



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

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Калас Настасан Бекжанов

Дата рождения 23.02.2023 г

Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

г. Актобе, Батырис-2 дом 4Д н. 1, кв 32

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления ЖОО Мир Женщины

Группа крови — Резус-фактор —

Инвалидность (да/нет) 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

Характеристика организаций

Месяц, год поступлени я	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекци онная	Общая	Коррекцио нная	Общая	Коррекц ионная

Анамнестические сведения Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) <u>нет</u>				
Вид аллергии	Аллерген	С возраста	какого Год установления диагноза	Примечания

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания



Я О ГОСП

а до какого

Жоспарланған терендетілген медициналық тексеру мәліметтері
5-7 жаста (мектепке барар алдында)
Данные плановых углубленных медицинских осмотров
в возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметрлері	5 жаста	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста)	Мектепке барар алдында
Тексеру күні/Дата обследования			
Баланың жасы/Возраст ребенка	2 ж 4 ай		
Бойы /Рост	89 см		
Салмағы/Вес	13 кг		
Шағымы/Жалобы	кем		
Мамандардың тексеруі/Осмотры специалистов			
Педиатр			
Хирург ортопед			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог			
Стоматолог			
Өзге де мамандар/Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер(қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс анализі)	аяқ аяқ қол		
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз			
Заключительный диагноз	Здоров		
Табиғи дамуын бағалау/Оценка физического развития	нормосаппе		

Жүйке психикалық дамуын бағалу Оценка нервно-психического развития	нормо по возрасту	
Денсаулық тобы/Группа здоровья	2 гр	
Дене шынықтырумен айналысатын топ Медицинская группа для занятий физкультурой		
Спорттық балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар Рекомендации к занятиям спортом, бальными или спортивными танцами	Спорттың түрі (көрсетілсін) Вид спорта (указать)	Айғақталған/шектелген / қарсы айғақталған (астын сызу керек) Показано/ограничено/ противопоказано (подчеркнуть)
Ұсынымдар (саулығу,режим,тамақтану,шынығу, жалпы және түзету типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержание образование	Бесерік по зонам	
Қолы/Подпись	Б.И. Д.	

Зертханалық зерттеулер/Лабораторные исследования
Зертханалық зерттеулердің мәліметтері/Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері қан,несеп,нәжіс және басқалар Вид исследования крови, мочи,кала	Күні Дата	Нәтижесі Результат
АТН	02.06.25	нб - 115 ед
АТМ		СОЗ - 4 мм/х
КАМ		ЕВ - 100 мм/х
		Омреф

**Сведения санитарно-курортном (и приравненном к нему)
лечении**

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	
		Профиль	Климатическая зона

**Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный
год**

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

[Faint blue circular stamp or watermark in the bottom left corner]

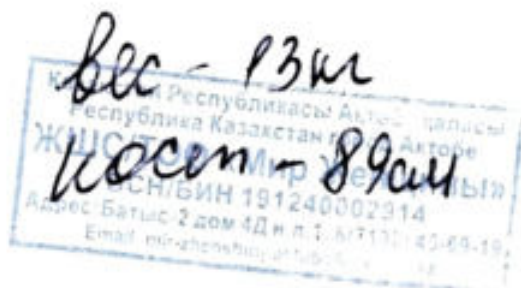
Сведение о профилактических осмотрах за последний календарный год

Параметры	Сведение о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	04.06.25
Рост	
Вес	
Заключительный диагноз(в том числе основной и сопутствующие заболевания)	
Группа здоровья	
Медицинская группа для занятий физической культурой	
Рекомендации	

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

Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию

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



Этапный эпикриз

Ребенок от III беременности. Вес при рождении 3,420 кг, рост 53 см.

Рос и развивался по возрасту. Осмотрен узкими специалистами. Привит по календарю. На «Д» учете не состоит. Состояние

удовлетворительное. Кожа чистая, зев спокоен.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В

легких везикулярное дыхание. Тоны сердца

ясные, ритмичные. Живот мягкий,

безболезненный. Сон и аппетит не нарушен.

Стул и диурез в норме.

Эпид окружение чистое.

Группа здоровья «Д» I гр

Диагноз: Здоров(а)

вр: Айбергенова Ж.Н.



