

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрлігі  
Министерство здравоохранения  
Республики Казахстан

Ұйымның атауы  
Наименование организации  
Актобе ГП на ПХВ № 4  
«Ақтөбе қалалық емхана»  
Мемлекеттік коммуналдық  
кәсіпорыны

№ 10 уч

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

медициналық құжаттама  
Медицинская документация  
Форма № 065 / у  
Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан «30» октября 2020 г. № 175

Профилактикалық екпелердің  
КАРТАСЫ  
КАРТА  
Профилактических прививок

20 23 жылғы (года) « 23 » VI есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы \_\_\_\_\_  
(для организованных детей наименование детского учреждения) \_\_\_\_\_

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя отчество) Бекжан Фатима  
2. Туған күні (Дата рождения) 18.11.23  
3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) \_\_\_\_\_ көшесі  
(улица) А. Молдагулова \_\_\_\_\_ корпус 13 пәтер (квартира) \_\_\_\_\_  
Мекен-жайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) \_\_\_\_\_

Туберкулез ауруына қарсы екпе  
Прививка против туберкулеза

| Туберкулез сынамалары<br>Туберкулезные пробы |                       |                           | Туған жылы<br>Дата рожд. | Күні<br>Дата    | Дозасы<br>Доза | Сериясы<br>Серия | Медициналық<br>қайшылықтар (күні, себебі)<br>Медицинский отвод<br>(дата, причина) |
|----------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|----------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| күні<br>дата                                 | нәтижесі<br>результат |                           |                          |                 |                |                  |                                                                                   |
|                                              |                       | егу<br>вакцинация         | <u>3-ші</u>              | <u>20.11.23</u> | <u>0,05</u>    | <u>03716091</u>  | <u>түсіне -</u>                                                                   |
|                                              |                       | қайта егу<br>ревакцинация |                          |                 |                |                  | <u>түсіне -</u>                                                                   |

Полиомиелитке қарсы екпе  
Прививка против полиомиелита

| Туған жылы<br>Дата рожд. | Күні<br>Дата | Сериясы<br>Серия | Жасы<br>Возраст | Күні<br>Дата | Сериясы<br>Серия | Жасы<br>Возраст | Күні<br>Дата | Сериясы<br>Серия |
|--------------------------|--------------|------------------|-----------------|--------------|------------------|-----------------|--------------|------------------|
|                          |              |                  |                 |              |                  |                 |              |                  |
|                          |              |                  |                 |              |                  |                 |              |                  |

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе  
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка\*

|                           | Туған<br>жылы<br>Дата рожд. | Күні<br>Дата | Дозасы<br>Доза | Сериясы<br>Серия | Препараттың<br>атауы<br>Наименование<br>препарата | Екпеге дене реакциясы<br>Реакция на прививку |                             | Медициналық<br>қайшылықтар<br>Медицинский<br>отвод |
|---------------------------|-----------------------------|--------------|----------------|------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|
|                           |                             |              |                |                  |                                                   | Жалпы (Т*)<br>Общая (Т*)                     | Егілген<br>жерде<br>Местная |                                                    |
| Егу<br>Вакцинация         |                             |              |                |                  |                                                   |                                              |                             |                                                    |
|                           |                             |              |                |                  |                                                   |                                              |                             |                                                    |
| Қайта егу<br>Ревакцинация |                             |              |                |                  |                                                   |                                              |                             |                                                    |
|                           |                             |              |                |                  |                                                   |                                              |                             |                                                    |

\* Препараттар мына өріттермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия - сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған.

