

с 406 2025

ан Республикасы
екі сабақты министрлігі
құрғақ Ақпараттандыру
мен Қазақстан
ішкі істер
өкіметі

ҚҰАӘБ, баланың ұйымының
Қор қолдаушысы
ОҚТЮ
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы
«23» қарашаның № 907 бұйрығымен бекітілген
№ 016/а нысанына медициналық құжаттың
Медициналық документация формасы № 016/у
Утверждена приказом м.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ

Мектеп, мектеп-интернат, балалар үйі, бала бақша, бүлдіршіндер бақпасы үшін)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА

(для школы, школы-интерната, детского дома, детского сада, яслей-сада)

ЖАСС	АЛДЕРГІЯ (егуте, дәрісх, аллергиялық)
Жыл сайын толтырылады заполняется ежегодно	

егі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество ребенка) Аманжол Мухомедов
 (Дата рождения) 23.02.2023 Жынысы (ер, әйел) (Пол (муж, жен)) ер
 м (Адрес местожительства) 100000, Алматы, м. Б. Момышұлы

87751220212 Телефон 87000202212
 ростетің сымалыңа (Обслуживающая поликлиника) №
 Телефон
 туралы мәлімет (Сведения о родителях)

Туған жылы год рождения	Білімі образование	Жұмыс орыны, место работы	телефон

тұрмыстық жағдайы (жұмыс-быттық жағдайы)
 ық сыртартпасы (осымен бірге)
 МЕКТЕПТЕН ТЫС САБАҚТАРЫ (ВНЕШКОЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ):
 жок спорт түрі (да, не, ең спорт)
 жок (иностранный язык (да, не))
 жок (да, не)
 тағы (тағы да)

Ауыруы аурулары (Перенесенные заболевания)		Күн	Дата
жок	Қызылша (краснуха)		
жок	жұқпалы гепатит (инфекционный)		
жок	гепатит		
жок	дисентерия		
жок	ш. сүзгі (бронхит)		
жок	туберкулез		
жок	респиратор		

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 Азизбай Мухаммедович

Дата рождения 23.01.2023 Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Рискулова 192/1 кв 59

Сведения о законных представителях:

Мать: Есмханова Анжарат Исмаиловна

Полн: Есмухандо кайрат Амузави.

Купите орехи! Военная часть 30238

Поликлиника прикрепления

Група крови	Резус-фактор
0 (I)	+
A (II)	+
B (III)	+
AB (IV)	+
0 (I)	-
A (II)	-
B (III)	-
AB (IV)	-

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 поступлени я	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционн ая	Общая	Коррекционн ая

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

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

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

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

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Дата выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача
от	до			

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР 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, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № № 21820)).

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

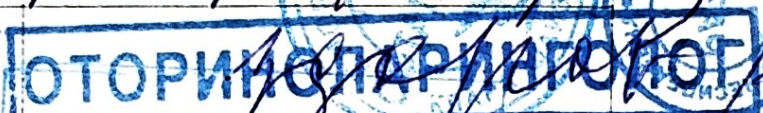
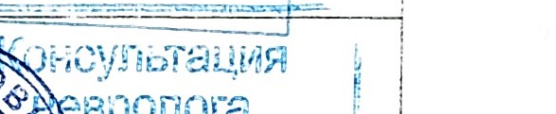
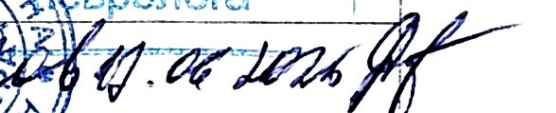
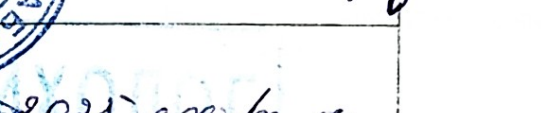
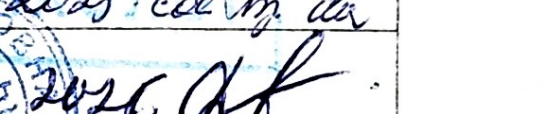
Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	16.06.2025.
Рост	83.
Вес	12
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	I A
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	Проф ОРЗ, ОРВИ соблюдать гигиену, прожид на свеж воздух

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

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

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

Мед.осмотр 2025г.

Окулист	
Оториноларинголог	 
Хирург	 
Невропатолог	 
Стоматолог	 
Психолог	
ВОП	 

Эпикриз

Перенесенные заболевания ОРИ.

Привит по календарю.

Наследственность и алергоанамнез не отягощены.

Проведен медосмотр. На <<Д>> учете (не)состоит.

Диагноз: Зубов

Группа здоровья I группа

Физ.развитие соответствует возрасту

НПА соответствует возрасту

Эпид.окружение чистое.

посещать может.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық
қызметі Қазақстан
Астана қаласы
Менделетін мекемесі

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігінің «А» 2020 жылғы
«30» қазан № ҚР ДСМ-175/2020
№ 063 е нұсқада медициналық құжаттама
Медициналық документация
Форма №063/х
Утверждено приказом и.а. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Профилактикалық есептердің

КАРТАСЫ

КАРТА

профилактических прививок

Жылы (года) « »

есепке алынған уақыт на уақыт

Мекен басқару мекемесінің атауы

1990 ж. 5.

