

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

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

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

I. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Жаманбаев Жасмин Дамис

Дата рождения 05.02.2023

Пол М

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Самалбетов 722-17

Сведения о законных представителях:

Мамы

Поликлиника прикрепления

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

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация образования среднего		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррек- ционная	Общая	Коррек- ционная	Общая	Коррек- ционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) _____					
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год диагноза	установления	Примечания

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь	7	Дифтерия	2
Коклюш		Туберкулез	
Скарлатина		Эпидемический паротит	
Брюшной тиф			
Ветряная оспа	VI 2024		
Краснуха	2		
Вирусный гепатит (А, В, С, Д)			

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация

Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном 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, имя, отчество (при его наличии) врача
от	до			

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	28.05.25
Рост	89
Вес	11
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Взрослые
Группа здоровья	1А
Медицинская группа для занятий физической культурой	-
Рекомендации	ЗОН

* 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 МКБ-10) * (код	Отметка о прохождении ПМПК

* при наличии

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлы тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері

Данные плановых углубленных медицинских осмотров

Параметрлері Параметры	2 жаста В 2 года	3 жаста В 3 года	4 жаста В 4 лет
Тексеру күні/Дата обследования	28.05.25		
Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования	22 34		
Бойы/рост	89		
Салмағы/вес	11		
Шағымы/ жалобы	Имм		
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр	✓		
Хирург ортопед			
Офтальмолог			
Оториноларинголог	Зеролев		
Невропатолог	Зеролев		
Стоматолог			
Өзге де мамандар/Другие спец.			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс)	ОАК ОАМ Иммунитет 27.05.25 ОТР		
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на я/глист)			
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз	Зеролев		
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития	Иммунитет Всех органов состоит		
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка НПР			
Денсаулық тобы Группы здоровья			
Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой			
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар Рекомендации к занятиям спортом, большими или танцами	Спорттың түрі (көрсетілісін) Вид спорта (указать)	Айғақталған/ шектелген/ қарсы айғақталған (астын сызу керек) Показано ограничено против. (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білдім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов)	Зеролев Зеролев 28.05.25		
Қолы/Подпись	Зеролев		



ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

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 О состоянии здоровья

Дата выдачи 28.05.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №6" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актыбинской области

1. ЖСН/ИИН: 230209650227

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

ЖАМАНШАЛОВА ЖАСМИН ДАНИЯРОВНА

3. Туған күні (Дата рождения): 09.02.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, ПРОСПЕКТ: Санкибай Батыра, ДОМ: 72

5. Медицинское заключение:

Прием педиатр

Дата приема: 28.05.2025

ФИО: ЖАМАНШАЛОВА ЖАСМИН ДАНИЯРОВНА

Дата рождения: 09.02.2023

Т - 36,2

Жалобы: нет

Объективные данные: Состояние ребенка удовлетворительное.

Кожные покровы чистые, без сыпи.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

Зев спокоен.

В легких везикулярное дыхание.

Хрипов нет.

ЧД 30 в мин.

COR тоны ясные, ритмичные.

ЧСС 125 в мин.

Живот мягкий, безболезненный.

Физиотоправление в норме.

Диагноз: Z27.3 Необходимость иммунизации против дифтерии-столбняка-коклюша (кдс) и полиомиелита
Z13.8 Специальное скрининговое обследование с целью выявления других уточненных болезней и состояний

Рекомендации: детсад посещать может. Эпид окружение чистое.

Лечащий врач: БОТАЙ АЙНАМКӨЗ ЖОЛБЕРГЕНҚЫЗЫ

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое.

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

БОТАЙ АЙНАМКӨЗ ЖОЛБЕРГЕНҚЫЗЫ

216993



Дата: 28.05.2025

Эпикриз

ШЖК «№6 Қалалық емхана» МКК

Ребенок от 1 беременности, от 1 родов.

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Родился(лась) с весом 3 кг, ростом 53 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит по календарю. Контакт с tbs - нет.

На «Д» учёте не состоит.

Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний: ОРЗ

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме

Диагноз: Социально-гигиенический

НПР 40% ие

ФР-основная

Группа здоровья: 2/4



Детсад посещать может

Врач:

Зав.ПМСП:

Ботай А.М.

Вручается
28.05.2025

28.05.2025

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК
ГКП «Городская поликлиника №6 на ПХР»

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы
«30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген
№ 065 / е нысанды
медициналық құжаттама
Медицинская документация
Форма № 065 / у
Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан «30» октября 2020 года № 175

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20__ жылғы (года) «__» _____ есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы _____

(для организованных детей наименование детского учреждения) _____

РПНБ.

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____

көшесі (улица) _____

корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықт (күні, себебі) Медицинский (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
19.12.25	В1 СР122	19.12.25	10.02.23	0,05	03419091	1 мес 5 мл 3 мес 5 мл
						6 мес 5 мл 12 мес рубр

Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V1	14.12.23	38501	V3	15.12.24	38501			
V2	15.12.24	11111	V4	30.12.24	230624			

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

Егу Вакцинация	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықт (күні, себебі) Медицинский (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V1	14.12.23	0,5	38501	Инсаксия	инсаксия	и	и	
V2	15.12.24	0,5	11111	Рентилон	Рентилон	и	и	

V3 15.12.24 0,5 38501 инсаксия и и
V4 28.05.25 0,5 511 Рентилон и и

Кайта егу Ревакцина ция								
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Прививка против вирусного гепатита **ВГА.**

	Туған жылы Дата рождения	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	09.01.23	9.02.23	0,5	03416	СОС ВГА			
	V ₂	14.11.23	0,5	38501	Гексавакс	и	и	
Кайта егу Ревакцинация		V ₃ 15.11.24	0,5	31551	Гексавакс	и		
	V ₁ ВГА	28.11.23	0,5	5022	ВГА	и		

Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	15.11.23	0,5	P133			
	15.11.24	0,5	P133	и	и	

Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	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	

Прививка против других инфекций **ПНВ**

	Туған жылы Дата рождения	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	V ₁	14.11.23	0,5	6082	Превенар	и	и	
Кайта егу Ревакцинация	V ₂	13.11.23	0,5	7785	Превенар	и	и	