АД - адсорбтелген дифтерия анатоксині, АС - адсорбтелген 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<br>Дата рожд. | Күні<br>Дата | Дозасы<br>Доза | Сериясы<br>Серия | Препараттың атауы<br>Наименование препарата | Екпеге дене реакциясы<br>Реакция на прививку |                          | Медициналық қайшылықтар<br>Медицинский отвод |
|---------------------------|--------------------------|--------------|----------------|------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|
|                           |                          |              |                |                  |                                             | Жалпы (Т*)<br>Общая (Т*)                     | Егілген жерде<br>Местная |                                              |
| Егу<br>Вакцинация         | 09.11.88                 | 18.11.88     | 0,5            | 03410004с        | ГВ,                                         | кб                                           | кб                       |                                              |
| Қайта егу<br>Ревакцинация |                          |              |                |                  |                                             |                                              |                          |                                              |
|                           |                          |              |                |                  |                                             |                                              |                          |                                              |
|                           |                          |              |                |                  |                                             |                                              |                          |                                              |
|                           |                          |              |                |                  |                                             |                                              |                          |                                              |

### Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

| Туған жылы<br>Дата рожд. | Күні<br>Дата | Дозасы<br>Доза | Сериясы<br>Серия | Екпеге дене реакциясы<br>Реакция на прививку |                          | Медициналық қайшылықтар<br>Медицинский отвод |
|--------------------------|--------------|----------------|------------------|----------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|
|                          |              |                |                  | Жалпы (Т*)<br>Общая (Т*)                     | Егілген жерде<br>Местная |                                              |
|                          |              |                |                  |                                              |                          |                                              |
|                          |              |                |                  |                                              |                          |                                              |
|                          |              |                |                  |                                              |                          |                                              |
|                          |              |                |                  |                                              |                          |                                              |

### Қызылшаға қарсы екпе Прививка против кори

| Туған жылы<br>Дата рожд. | Күні<br>Дата | Дозасы<br>Доза | Сериясы<br>Серия | Екпеге дене серпілісі<br>Реакция на прививку |                          | Медициналық қайшылықтар<br>(күні, себебі)<br>Медицинский отвод<br>(дата, причина) |
|--------------------------|--------------|----------------|------------------|----------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|                          |              |                |                  | Жалпы (Т*)<br>Общая (Т*)                     | Егілген жерде<br>Местная |                                                                                   |
|                          |              |                |                  |                                              |                          |                                                                                   |
|                          |              |                |                  |                                              |                          |                                                                                   |
|                          |              |                |                  |                                              |                          |                                                                                   |
|                          |              |                |                  |                                              |                          |                                                                                   |

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

|                           | Туған жылы<br>Дата рожд. | Күні<br>Дата | Дозасы<br>Доза | Сериясы<br>Серия | Препараттың атауы<br>Наименование препарата | Екпеге дене реакциясы<br>Реакция на прививку |                          | Медициналық қайшылықтар<br>(күні, себебі)<br>Медицинский отвод<br>(дата, причина) |
|---------------------------|--------------------------|--------------|----------------|------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|                           |                          |              |                |                  |                                             | Жалпы (Т*)<br>Общая (Т*)                     | Егілген жерде<br>Местная |                                                                                   |
| Егу<br>Вакцинация         |                          |              |                |                  |                                             |                                              |                          |                                                                                   |
| Қайта егу<br>Ревакцинация |                          |              |                |                  |                                             |                                              |                          |                                                                                   |
|                           |                          |              |                |                  |                                             |                                              |                          |                                                                                   |
|                           |                          |              |                |                  |                                             |                                              |                          |                                                                                   |
|                           |                          |              |                |                  |                                             |                                              |                          |                                                                                   |

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

Себебі (Причина) \_\_\_\_\_

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу – профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады.  
Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі. Карта ұйымда қалады.  
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.

22.06.2023 09:28

Усть-Каменогорск  
 Республика  
 ь : сақтау министрлігі  
 ьстерство здравоохранения  
 еспублики Казахстан

Ұйымның атауы  
 Наименование организации  
 Государственное коммунальное предприятие "Областной  
 перинатальный центр" на праве хозяйственного ведения  
 Государственное учреждение Управление здравоохранения  
 Актюбинской области

Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан КОШІРМЕ  
 ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ 6058-

из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного

Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление  
 здравоохранения Актюбинской области

Кошірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес организации куда направляется выписка)

|                | Мать                | Отец | Ребенок |
|----------------|---------------------|------|---------|
| Группа крови   | A(II) Вторая        |      |         |
| Резус - фактор | Rh(+) Положительный |      |         |

