

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы «30» қазан № 175 № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма №065/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

Профилактикалық екепелердің
КАРТАСЫ
КАРТА

профилактических прививок

20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ 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) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. ИИН(ЖСН) _____

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

көшесі (улица) _____ үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екеп
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					
15.08.25	28.08.2024	09.01.23	09.01.23	005	0371609	1 мес - непереносимость
15.08.25	03.26					2 мес - непереносимость
						6 мес - переносимость
						9 мес - переносимость

Полиомиелитке қарсы екеп
Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
15.08.25	28.08.2024	05	12.8.2024					
15.08.25	16.10.24	05	40.8.2024					

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

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екепке дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	15.08.25	28.08.2024	0,5	12.8.2024	адсорбированный	ад	ад	
	15.08.25	16.10.24	0,5	40.8.2024	адсорбированный	ад	ад	
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АҚДС – 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: АҚДС – 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 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	07.01.23	07.01.23	0,5	004A	ВГН ₁	н/б	н/б	
	Жу	28.08.23	0,5	128001	адирский инв			
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	
12	20.02.24	0,5	01351058A	н/б	н/б	

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	
12	20.02.24	0,5	01351058A	н/б	н/б	

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	Жу	28.08.23	0,5	6H607	превекор	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация	12	20.02.24	0,5	ВХ9430	превекор	н/б	н/б	
	12 Жу	16/02/24	0,5	117361	превекор		н/б	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

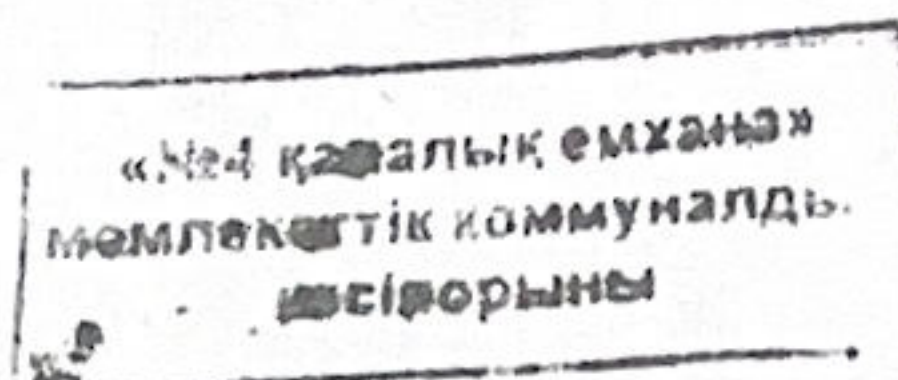
Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

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.



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 На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 06.05.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №4" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актобинской области

1. ЖСН/ИИН:

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

АМАНТАЙ АЙТӨРЕ САҒЫНДЫҚҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 07.01.2023

4. Мекенжайы (Адрес):

РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА: Сержана Жаманкулова, ДОМ: 4, КВАРТИРА: 1

5. Медицинское заключение:

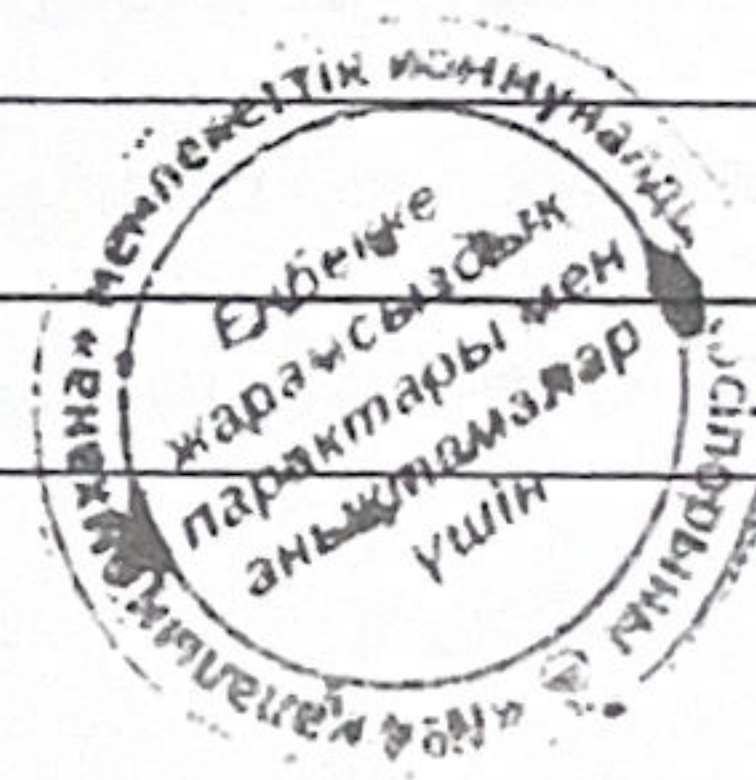
Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

