

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министірілігі Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

*Говар Аман
пр/мел мед*

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің
2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген
№ 065/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 065/у

Утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

КАРТА

профилактических прививок

20*23* года " " взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) *Жайылетова Айша*

2. Дата рождения *26.01.2023.*

3. Индивидуальный идентификационный номер *ИИН: 230126655059.*

4. Домашний адрес: населенный пункт улица *Победа*

Дом *2* корпус *18* квартира *18.*

Отметки о перемене адрес *ИИН 764-87*

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		вакцинация		<i>2001.28.01.00448091</i>			<i>30.11.23 илден туберкулез</i>
		ревакцинация					<i>илден туберкулез илден туберкулез илден туберкулез</i>

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
<i>14.24/11/23</i>	<i>0,5</i>	<i>U3m246</i>	<i>10б</i>	<i>10б</i>	<i>10б</i>	<i>1</i>	<i>02.10.23</i>	<i>2мел. рел</i>
<i>15.11/11/24</i>	<i>0,5</i>	<i>100471</i>	<i>10б</i>	<i>10б</i>				
<i>16.11.24</i>	<i>0,5</i>	<i>130461</i>	<i>10б</i>	<i>10б</i>				

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация		<i>14.24/11/23</i>	<i>0,5</i>	<i>U3m246</i>	<i>гексаксим.</i>	<i>10б</i>	<i>10б</i>	
		<i>15.11/11/24</i>	<i>0,5</i>	<i>100471</i>	<i>гексаксим.</i>	<i>10б</i>	<i>10б</i>	
		<i>16.11.24</i>	<i>0,5</i>	<i>130461</i>	<i>гексаксим.</i>	<i>10б</i>	<i>10б</i>	
Ревакцинация		<i>11/25</i>						

* 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

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация		V ₁						
		V ₁ 28/III-23 0,5		V3N248	гексаваксин			
		V ₃ 27.IV.24 0,5	K3C461	гексаваксин		нб	нб	
Ревакцинация		V ₁ 14.V.25 0,5	202309013	ВМ, А'		нб	нб	

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
10.И.	28/IV-23	0,5	0132N0716	нб	нб	
20.И.	14.V.25	0,5	0133N062B	нб	нб	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
10.И.	28/IV-23	0,5	0132N0716			
V ₁	14.V.25	0,5	0133N062B			

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация		V ₁ 24/IV-23 0,5		BA 2168	пнев V ₁	нб	нб	
		V ₂ 27.IV.24 0,5	KP3361	превасар		нб	нб	
		V ₃ 28.IV.24 0,5	KP9160	превасар		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.