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество  
 больного)

2. Туган күні (Дата рождения)

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)

4. Жұмыс орны және лауазымы (Место работы и должность)

5. Күндері: а) амбулатория бойынша: сырқаттары (Даты: а) по  
 амбулатории: заболевания)

б) стационар бойынша: түсуі (по стационару: поступления)  
 шығуы (выбытия)

6. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)  
 (Z38.0) Один ребенок, рожденный в стационаре  
 (Значение диагноза (заключительный диагноз):

7. Қысқаша анамнез, диагностикалық зерттеулер, ауру ағымы, жүргізілген ем, жолданғандағы, шыққандағы жағдайы (Краткий анамнез, диагностические исследования,  
 течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке)

Анамнез жизни

Роды: Патологические, при сроке беременности 39 недель, Кровопотеря в родах (мл): 400

Дата родов: 18.06.2023 09:31

Пол: Женский

Вес: 2900 г. Рост: 52 см.

Через 1 мин.: 9 / Через 5 мин.: 10 / Через 10 мин.: Не указано / Оценка по шкале Апгар

Доношенный

Аллергологический анамнез

не известен

Объективные данные

Состояние ребенка удовлетворительное. Грудь матери сосал активно. Голова округлая. БР 1,5 x 1,5 см, спокоен. Кожные покровы розовые, сухие,  
 чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита достаточно. Видимые слизистые розовые, чистые. Грудная клетка цилиндрической формы, в акте  
 дыхания участвует симметрично. Дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД-48 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов  
 нет. ЧСС-148 в мин. Живот мягкий, перистальтика +. Печень и селезенка не увеличены. Пупочный остаток влажный, под скобой. Ребенок

женского пола, б/о. Анус имеется. Тазобедренные суставы б/о.  
 Сознание ясное. Крик громкий. Положение активное. Тонус мышц сохранен. Рефлексы новорожденного вызываются

Диагноз: Период адаптации.

Лабораторно-диагностические исследования  
 б/о

Инструментальные исследования  
 Пульсоксиметрия (18.06.2023 12:25)

Заключение:

норма

Аудиологический скрининг  
 (19.06.2023 00:00)

Заключение:

в норме

19.06.2023, ФКУ

Консультации специалистов

Проведенное лечение

Диета: Исключительно грудное вскармливание Режим: За - свободный

Дәрі-дәрмектерді тағайындау (Назначенные медикаменты):

Амри-К (10 мг/мл, 1 мл, Раствор для внутримышечного введения) (0.1 мг Внутримышечно) (1 р/д. 1 д.)

Вакцина против вирусного гепатита В (ВГВ):

Приказ от 21 сентября 2023 года №  
150 Приложение 3  
к Санитарным правилам  
"Санитарно-эпидемиологические  
требования к организации  
и проведению профилактических  
прививок населению"

форма

Информированный отказ от проведения профилактических прививок

Я Ишмуратова Султан Аманжолбековна  
(ФИО (при его наличии) прививаемого лица или родителя (законного представителя)  
несовершеннолетнего)

Отказываюсь от получения профилактической прививки:

АК БДС + ХИБ + ИПВ + V<sub>2</sub> ВРВ + V<sub>1</sub> АКВ + Тигр КПК  
(наименование вакцины или других иммунологических лекарственных препаратов  
(иммунобиологических лекарственных препаратов))

Деканов Фатиме Ермековна  
(ФИО, дата рождения лица, которому рекомендована вакцина или другие  
иммунологические лекарственные препараты  
(иммунобиологические лекарственные препараты))

и подтверждаю, что проинформирован (а) о важности проведения профилактической  
прививки и последствиях отказа от профилактических прививок.

Причины отказа (отметить):

- 1) религиозные;
- 2) личные убеждения; до года (до моего роддома)
- 3) негативная информация в средствах массовой информации,  
социальных сетях и других интернет ресурсах;
- 4) побочная реакция на предыдущую дозу вакцины или другие иммунологические  
лекарственные препараты (иммунобиологические лекарственные препараты);
- 5) другие (указать) \_\_\_\_\_.