эпид/окружение чистое

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

ТАПИШЕВА ЖАМИЛЯ ЕРЛАНОВНА



1. Общие положения

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

2. Анамнестические сведения
Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) <u>Атопический дерматит</u>				
Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген	Возраст начала	Год установления диагноза	Примечания
<u>пищевая аллергия</u>	<u>цельное молоко</u>	<u>в возрасте 1-2 года</u>		<u>Время</u>

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания.

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь	—	Дифтерия	—
Коклюш	—	Туберкулез	—
Скарлатина	—	Эпидемический паротит	—
Брюшной тиф	—		
Ветряная оспа	<u>2005 г.</u>		
Краснуха	—		
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

5-7 жаста (мектепке барар алдында) / В возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметрлері Параметры	5 жаста в 5 лет	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста) За 1 год до школы (в 6 лет)	Мектепке барар алдында (7 жаста) Перед школой (в 7 лет)
Тексеру күні Дата обследования			
Баланың жасы (тексерген кездегі)			
Возраст ребенка (на момент осмотра)			
Бойы / Рост			
Салмағы / Вес			
Шағымы / Жалобы			

Мамандардың тексеруі / Осмотры специалистов

Невропатолог			
Отоларинголог			
Офтальмолог			
Хирург			
Стоматолог			
Өзге де мамандар Другие специалисты			

ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЖӘНЕ ҚҰРАЛ-САЙМАНДЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР
ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Зертханалық зерттеулердің мәліметтері / Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат

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	06.05.2020 г.						
Возраст ребенка (на момент осмотра)	3 года 8 мес						
Рост	93 см						
Вес	13 кг						
Жалобы	не беспокоит. Вена						
Заключитель- ный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Врожденный порок сердца						
Группа здоровья	II Б						
Медицинская группа для занятий физкультурой	Основная						
Рекомендации	Продолжить наблюдение. ВКР, ДВУ.						



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
Дата обследования							
Возраст ребенка (на момент осмотра)							
Рост							
Вес							
Жалобы							
Заключитель- ный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)							
Группа здоровья							
Медицинская группа для занятий физкультурой							
Рекомендации							

Таблица 8. Сведения о направлении
в психолого-медико-педагогическую консультацию (ПМПК)

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

23.04.26 *стационар*
Здоров



ХИРУРГ

23.04.26. *Здоров*



ОТОЛАРИНГОЛОГ

23 04 26

Здоров



КОЗ. ПЭРИГЕР

23.04.26

Всего 100%



**КОНСУЛЬТАЦИЯ
НЕВРОЛОГА**

28/IV 26

Здоров



Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности
(согласно форме № 035/у «Форма учета медицинских услуг»).

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Ф.И.О. врача
от	до			

3. Иммунопрофилактические мероприятия согласно
форме № 065/у «Карта профилактических прививок»

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,
последнего и высшего образования»)

Приложение 2
к Санитарным правилам
Санитарно-эпидемиологические
требования к организации и
проведению профилактических
прививок населению
- форма

Информированное согласие на проведение профилактических прививок

Я Сурат Айзара

(ФИО (при его наличии) прививаемого лица или родителя (законного представителя))

Даю согласие на получение профилактической прививки

(наименование вакцины или других иммунобиологических
лекарственных препаратов) А - селсбуг

Айтор

(ФИО (при его наличии), дата рождения лица, которому вводятся вакцины и
препараты (иммунобиологические лекарственные препараты) и подтверждаю
проведения профилактической прививки, возможные осложнения и необходимость
необходимости своевременного обращения в организацию здравоохранения при
проявлении после иммунизации, выявляющих осложнения при проведении
профилактических прививок.

Дата «15» 08 2025 года Подпись

(прививаемого лица
или родителя
(законного представителя несовершеннолетнего))

Сурат

~~с 04.05.2026~~

с 29.04.2026 по 13.05.2026

по диагнозу Средней тяжести

Воздан мед. отвод на время

с 29.04.2026 по 13.05.2026

Вр: Тамашева Н.В.

