

РФУ Балкан
г. Астана

Форма №952/2/у «ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Аманат Ишанбай Ержанкызы

Национальность казах.

Дата рождения 18.02.23.

Под мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Адрес: Даругина 5-27

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя

Место работы матери/законного представителя

Телефон матери/законного представителя

Ф.И.О. год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Группа крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет)

группа

Таблица 1. Маршрут доставки организации

Месяц, год поступления	Характеристики организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация высшего образования	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

Table 2. A. L. Kerp. *continued*[illegible]

Таблица 2. Характеристики для трех микрофинансовых организаций

Таблица 5. Сведения о временной нетрудоспособности (согласно форме № 035/у «Форма учета медицинских услуг») Д. А. Мухоморов, Ф. И. О. врача

Таблица 7. Дифференциальная диагностика

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)							
Длительность болезни							
Местоположение применяемых препаратов							
Формы применяемых препаратов							

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								
Заключительное и окончательное число основной и								
консультации специалиста								
Группа здоровья								
Медицинская группа								
Место жительства								
Фамилия, имя, отчество								

*при наличии

Осмотр...

0025-17

Педиатр (в т.ч. ЧСС и мин А/Д (3 раз))

Хирург (ортопед)

Невропатолог (в 1 год)

Отоларинголог

Офтальмолог

Патолог (в 1 год)

Стоматолог (ежегодно)

Другие специалисты

Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кала и др.)

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

Оценка физического развития

Психическое развитие

Прогноз

Рекомендации по лечению, уходу, питанию, социализации, воспитанию, обучению, коррекции, реабилитации и др.

Рекомендации по коррекции, реабилитации и др.

Рекомендации по коррекции, реабилитации и др.

Рекомендации по коррекции, реабилитации и др.

НЕВРОЛОГ
ОКУЛИСТ

ОНК норма
ОАМ норма
сосуды нтр
сердце
сред нт

Пока до
м. Галин
Прогноз
хороший
вызд.

7 VI 25

мелкоб. иб.

в доу

ср-се

Три в воде
не в воде не
состоят. в перво-

нах и споре
всех разл. тин
не об-т.

По орлоном бу
калоном.

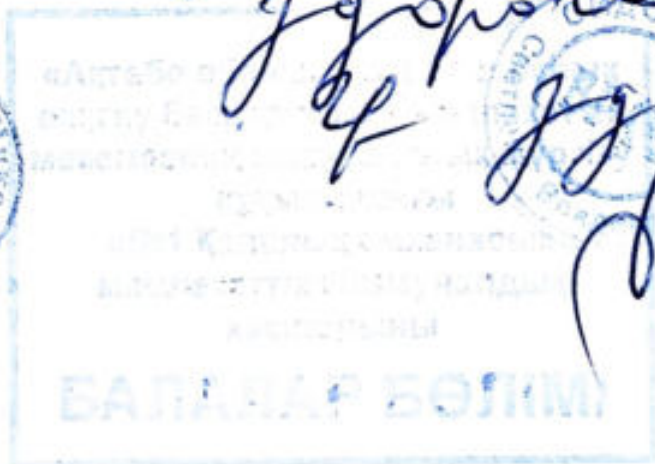
Внезакон; Со мной
здорове

4 жд-а

Допущено
в доу

Балаш

5 08.06.252



50уч. № 8

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

КУЖЖ бойынша ұйым коды

Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің
2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген
№ 065/е нысанды 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 СПДЗ 50уч.

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Алимат Нысхан

2. Дата рождения 18.02.2022г.

3. Индивидуальный идентификационный номер ИНН: 230217654030

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

Дом 444Н 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	21.02.22	005	03416094	1 мес - доп 2 мм
ревакцинация					3 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	0,5 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	0,5 мм	V3ESD	ид	ид	
		V2	1.08.22	ид	V3ESD	ид	ид	
		V3	28.09.22	ид	V3ESD	ид	ид	
Ревакцинация		R1	7.06.25	0,5 мм				

* Препараты обозначать буквами: АКДС - адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АД - 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	034110080	АДН	-	-	
		V ₁ 29.06.23	0,5	V3E501V		нб	нб	
		V ₂ 28.09.23	0,5	V3E501V	нм	нб	нб	
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	013310080		нб	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V	20.02.23	0,5	013310080	нб	нб	

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		нб	нб	
	V ₂	28.09.23	0,5	СН2168	нм	нб	нб	
	V ₃	20.02.26	0,5	СН2785	нм	нб	нб	

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 14.11.2019 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 тегі, аты, екеуінің 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: Бескостинский, АУЛ(СЕЛО):
Кокмулы, 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