

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны
Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Жалпы ережелер/Общие положения

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)/Фамилия, имя, отчество (при его
наличии) ребенка

КСН / ИИН

Туған күні / Дата рождения Жынысы / Пол

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы)/Домашний
адрес (или адрес организации интернатного типа)

Заңды өкілдер туралы мәліметтер:/Сведения о законных представителях:

Тіркеу емханасы / Поликлиника прикрепления

Қан тобы / Группа крови Резус-фактор

Мүгедектік (иә / жоқ) топ / Инвалидность (да/нет) группа

Бала диспансерлік есепте тұрма (иә / жоқ)/Состоит ли ребенок на диспансерном
учете (да/нет) Диагноз (АХЖ-10 коды /код МКБ-10) *

Диспансерлік есепке алу күні / Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Ұйымдардың сипаттамасы/Характеристика организаций

Түсу айы, жылы /Месяц, год поступл ения	Ұйымдардың сипаттамасы /Характеристика организаций					
	Мектепке дейінгі/Дошкольная организация		Жалпы орта білім беру ұйымы /Организация среднего образования		Интернат үлгісіндегі ұйымы /Организация интернатного типа	
	Жалпы Общая	Түзету Коррекцио нная	Жалпы Общая	Түзету Коррекцион ная	Жалпы/ Общая	Түзету Коррекционная

2. Анамнестикалық мәліметтер / Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (ия/жоқ)/(есть/нет) <u>нет</u>				
Аллергия түрі*/Вид аллергии*	Аллерген	Қай жастан бастап С какого возраста	Диагноз қойылған жыл Год установления диагноза	Ескертпелер/Примечания

* Аллергия түрі: вакциналық, дәрілік, аллергиялық аурулар.

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Балалық шақтағы жұқпалы аурулар/Перенесенные детские инфекционные заболевания

Аурулар / Заболевания	Жыл/Год	Аурулар/Заболевание	Жыл/Год
Қызылша/Корь		Дифтерия	
Көкжөтел/Коклюш		Туберкулез	
Жаншәу/Скарлатина		Эпидемиялық/ Эпидемический паротит	
Іш сүзегі/Брюшной тиф			
Желшешек/Ветряная оспа	✓		
Қызамық/Краснуха			
Вирустық/Вирусный гепатит (А, В, С, Д)			

Таблица 4. Ауруханаға жатқызу туралы мәліметтер(жарақаттарды, операцияларды қоса алғанда)/Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

Күні (басталған күннен бастап аяқталған күніне дейін)/Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (АХЖ-10 коды/код МКБ-10)	Медициналық ұйым Медицинская организация

Эпикриз

Дата 20.10.2025
Рост 101 см
Вес 15 кг

Ребенок от II доношенной беременности II срочных родов.
Родился весом 3400, рост 55, крик сразу. Период
новорожденности без особенностей. Растет и развивается
соответственно по возрасту. От сверстников не
отстает. Привит согласно по плану да.
Наследственность и аллергоанамнез неотягощен да.
На «Д» учете не состоит, состоит Д/з здоров.
Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы
чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены.
В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичные, ясные.
Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
Стул и диурез в норме.

Диагноз здоров
Группа.зд. I гр.
Физ.разв. норма
Физ.гр. основная

Рекомендовано:

1. Режим
2. Сбалансированное питание
3. Витаминотерапия
4. Профилактика простудных забол.
5. Закаливание, массаж
6. Прогулка на свежем воздухе
7. Гимнастика

Эпид. окружение чистое

Педиатр:



Таблица 5. Санаторлық-курорттық (және оған теңестірілген) емдеу туралы мәліметтер
Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Күн/Дата	Диагноз (АХЖ-10 коды/код МКБ-10)	Ұйым/Учреждение	
		Бейін/Профиль	Климаттық аймақ Климатическая зона

Таблица 6. Соңғы күнтізбелік жылдағы еңбекке уақытша жарамсыздық туралы мәліметтер/Сведения о временной нетрудоспособности за последний календарный год

Анықтама берілген күні/Дата выдачи справки		Диагноз (АХЖ-10 коды/код МКБ-10)	Анықтама берген медициналық ұйым/Медицинская организация, выдавшая справку	Дәрігердің ТӘЖ Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача
бастап/от	дейін/до			

