

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) _____

Таблица 3. Нарастающие формы инфекционных заболеваний

Таблица 7. Профилактические осмотры

Параметры	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет
Дата обследования							
Возраст ребенка (на момент осмотра)							
Рост							
Вес							
Жалобы							
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)							
Группа здоровья							
Медицинская группа для записки физкультурно- рекреационной							

Таблица 7. Профилактические осмотры

Параметры	от 10 до 11 лет	от 11 до 12 лет	от 12 до 13 лет	от 13 до 14 лет	от 14 до 15 лет	от 15 до 16 лет	от 16 до 17 лет	от 17 до 18 лет
Дата обследования								
Возраст ребенка (на момент осмотра)								
Рост								
Вес								
Жалобы								
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)								
Группа здоровья								
Медицинская группа по результатам осмотра								
Рекомендации								

Осмотр

0025-17

Педиатр (в т.ч. ЧСС в мин. А) (3 раза)

Хирург (ортопед)

Невропатолог (в 1 год)

Отоларинголог

Офтальмолог

Логопед (с 3-х лет)

Стоматолог (ежегодно)

Другие специалисты

Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на я/гл.)

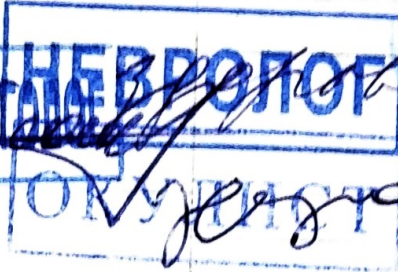
Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующие заболевания)

Оценка физического развития

Оценка нервно-психического развития

Группа здоровья

Рекомендации (кормление, режим, питание, закалывание, поступление в образовательное учреждение, социальная реабилитация, уход, профилактика, лечение, наблюдение, контроль)



ОНК норма
ОАМ норма
соскоб отриц

армет

средств

По адо
ин Гален



Врач-педиатр
Гордеев

7 VI 25

Эпиграф

мелодия

ис.

в ДДУ

ср-се

Трижды все
на Д уете не
состояли. В перво-

нах и своих
всех развешен
не об-м.

То орлом бы
каждому.

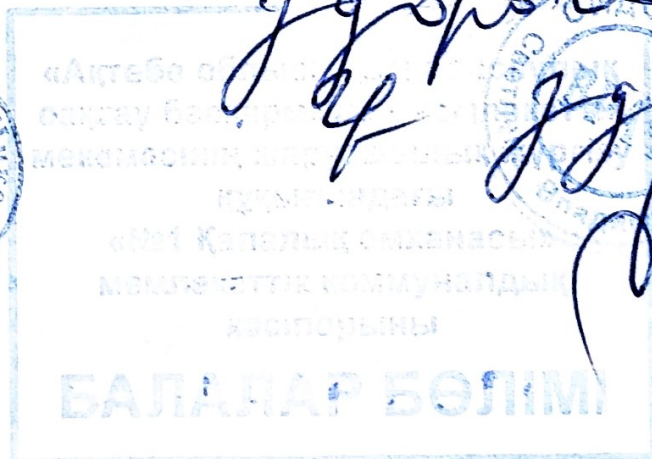
Дважды; Со мной.

здорове
4 жд-а

Допущены
в ДДУ

Балаш

5 08.06.252



5044. № 8

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрлігі Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Ұйымның атауы
Наименование организации

КУЖОЖ бойынша ұйым коды

Код организации по ОКПО

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

Медицинская документация Форма № 065/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

КАРТА

профилактических прививок

2022. года " 21. " 02. изят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения РПД 5044.

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Алима Нысана

2. Дата рождения 18.02.2022.

3. Индивидуальный идентификационный номер ИНН: 230218654030

4. Домашний адрес: населенный пункт Алаштыр улица Б-27

Дом 444 492 6565 корпус квартира

Отметки о перемене адрес

Прививка против туберкулеза

Результат	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
вакцинация	18.02.22	2.02.22	005	03416094	1 мес - доп 2 мм
ревакцинация					2 мес - доп 5 мм
					6 мес - доп 5 мм
					1 год - доп 5 мм

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V1	29.06.22	V3ESD	1 мм					
V2	1.08.22	V3ESD	2 мм					
V3	28.09.22	V3ESD	3 мм					
				V5	7.06.25	0.6	доп 5 мм	

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку Общая (Т*)	Местная	Медицинский отвод (дата, причина)
Вакцинация		V1	29.06.22	0.6	V3ESD	ид	ид	
		V2	1.08.22	0.6	V3ESD	ид	ид	
		V3	28.09.22	0.6	V3ESD	ид	ид	
Ревакцинация		R1	7.06.25	0.6	доп 5 мм			

* Препараты 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	18.02.23	18.02.23	0,5	034110038	АДН	-	-	
		V ₁ 29.06.23	0,5	V3E501V		иb	иb	
		V ₂ 28.09.23	0,5	V3E501V	иb	иb	иb	
Ревакцинация	ВГАУ	20.06.25	0,5	202405022				
	ВГАУ	05.02.26	0,5	202405022				

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V	20.02.23	0,5	013310088		иb	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V	20.02.23	0,5	013310088	иb	иb	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V ₁	29.06.23	0,5	СН2168		иb	иb	
	V ₂	28.09.23	0,5	СН2168	иb	иb	иb	
	V ₃	20.02.24	0,5	СН7785	иb	иb	иb	

Дата снятия с учета) _____

Причина _____

Подпись _____

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.



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен
нысанды медициналық қоржында

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом
обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан
2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 07.06.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника
хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН: 230218654030
2. Пациенттің төгі, аты, екеінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): АЛМАТ ШАХНАЗ ЕРЖАНҚЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 18.02.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, РАЙОН: Алгинский, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Бескоспинский, АУЛ(СЕЛО):
Кокиулы, УЛИЦА: А.Молдагулова, ДОМ: 30
5. Медицинское заключение:
здорова эпид окр чистое
6. Рекомендации (при необходимости):
здорова эпид окр чистое
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
СИДОРЕНКО СВЕТЛАНА ВЛАДИМИРОВНА

99027