



1. Общие положения

ИИН

Дата рождения 29 апреля 2003

Пол *жм*

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления

Група крви _____ 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

[illegible]

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/ нет) <u>нет</u>				
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 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача
от	до			

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в 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 № ҚР 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	30.05.20
Рост	88 см
Вес	18 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	I группа
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендация	рекомендуется

* При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику для места 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

1. перепиши - зроби

2 серия компьютер

3 ref J8240

4 Октябрьское

5. Неліктен - жылы ж

6  02-03-2019



1

Эпикриз в ДДУ, школу.

Дата _____

ФИО Ильина Ирина З
Вес 43 кг
Рост 178 см

Ребенок от 10 доношенной беременности, 11 срочны родов. Родился весом 3600 рост 57 см, крик сразу. П-новорожденности без особенностей. Растет и развивается соответственно возрасту. От сверстников не отстает

Привит. согласно плану, по плану Наследственности и алергоанамнез не отягощен.

На «Д» учете не состоит, состоит Д/з Зубова
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 Зубова
Группа зд. 1
Физ.разв. норм
Физ.гр. активная

Рекомендовано:

1. Режим
2. Сбалансированное питание.
3. Витаминотерапия
4. профилактика простудных заб.





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

Ұйымның атауы Наименование организации ТОО Мц «Элеос»

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

3. Туған күні (Дата рождения):

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыубинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА:

5. Медицинское заключение:

6. Рекомендации (при необходимости):

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:



Handwritten signature