	Күн/Дата	Қорытынды Заключение
Педиатр	20.10.2025	Дис: зрелов
Хирург	20.10.25	Дс зрелов
Офтальмолог	20.10.25	Дис: зрелов
Отоларинголог	20.10.2025	Дис: зрелов
Невропатолог	20.10.25	Дис: зрелов
Стоматолог	20.10.2025	Дис: зрелов
ЖҚА/ОАК	20.10.2025	в норме
ЖЗА/ОАМ	20.10.2025	в норме

Таблица 7. Соңғы күнтізбелік жылдағы профилактикалық тексерулер туралы
Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

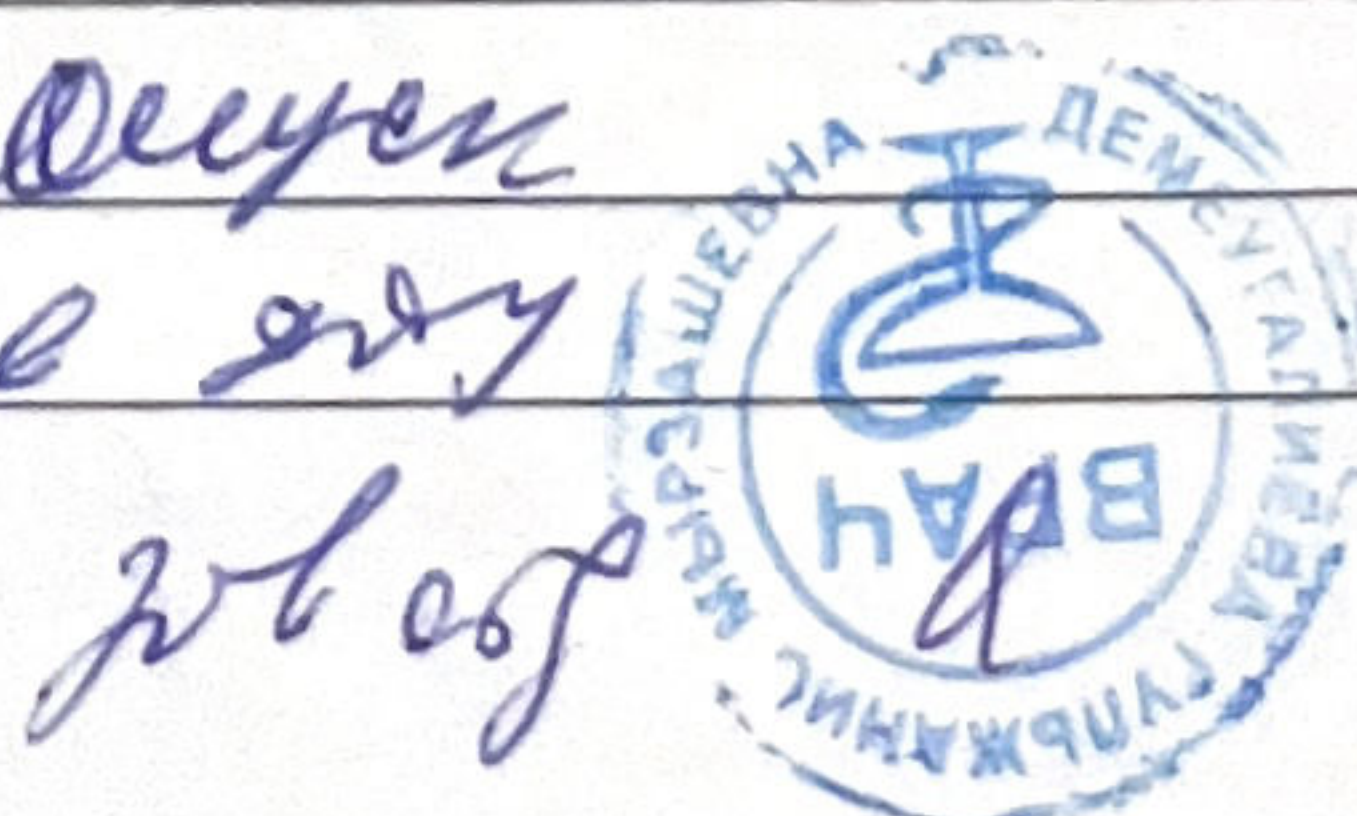
Параметрлер/Параметры	Ағымдағы жасқа арналған соңғы күнтізбелік жылдағы профилактикалық қарап-тексерулер туралы мәліметтер/Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Зерттеп-қарау күні/Дата обследования	20. I. 2025
Бойы/Рост	101 см
Салмақ/Вес	15 кг
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі және ілеспе аурулар)/Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Денсаулық тобы/Группа здоровья	I МГР
Дене шынықтыру сабақтар үшін медициналық тобы/Медицинская группа для занятий физической культурой	В ДДУ может посещать
Ұсыныстар/Рекомендации	

