

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 Дүйсенбі Куртис

ИИН 230215534355

Дата рождения 15.11.2023

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Заречный 4, Жетісай қ.

Сведения о законных представителях:

Мать: Еркінбеқы Әлімжан

Отец: Қасым Байтас

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 организации					
	Дополнительная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

Жоспарлы төрелдетилен медициналык тексеру мәліметтері

Дашлыг плановых углублённых медицинских осмотров

Параметрлери Параметры	3 жаста В 3 года	4 жаста В 4 года	5 жаста В 5 лет
Тексеру күні/Дата обследования	17.11.25		
Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования	22		
Бойы/Рост	83 см		
Салмагы/Вес	12 кг		
Шагымы/Жалюбы	норм		
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр	Здоров		
Хирург ортопед			
Офтальмолог			
Оториноларинголог	24.11.25 Здоров		
Невропатолог			
Стоматолог	24.11.25 Здоров		
Өге де мамандар/Другие спец.			
Зертханалык мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәзіс)	ОАМ - норм ОАМ - норм		
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на я/глист)	Ксеп не зр отпр.		
Қорытынды диагноз/Заключительный диагноз	Здоров		
Табиғи дамуын бағалау/Оценка физического развития	норм		
Жүйке психикалық дамуын бағалау/Оценка НПР	I гр		
Денсаулық тобы/Группы здоровья	II А.		
Дене пынықтырумен айналысатын медициналық топ/Медицинская группа для занятий физкультурой	основной		
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуда ұсынымдар/ Рекомендации к занятиям спортом, бальными или танцами	Спорттың түрі (көрсетілсін) Вид спорта (указать)	Айғақталған/ шектелген/ қарсы айғақталған (астың сызу керек)/Показано ограничено против. (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтау, пынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мағмынды мекемесі және басқалар)/ Рекомендации (оздоровление, режим, питание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов и др.)	О/сер посещать может		
Қолы/ Подпись			

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

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь	2	Дифтерия	2
Коклюш		Туберкулез	
Скарлатина		Эпидемический паротит	
Брюшной тиф			
Ветряная оспа	6 2023		
Краснуха			
Вирусный гепатит (А, В, С, Д)			

[illegible]

[illegible]

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

[illegible]

[illegible]

4. Данные профилактических медицинских осмотров

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год^a

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	17.11.2025
Рост	83 см
Вес	12 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров.
Группа здоровья	II В.
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная.

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



ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

КП «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 ребенка

Дата выдачи 17.09.2025 г

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

1. ЖСН/ИИН: 211003554798

2. Пациенттің тегі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Дүйсенбі Нұртілек

3. Туган күні (Дата рождения): 15.02.2023 г.

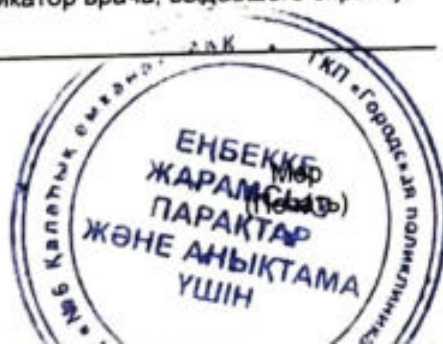
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: г. АКТОБЕ Зар 4 Жетіген 8

5. Медицинское заключение:

Жалоб нет. Диагноз: Здоров.

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид окружение чистое. Кал на я/г от 17.09.2025-отр.

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



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы «30» қазандағы №КР ДСМ -175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года №КР ДСМ -175/2020

Амб. 143 408/14

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА

профилактических прививок

20 23 жылғы (года) « 20 » 02 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) Әуісбекі Куртінек Бейжанұлы

2. Туған күні (Дата рождения) 15.02.2023

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт
көшесі (улица) _____ үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) Үй Нәміс 8
Р- 778 - 742 - 86 - 48

Туберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	<u>2023</u>	<u>17.02.2023</u>	<u>0,05</u>	<u>0341208</u>	<u>1 мес. патч</u>
	қайта егу ревакцинация					<u>3 мес. патч</u>
						<u>6 мес. патч</u>
						<u>1 год. патч</u>

Полиомиелитке қарсы екпе/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы - Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицинал қайшылықт Медицинск отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына әріптермен 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.

Варусті гепатитке қарсы екпе/Прививка против вирусного гепатита

	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	15.02.2008	15.02.08	3.05	03440050	В1'В	Н/Б		
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе/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	

Қызылшаға қарсы екпе/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	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	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								
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта белалпы 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.