Дата "20" сентября 2023 года

Подпись Ишмуратова Султан  
(прививаемого лица или родителя (законного представителя) несовершеннолетнего)



Приложение 4  
к Санитарным правилам  
"Санитарно-эпидемиологические  
требования к организации  
и проведению профилактических  
прививок населению"

Вопросник для медицинских работников по опросу прививаемого лица или его родителей, или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном гражданским законодательством Республики Казахстан перед проведением профилактической прививки

|                                                                        | Вопросы                                                                                                                                                                                         | Да и (или)<br>нет |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Основные вопросы                                                       | Общее состояние прививаемого лица (ребенка)? Наличие острого заболевания?                                                                                                                       |                   |
|                                                                        | Наличие аллергии на какие-либо лекарства, продукты питания или вакцины?                                                                                                                         |                   |
|                                                                        | Были ли серьезные реакции на введение какой-либо вакцины в прошлом?                                                                                                                             |                   |
|                                                                        | Наблюдались ли судороги или патологии головного мозга и нервной системы?                                                                                                                        |                   |
|                                                                        | Состоит ли прививаемое лицо (ребенок) на диспансерном учете?                                                                                                                                    |                   |
|                                                                        | Наличие астмы, заболеваний легких, сердца, почек, метаболических заболеваний (диабет)?                                                                                                          |                   |
|                                                                        | Переболел ли коронавирусной инфекцией? Когда?                                                                                                                                                   |                   |
|                                                                        | Наличие контакта с инфекционным больным, в том числе с больным коронавирусной инфекцией, в течение последних 14 дней                                                                            |                   |
| Дополнительные вопросы для детей в возрасте от 3 до 6 лет              | Были ли проведены диагностические мероприятия по выявлению расстройств аутистического спектра?                                                                                                  |                   |
|                                                                        | Реагирует ли ребенок на прикосновения и объятия?                                                                                                                                                |                   |
|                                                                        | Смотрит ли ребенок в ту же сторону, что и родитель (лицо, ухаживающее за ребенком), когда он пытается привлечь внимание ребенка к чему-то интересному? ("указательный жест")                    |                   |
|                                                                        | Смотрит ли ребенок Вам в глаза, когда вы с ним общаетесь? Поддерживает ли ребенок зрительный контакт?                                                                                           |                   |
|                                                                        | Ждет ли поощрения? Выражает ли ребенок впечатления от совместной игры, от новых игрушек?                                                                                                        |                   |
|                                                                        | Проявляет ли ребенок интерес к игрушкам? Интересна ли совместная игра с другими детьми, стремится ли ребенок к совместной игре с другими? Играет ли он с игрушками, имитируя действия взрослых? |                   |
| Дополнительные вопросы для взрослых                                    | Наличие онкологического заболевания?                                                                                                                                                            |                   |
|                                                                        | Наличие ВИЧ-инфекции, каких-либо других проблем со стороны иммунной системы?                                                                                                                    |                   |
|                                                                        | Лечение в последние 3 месяца кортизоном, преднизолоном и другими стероидами, противоопухолевыми препаратами, прохождение лучевой терапии?                                                       |                   |
|                                                                        | Проведение иммунизации за последние 4 недели?                                                                                                                                                   |                   |
| Дополнительные вопросы для женщин                                      | Наличие беременности или вероятность наступления беременности в течение следующего месяца?                                                                                                      |                   |
|                                                                        | Нахождение в периоде грудного вскармливания                                                                                                                                                     |                   |
| Дополнительные сведения, которые по мнению врача являются необходимыми |                                                                                                                                                                                                 | Скачать           |

Приказ от 21 сентября 2023 года №150  
Приложение 3к  
Санитарным правилам "Санитарно-эпидемиологические

требования к организации и проведению профилактических прививок  
населению" форма

информированный отказ от проведения профилактических прививок  
Я Иванов Иван Иванович С.В.  
ФИО (при его наличии) прививаемого лица или родителя (законного  
представителя несовершеннолетнего)