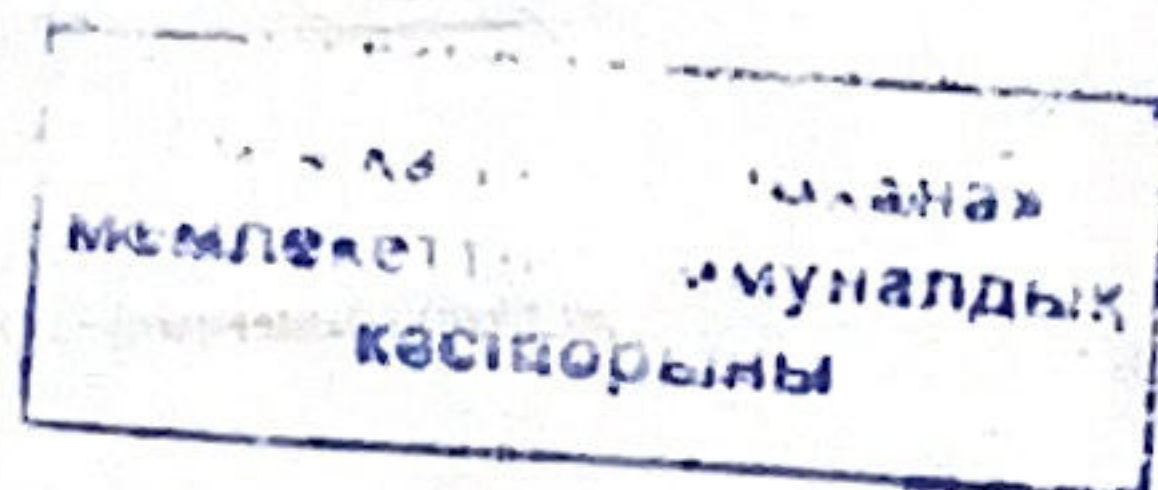
* Жүргізілген өзекті профилактикалық қарап тексерулер туралы мәліметтер болмаған жағдайда баланың тіркелген жері бойынша емханаға жүгіну ұсынылады./При отсутствии сведений об актуальных проведенных профилактических осмотрах рекомендуется обратиться в поликлинику по месту прикрепления ребенка.

Таблица 8. Психологиялық-медициналық-педагогикалық
консультацияға (бұдан әрі – ПМПК) жіберу туралы мәліметтер/Сведения о
направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (далее – ПМПК) *

ПМПК-ға жіберілген күні /Дата направления в ПМПК	Диагноз (АХЖ-10 коды код МКБ-10)	ПМПК өткендігі туралы белгі Отметка о прохождении ПМПК
		Оценен
		в ДДУ

* болған жағдайда/при наличии





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 07.11.2025

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

1. ЖСН/ИИН: _____
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): БАХТЫБЕРГЕНОВА АЙНАЗЫМ ЕРБОЛАТҚЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 08.09.2021
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, МИКРОРАЙОН: 12 Микрорайон, ДОМ: 50, КВАРТИРА: 17
5. Медицинское заключение:
Здоров
6. Рекомендации (при необходимости):
эпид окр чистое
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
ДЖУМАГАЛИЕВА ШОЛПАН ИЩАНОВНА 15944

ШЖҚ «№3 қалалық емханасы» МҚА

ГКП «Городская поликлиника №3» на ПХЭ

№ ҚР ДСМ-175/2020
Қазақстан Республикасы сақтау министрінің
Міндеттерін атқарушы 2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/202 Бұйрыққа 1-қосымша
Приложение 1 к приказу
Исполняющего обязанности Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 30 октября 2020 года
№ ҚР ДСМ-175/202