Handwritten signature of Zh. N. Aibergenova



Қазақстан Республикасы Ақтөбе қаласы
Республика Казахстан город Актобе
ЖШС/ТОО «Мир Женщины»
БСН/БИН 191240002914
Адрес: Батыс-2 дом 4Д н.п.1, 8(7132) 45-69-19
Email: mir-zhenshiny.aktobe@yandex.kz

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/н
мыснды 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 16.09.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "Мир Женщины"

2. Пациенттің тегі, аты, өкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ҚАЛАС ЖАСТАЛАП БЕГЖАНҰЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 23.02.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, МИКРОРАЙОН: Батыс 2, ДОМ: 8Г/З, КВАРТИРА: 32
5. Медицинское заключение: на д.учете не состоит
6. Рекомендации (при необходимости):
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификация выдавшего справку: АЙБЕРГЕНОВА ЖАЗИРА НУРЛАНОВНА



214812



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі Министерства здравоохранения Республики Казахстан	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Ұйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы №175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама.
	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 № 175

КАРТА
профилактических прививок
2023 года «05» 15 взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения _____

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Аманжол Шамшиев

2. Дата рождения 23.02.23

3. ИИН (индивидуальный идентификационный номер) 230223550910

4. Домашний адрес: населенный пункт Батыс, улица _____

5. Дом 82 корпус 5 квартира 52

Отметки о перемене адреса 87082606538

Прививки против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Дозы	Серия	Медицинский отвод (дата, причина) 1-й раз 3-й раз
Дата	Результат						
		Вакцинация ✓	23.02.23	24.02	0,05	0349	6-й раз - 4
		Ревакцинация					12-й раз - 4

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
23.02.23	05.05.23	13N229V	6м					
V ₁	06.01.25	708491M	6м					
V ₂	12.02.25	X3C461						

Прививка против, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация V	23.02.23	02.05.23	0,5	13N229V	АКДС-М+ИД	нб	нб	
✓	V ₁	06.01.25	0,5	708491M	АКДС-М	нб	нб	
✓	V ₂	12.02.25	0,5	X3C461	АКДС-М	нб	нб	
Ревакцинация								

*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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі Министерства здравоохранения Республики Казахстан	23/11	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Ұйымның атауы Наименование организации	040124 070424	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы №175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама.
		Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 № 175

КАРТА
профилактических прививок
2023 года «05» 15 взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения _____

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Аманжол Жантөле

2. Дата рождения 23.02.23

3. ИИН (индивидуальный идентификационный номер) _____

4. Домашний адрес: населенный пункт Батпак, улица _____

5. Дом 82 корпус 5

квартира 52

Отметки о перемене адреса 870826065384

Прививки против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Дозы	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
Дата	Результат						
		Вакцинация	23.02.23	24.02	9.05	0341	14.04.23 3. и 4. руб.
		Ревакцинация					6. и 8. руб. - 4 12.4.23 - 4

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
23.02.23	02.05.23	113N229V	6.к					
V ₁	06.01.25	70P491.4	6.к					
V ₂	12.02.25	X3C461						

Прививка против, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	23.02.23	02.05.23	0.5	113N229V	АДС-М+ЧК+ОГ.В	кб	кб	
	V ₁	06.01.25	0.5	70P491.4	АДС-М+ЧК	кб	кб	
	V ₂	12.02.25	0.5	X3C461	АДС-М+ЧК	кб	кб	
Ревакцинация								

*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

Прививка против вирусного гепатита *В*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	✓ 23.02.23	23.02	0,5	22004	ВГВ	нб	нб	
	✓ 23.02.23	02.05.23	0,5	0112290	Фарм. хл. пеп. В	нб	нб	
Ревакцинация								

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
	22.12.23	прививка кори				
	22.12.24	0,5	0133N058A	нб	нб	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
	22.11.24	0,5	0133N058A	нб	нб	

Прививка против других инфекций *ПКВ*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	✓ 23.02.23	02.05.23	0,5	6A2168	Превенар 13	нб	нб	
Ревакцинация	✓ 1/3	12.02.25	0,5	HP7361	Превенар	нб	нб	
	✓	24.10.24	0,5	100721	Эпигейл	нб	нб	

Дата снятия с учета _____

Подпись _____

Причина _____

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.