ткзываюсь от получения профилактической прививки:  
КДС + ДТ + ИПВ + КПК + ОПВ

наименование вакцины или других иммунологических  
карственных препаратов (иммунологических лекарственных  
препаратов)

Иванов Иван Иванович  
ИО, дата рождения лица, которому рекомендована вакцина или  
тие (иммунологические лекарственные препараты)  
одтверждаю, что проинформирован (а) о важности проведения  
филактической

вивки и последствиях отказа от профилактических прививок.  
чины отказа (отметить):

эпигиозные;  
ичные убеждения;

гитивная информация в средствах массовой информации,  
альных сетях и других интернет ресурсах;  
бочная реакция на предыдущую дозу вакцины или другие  
нологические

ственные препараты (иммунологические лекарственные  
раты);

тие (указать) 30 " 04 " 2024 года

сь Иванов Иван Иванович  
взаимо лица или родителя (законного представителя)  
ршеннолетнего)  
85.01.2025г.

Приказ от 21 сентября 2023 года №150  
Приложение 3к

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

Информированный отказ от проведения профилактически. прививок  
Я Иванов Иван Иванович С.В.  
ФИО (при его наличии) прививаемого лица или родителя (законного

КДС + ДТ + ИПВ + КПК + ОПВ + ДТ + ИПВ + КПК + ОПВ + ДТ + ИПВ + КПК + ОПВ  
наименование вакцины или других иммунологических  
лекарственных препаратов (иммунологических лекарственных  
препаратов)

Иванов Иван Иванович  
(ФИО, дата рождения лица, которому рекомендована вакцина или  
другие (иммунологические лекарственные препараты)  
и подтверждаю, что проинформирован (а) о важности проведения  
профилактической

прививки и последствиях отказа от профилактических прививок.  
Причины отказа (отметить):

1) религиозные;

2) личные убеждения;

3) негативная информация в средствах массовой информации,  
социальных сетях и других интернет ресурсах;

4) побочная реакция на предыдущую дозу вакцины или другие  
иммунологические

лекарственные препараты (иммунологические лекарственные  
препараты);

5) другие (указать) 30 " 03 " 2025 года

Дата 03 " 03 " 2025 года  
Подпись Иванов Иван Иванович  
(прививаемого лица или родителя (законного представителя)  
несовершеннолетнего)

85.01.2026 года

Вопросник для медицинских работников по опросу прививаемого лица или его родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном гражданским законодательством Республики Казахстан перед проведением профилактической прививки

https://report.dmed.kz/Report?uid=324082cb-5e17-436d-94e3-f8a1cc2337e

| Категория                                                              | Вопросы                                                                                                                                                                                         | Да | Нет |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Обязательные вопросы                                                   | Общее состояние прививаемого лица (ребенка)? Наличие острого заболевания?                                                                                                                       |    |     |
|                                                                        | Наличие аллергии на какие-либо лекарства, продукты питания или вакцины?                                                                                                                         |    |     |
|                                                                        | Были ли серьезные реакции на введение какой-либо вакцины в прошлом?                                                                                                                             |    |     |
|                                                                        | Наблюдались ли судороги или патологии головного мозга и нервной системы?                                                                                                                        |    |     |
|                                                                        | Состоит ли прививаемое лицо (ребенок) на диспансерном учете?                                                                                                                                    |    |     |
|                                                                        | Наличие астмы, заболеваний легких, сердца, почек, метаболических заболеваний (диабет)?                                                                                                          |    |     |
|                                                                        | Переболел ли коронавирусной инфекцией? Когда?                                                                                                                                                   |    |     |
| Дополнительные вопросы для детей в соответствии с возрастом            | Наличие контакта с инфекционным больным, в том числе с больным коронавирусной инфекцией, в течение последних 14 дней                                                                            |    |     |
|                                                                        | Были ли проведены диагностические мероприятия по выявлению расстройств аутистического спектра?                                                                                                  |    |     |
|                                                                        | Реагирует ли ребенок на прикосновения и объятия?                                                                                                                                                |    |     |
|                                                                        | Смывает ли ребенок в ту же сторону, что и родитель (лицо, ухаживающее за ребенком), когда он пытается привлечь внимание ребенка к чему-то интересному? ("указательный жест")                    |    |     |
|                                                                        | Смывает ли ребенок Вам в глаза, когда вы с ним общаетесь? Поддерживает ли ребенок зрительный контакт?                                                                                           |    |     |
|                                                                        | Ждет ли поощрения? Выражает ли ребенок впечатления от совместной игры, от новых игрушек?                                                                                                        |    |     |
|                                                                        | Проявляет ли ребенок интерес к игрушкам? Интересна ли совместная игра с другими детьми, стремится ли ребенок к совместной игре с другими? Играет ли он с игрушками, имитируя действия взрослых? |    |     |
| Дополнительные вопросы для живых вакцин                                | Наличие онкологического заболевания?                                                                                                                                                            |    |     |
|                                                                        | Наличие ВИЧ-инфекции, каких-либо других проблем со стороны иммунной системы?                                                                                                                    |    |     |
|                                                                        | Лечение в последние 3 месяца кортизоном, преднизолоном и другими стероидами, противоопухолевыми препаратами, прохождение лучевой терапии?                                                       |    |     |
|                                                                        | Проведение иммунизации за последние 4 недели?                                                                                                                                                   |    |     |
| Дополнительные сведения, которые по мнению врача являются необходимыми |                                                                                                                                                                                                 |    |     |

