +
3. V ККП + V4 полиомикс - 15.10.2025
- 4 V1 БГА - 10.12.2025
- 5 V2 БГА - 10.06.2026
- 6 RV, АКЖ - 15.09.2026



Бр подпист:
Айбергенова М. К





Республика Казахстан
ЖШС/ТОО «Мир Женщины»
БСН/БИН 191240002914
Адрес Батыс-2 дом 4Д н.п.1 8(7132) 45-69-19
Email: mir-zhenshiny.aktobe@yandex.kz

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30-қаңтардағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
еңсә қалы медициналық қаттыға

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30-сентября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/уЮ

СПРАВКА о состоянии здоровья №462

Дата выдачи 10.09.2025г

Ұйымның атауы Наименование организации

Ф.И.О. Құрышбекова Айна Бауыржанқызы

ИИН 231210851124

Туған күні Дата рождения 10.12..2023

1. Мекенжайы (Адрес)

РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: г.Актобе Алтын Орда 8 г к2 кв10

2. Медицинское заключение: Здоров

Эпид окружение чистое

3. Рекомендации (при необходимости)

посещать может.

4. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего

Врач Айбергенова Ж.Н

(Печать)