

ҚҰЖК бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО		Приказ и о Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30.10.2020 № ҚР ДСМ -175/2020 Зарегистрирован в Министерства юстиции Республики Казахстан 4.11.2020 года № 21276
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Медицинская документация Форма № 065/у	
Ұйымның атауы Наименование организации	ГП №4	

**Профилактикалық екепелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
Профилактических прививок**

20 23 жылғы (года) « 10 » 05 есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы Городская поликлиника №4
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя отчество) Бисенбай Ажар
2. Туған күні (Дата рождения) 4.05.2023
3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Тришине көшесі
(улица) _____ үй (дом) _____ корпус 46 пәтер (квартира) 4
Мекен-жайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

**Туберкулез ауруына қарсы екеп
Прививка против туберкулеза**

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация		✓			
	қайта егу ревакцинация					

**Полиомиелитке қарсы екеп
Прививка против полиомиелита**

Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия

**Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екеп
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка***

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

* Препараттар мына өріптермен 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 Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе Прививка против паротита

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

Қызылшаға қарсы екпе Прививка против кори

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

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

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

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____
 Қолы (Подпись) _____
 Себебі (Причина) _____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу – профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) 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.

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 Мухоморова Н. А.
(ФИО (при его наличии) прививаемого лица или родителя (законного
представителя несовершеннолетнего)

Отказываюсь от получения профилактической прививки:

от всех прививок
(наименование вакцины или других иммунологических
лекарственных препаратов (иммунобиологических лекарственных
препаратов))

Фисенко А. А.
(ФИО, дата рождения лица, которому рекомендована вакцина или
другие (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;
- 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 "15" "07" 2023 года

Подпись Н. А.

(прививаемого лица или родителя (законного представителя)
несовершеннолетнего)



«ӘІІІ ҚАЗАҚТЫҚ АМАНА»
МЕДИЦИНАЛЫҚ КОММУНАЛДЫҚ
КАСІПОРЫНЫ

Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

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 15.07.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на праве
хозяйственного владения Государственного учреждения здравоохранения Актыобинской области

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

БИСЕМБАЙ АХМАД ҚАНАТҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 04.05.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА: Гришина, ДОМ: 761 КВАРТИРА: 4

5. Медицинское заключение:

Эпид.окружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

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

КАЛЫМЫШЕВА ДИНАРА АСЫЛБЕКОВНА

16048

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

1. Общие положения

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

III

Датум

Plot

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях:

leaf: November 21 1990
on November 21 1990

Поліклініка прикріплення

Група крови

Резюме-фактор

Инвалидность (да/нет)

Грунта

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов В20-В24, F00-F99

33

2. Анамнестические сведения
Таблица 2. Аллергоанамнез

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, гиперглические заболевания

1945

LIBRARY
B
ELECTRONIC
B



Информация о состоянии здоровья и лечении

Личные данные	Имя	Пол	Дата рождения

Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и прививочном) к нему лечении

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	Профиль	Климатическая зона

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата выдачи справки	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, 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 № КР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР 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)).

№	Имя	Возраст	Пол	Профессия	Место рождения	Место жительства	Состояние	Земельный участок	Другое имущество	Семья	Замечания
1	Иванов Иван Иванович	45 лет	Муж	Рабочий	С. Ивановское	С. Ивановское	В браке	10 сот.	Дом 10 кв.	Жена Мария Ивановна, 40 лет, домохозяйка, 2 детей	
2	Петров Петр Петрович	38 лет	Муж	Кузнец	С. Петровское	С. Петровское	В браке	15 сот.	Дом 12 кв.	Жена Анна Петровна, 35 лет, домохозяйка, 3 детей	
3	Сидоров Сидор Сидорович	52 лет	Муж	Деревенский	С. Сидоровское	С. Сидоровское	В браке	8 сот.	Дом 8 кв.	Жена Елена Сидоровна, 48 лет, домохозяйка, 1 ребенок	
4	Козлов Козим Козимович	28 лет	Муж	Сельскохозяйственный	С. Козловское	С. Козловское	В браке	12 сот.	Дом 10 кв.	Жена Мария Козимовна, 25 лет, домохозяйка, 1 ребенок	
5	Васильев Василий Васильевич	60 лет	Муж	Пенсионер	С. Васильевское	С. Васильевское	В браке	5 сот.	Дом 5 кв.	Жена Анна Васильевна, 58 лет, домохозяйка, 2 детей	

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	15.07.21
Рост	162
Вес	90
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	пред
Группа здоровья	II
Медицинская группа для занятий физической культурой	Физич
Рекомендации	

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

при наличии *

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорыны

Эпикриз

Ребенок от 15 беременности, от 15 родов.

Родился(лась) с весом 3,400 кг, ростом 55 см.

Растет и развивается соответственно возрасту.

Привит от тифа.

Контакт с tbs-отрицает.

На «Д» учете не состоит.

Наследственность не отягощена.

Объективно: общее состояние удовлетворительное.

Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не

увеличены. Кожные покровы чистые, обычной

окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий,

безболезненный. Стул и диурез в норме.

D/S: здоров

Группа здоровья 1Г

НПР в норме

ФР среди

Врач: Ильминская Д.А.



Доктор
Ильминская
Д.А.
20.05.08