Приложение к приказу  
Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 19 декабря 2023 года №173

«Городская поликлиника №4»

«наличии» ребенка

«2023»

организации интернатного

40-13

ИТЯЛЖ:

«2023»

«2023»

Резус-фактор

группа

серном учете (да/нет)

учет

820-B24, F00-F99



«№4 қапалық емхана»  
мемлекеттік қолдауында  
қоспаны

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Казахстан 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

Дата выдачи 29.07.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на праве  
хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актобинской области

БЕКЖАН ФАТИМА ЕРКЕГАЛИКЫЗЫ

1. Пациенттің төгі, аты, ежесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента):

3. Туған күні (Дата рождения): 18.06.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ПРОСПЕКТ: Алии Молдагуловой, ДОМ-40, КВАРТИРА: 13

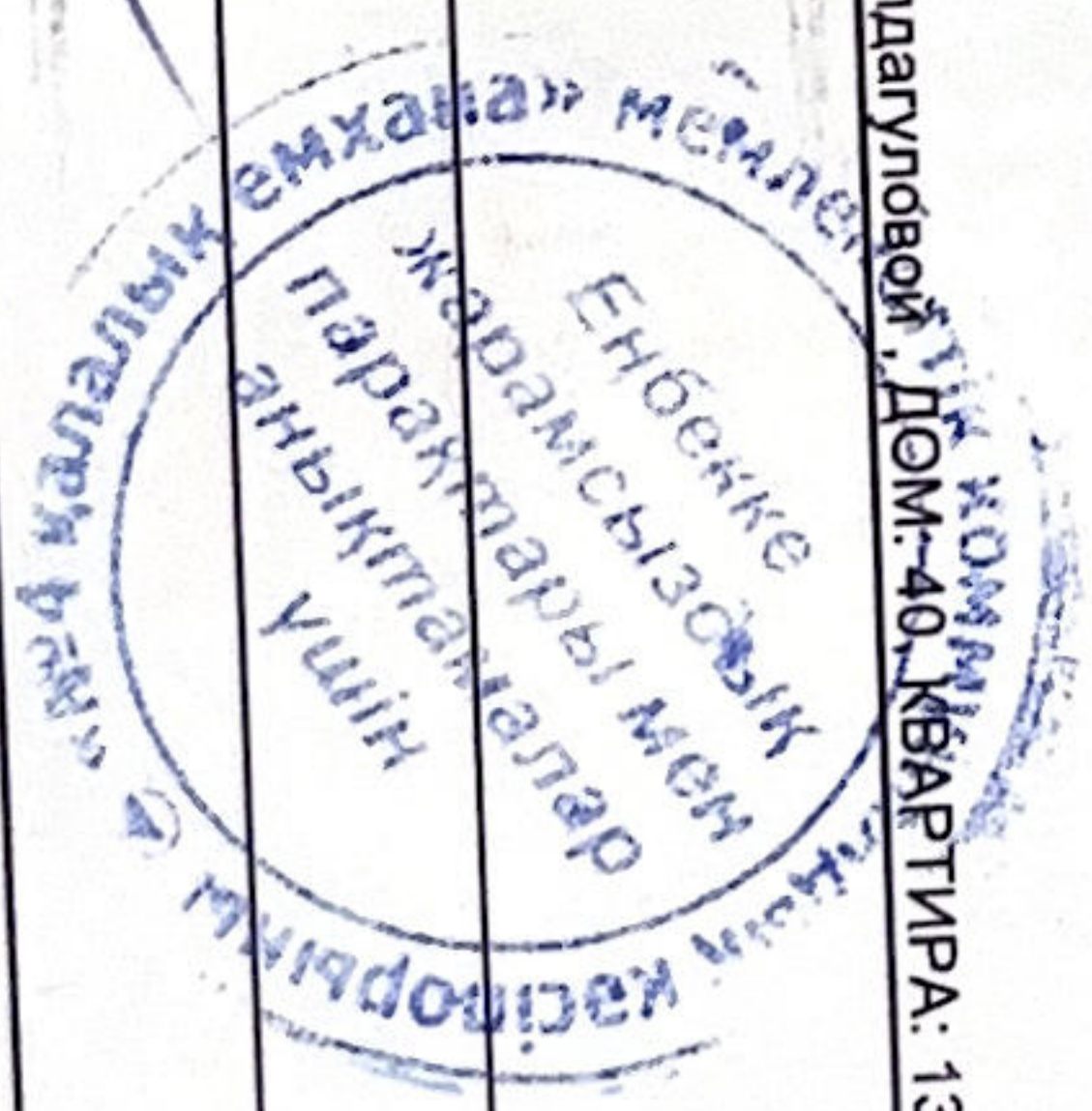
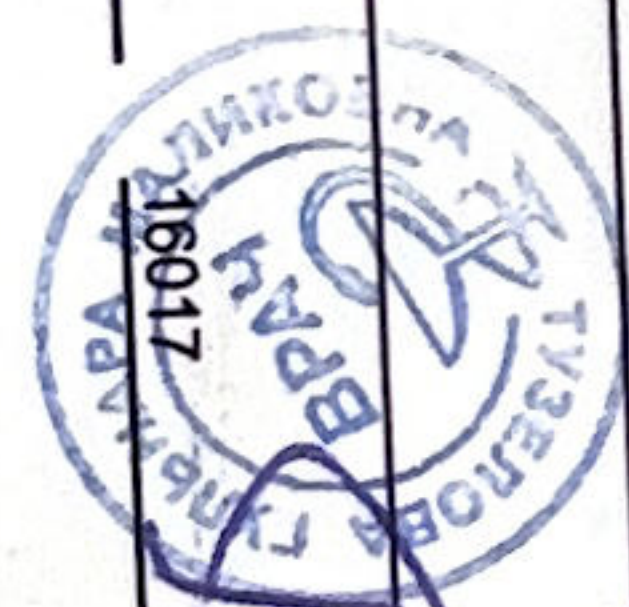
5. Медицинское заключение:

Диагноз: Здорова.  
Эпид окружение чистое.

6. Рекомендации (при необходимости):

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

ТУЗЕГОВА ГҮЛЫНАРА МАЛИКОВНА



Приложение к приказу  
Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 19 декабря 2023 года №173

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка  
Бектжан Сатмис

ИИН 2

Дата р 2023

Пол меч

Домашний адрес (или адрес организации интернатного  
типа) А. Маму. 40-13.

Сведения о законных представителях:

Маму: Иуринжамбетов С.А.  
Аманжол - Бектжанов Н.Н.

Поликлиника прикрепления 2024

Группа крови \_\_\_\_\_ 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

Месяц  
посту

проф  
месту

Дата в  
ПМПК

\* пр

