

Форма № 052-2/у
"Паспорт здоровья ребенка"

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Курмибекова Айна Бауржановна

ИНН _____

Дата рождения 10.12.2023

Пол жен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Алматы ода 8^{кв} - 2-10

Сведения о законных представителях:

м: Фариева Менсир Туржановна

п: Ишмухамбетов Бауржан Курмибекович

Поликлиника прикрепления ТОО Мир семьи

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)	Здоров
Группа здоровья	
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	Питье, кривизна



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)

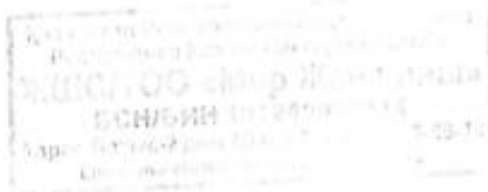
Данные плановых углубленных медицинских осмотров
в возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметрлері	5 жаста	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста)	Мектепке барар алдында
Тексеру күні/Дата обследования	14.07.25		
Баланың жасы/Возраст ребенка	1;7 ме		
Бойы /Рост	81 см		
Салмағы/Вес	11 кг		
Шағымы/Жалобы	Нем		
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 анализі)	ОАК ОАМ Им		
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз			
Заключительный диагноз			
Табиғи дамуын бағалау/Оценка физического развития	нормальное		

Жүйке психикалық дамуын бағалу Оценка нервно-психического развития	НПР по возрасту	
Денсаулық тобы/Группа здоровья	I	
Дене шынықтырумен айналысатын топ		
Медицинская группа для занятий физкультурой	основная	
Спорттық балдык 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	Басқа по 30 ж	
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	НВ - 920 г/л
ОАМ		2 - 7 СДВ - 5 мм/л
Иол и з елг		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



*ЗДУ посещение
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) Құрманбекова Аиша Бақыртқызы

2. Дата рождения 10.12.2023г

3. ИИН (индивидуальный идентификационный номер) _____

4. Домашний адрес: населенный пункт Ақмола улица Алишан орда

5. Дом 8^ғ корпус 2 квартира 10

Отметки о перемене адреса 87023726586 м.

Прививки против туберкулеза

Туберкулезные пробы		Дата рождения	Дата	Дозы	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
Дата	Результат					
		Вакцинация		26.01.24г 005	1637	1 м - по плану 3 м - по плану
		Ревакцинация				6 мр - 4 м 12 мр - 4 м

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
	V ₁ 15.07.25	X31473V		0.10.25	X31473V			
	15.09.25	V0C431						

Прививка против, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация		V ₁ 15.07.25	05	X31473V	геморрагия	н/б	н/б	
		V ₂ 15.09.25	05	V0C431	пеллагра	н/б	н/б	
		V ₃ 15.10.25	05	X31473V	геморрагия	н/б	н/б	
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	8314731	ВГВ	чб	чб	
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

ПКВ

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	✓ ₁	15.07.85	0,5	КА9269	превено	чб	чб	
Ревакцинация		15.09.85	0,5	КА9260	пнев.мог	чб	чб	

Дата снятия с учета _____

Подпись _____

Причина _____

Карта заводится 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.

Тізім профилактикалық прививок кейіпке: Курчибекова Айна

- 1 V2 пентаксим - 15.08.2025 +
- 2 V3 гексаксен - 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 педиастр:
Сибирякова М. К.





ЖШС/ТОО «Мир Женщины»
Республика Казахстан город Актобе
БСН/БИН 101240002914
Адрес: Батыс-2 дом 4Д п.п.1. 51/102145-69-14
Email: mir-zhenitsiny@yandex.kz

Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің медициналық
2020 жылғы "30" қазандығы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/н
ғымен медициналық документтер

Медицинская документация формы № 027/у утверждена приказом исполнения
обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября
2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у Ю

СПРАВКА о состоянии здоровья №462

Дата выдачи 10.09.2023г

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 маму.

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

Врач Айбергенова Ж.Н

(Печать)