Мекен басқару мекемесінің атауы

Аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)

Туған күні (Дата рождения)

ИДЖСН

Жергілікті мекені, тұрақты мекенінің аты, жергілікті тұрғын үйі

Жергілікті тұрғын үйі (дом)

Мекенінің ауысқан туралы белгілер (См. метки о перемене адреса)

адрес: Ресей. 19211-59

Туберкулез ауруына қарсы екпе

Прививка против туберкулеза

1921. 1990 ж.
8-400-090-2417 (А.К.Мед.Рос.)

Туберкулез сынамалары		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық кабинетінің (күні, сәбейі) Медицинский кабинет (дата, прививки)
нәтижесі результат	егу вакцинация					
	кабинетте	1990	05			1-11-1990
	ревакцинация					3-11-1990

Полномочителінің қарсы екпе

Прививка против полиомелита

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

Құл, көкжотел, 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		Медициналық кабинетінің (күні, сәбейі) Медицинский кабинет (дата, прививки)
						Жалпы (Г*)	Жалпы (Г*)	
вакцинация								
ревакцинация								

Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбцияланған, көкжотел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АД – адсорбцияланған, көкжотел – дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында дифтерия – сіреспе азайтылған. АД – адсорбцияланған дифтерия анатоксині, АС – адсорбцияланған сіреспе анатоксині, К – коклюштың антигені.

Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АД – адсорбированный коклюшно-дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный коклюшный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вируст гепатитке каршы ескерту
Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы Дата рождения	Күнү Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аты Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық кабинеттер Медицинский кабинет
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
23.02.23		0.5		0.5.0.0	✓	✓	

Паротитке каршы ескерту
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күнү Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық кабинеттер Медицинский кабинет
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Кызылчага каршы ескерту
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күнү Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық кабинеттер Медицинский кабинет
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Баска жүкналы ауруларга каршы ескерту
Прививка против других инфекций

Туған жылы Дата рождения	Күнү Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аты Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық кабинеттер Медицинский кабинет
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Айырым шығарылган күні (Дата снятия с учета)

Себебі (Причина)

Бұл баланы есепке ала алмай балалар емдеу - профилактика орталығына (ЕПҮ) тастауға болмайды.

Баланың (ауданын) көпкей келме қолына егілгені туралы ақпарат берілді.

Бұл ұйымда қалады.

Бұл орта заңдылығын в детской лечебно-профилактической организации (РФА) прививка есепке алынбайды.

Бұл жағдайда егер баланың (районы) на рухындағы есепке алынбайды есепке алынбайды.

Баланың ортада қалады.

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page.

Место работы:

Телефон:

Приложение

2

к Санитарным правилам
"Санитарно-эпидемиологические
требования по
проведению
профилактических прививок населению"

Информированный отказ от проведения профилактических прививок

Я Самухаева Аммар

(Ф.И.О. (при его наличии) прививаемого лица или родителя (законного
представителя)

несовершеннолетнего)

Отказываюсь от проведения профилактической прививки:

(указав причину отказа от проведения профилактической прививки:
(иммунизацию вакцины или других иммунологических лекарственных препа-
ратов (иммунобиологических лекарственных препаратов))

(Ф.И.О., дата рождения лица, которому рекомендована вакцина или другие
иммунологические лекарственные препараты
иммунобиологические лекарственные препараты))

и подтверждаю, что проинформирован (а) о важности проведения
профилактической прививки, возможных реакциях и неблагоприятных
проявлениях на вакцину, необходимости своевременного обращения в
организацию здравоохранения при развитии любых неблагоприятных
проявлений после иммунизации, вызывающих беспокойство, а также о
последствиях отказа от профилактических прививок.

Причины отказа (отметить):

) религиозные;

) личные убеждения;

) негативная информация в средствах массовой информации,
общественных сетях и других интернет ресурсах;

) побочная реакция на предыдущую дозу вакцины или другие иммунологические
лекарственные препараты (иммунобиологические лекарственные препараты);

) другие (указать) панические атаки и лечение у невропатолога

Дата "14" января 2025 года

Подпись Аммар

прививаемого лица или родителя (законного представителя) несовершеннолетнего)

Приложение
к Санитарным правилам
«Санитарно-эпидемиологические
требования к организации
проведению профилактических
прививок населению»
форма

Информированное согласие на проведение профилактических прививок

Я

(Ф.И.О. (при его наличии) прививаемого лица или родителя (законного
представителя) несовершеннолетнего)

Даю согласие на получение профилактической прививки:

(неполучила) КОР + ПКВ

(иммунизацию вакцины или других иммунологических лекарственных
препаратов (иммунобиологических лекарственных препаратов))

А.Т.Самухаева - Аммар
(Ф.И.О. (при его наличии) лица, которому назначается вакцина или
другие иммунологические лекарственные препараты (иммунобиологические
лекарственные препараты))

и подтверждаю, что проинформирован (а) о важности проведения
профилактической прививки, возможных реакциях и неблагоприятных
проявлениях на вакцину, необходимости своевременного обращения в
организацию здравоохранения при развитии любых неблагоприятных
проявлений после иммунизации, вызывающих беспокойство, а также о
последствиях отказа от профилактических прививок.

Дата « _____ » _____ 20 ____ года

Подпись _____

(прививаемого лица или
родителя (законного представителя)
несовершеннолетнего)

по состоянию здоровья
Самухаева Аммар