Профилактикалық екепелерді картасы №061961

Форма № 065/е нысынды
Форма № 065/у

КАРТА профилактических прививок

2021 жылғы (года) «12_» ҚЫРКҮЙЕК есепке алынды (взят на учет
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование
детского учреждения №3 қалалық емхана

1 Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) БАХТЫБЕРГЕНОВА АЙНАЗЫМ

2. Туылған күні (Дата рождения) 08.09.2021 ИИН:

3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес населенный пункт:)

Көшесі (улица) үй(дом) корпус пәтер (квартира) 2

Мекен жайы ауысқаны уралы белгілер (Отметки в перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екеп/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықты (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Күні дата	Нәтижесі результат						
25.06.2024	Отр.	Егу вакцинация	08.09.2021	10.09.2021	0,05	0370	1 мес-пап 5г
26.08.2025	Лев.р-г 5мм	Қайта егу ревакцинация					3 мес-пуст 5г
							6 мес-руб 4г
							12 мес-руб 4г

Полиомиелитке қарсы екеп/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст
V1 08.09.2021	27.01.22	077	4мес	V4 22.09.2022	741			
V2 08.09.2021	02.03.22	011	5мес	V4 30.05.2023	461			
V3 08.09.2021	29.04.22	741	7мес					

Күл.көкжөтел,сіреспеге қарсы екеп/Прививка против дифтерии,коклюша,столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екепке дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықты Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация	V1 08.09.2021	27.01.22	0,5	077	Абкдс+хиб+иптв+вгв	н/б	н/б	
	V2 08.09.2021	02.03.22	0,5	011	Абкдс+хиб+ипв+вгв	н/б	н/б	
	V3 08.09.2021	29.04.22	0,5	741	Абкдс+хиб+ипв+вгв	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация	RV1 08.09.2021	30.05.23	0,5	961	Абкдс+хиб+ипв	н/б	н/б	

*Препараттар мына әліптермен белгіленеді: АКДС-адсорбтелген,көкжөтел-дифтерия-сіреспе вакцинасы. АДС-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, АДС-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині,құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД-адсорбтелген дифтерия анатоксині ВС-адсорбтелген сіреспе анатоксині, К-көкжөтел вакцинасы. 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, ивд-адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС-адсорбированный столбнячный анатоксин, К-коклюшная вакцин

Вирусті гепатитке қарсы/Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде местная	
Егу Вакцинация	V1 08.09.2021	08.09.21	0,5	20004	вгв	н/б	н/б	
	V2 08.09.2021	27.01.22	0,5	077	гексаксим	н/б	н/б	
	V3 08.09.2021	29.04.22	0,5	741	гексаксим	н/б	н/б	
Қайта егу Ревакцинация								
	ВГА1	06.01.24	0,5	202205027		н/б	н/б	
	ВГА2	14.08.24	0,5	202309013		н/б	н/б	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
ВКПК	22.09.22	0,5	108А	н/б	н/б	
ВТУР КПК	19.01.24	0,5	0133	н/б	н/б	

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паратита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе /Прививка против других инфекций

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың аттауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
Егу Вакцинация	V1	27.01.22	0,5	572	Превенар13	н/б	н/б
	V2	29.04.22	0,5	6182	Превенар13	н/б	н/б
	V3	22.09.22	0,5	6182	Превенар13	н/б	н/б
Қайта егу Ревакцинация							

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпи

Себебі (Причина)
Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу –профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады
Қаладан (ауданнан)көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.
Карта ұйымда қалады.



Алынған нәтиженің дұрыстығын тексеру үшін QR-кодты пайдаланыңыз
Для проверки валидности полученного результата, воспользуйтесь QR-кодом

№ 40

Тегі А.Ә. (Фамилия И.О.)БАХТЫБЕРГЕНОВА АЙНАЗЫМ

Жынысы (Пол): **жен**

ЖСН (ИИН)

Туған күні (Дата рождения): **08.09.2021**

Тұрғылықты мекенжайы (Адрес пациента):

Байланыс телефоны (Контактный телефон):

Зерттеуді жіберу (Исследование направить):

ГКП "Городская поликлиника №3" на ПХВ ГУ УЗ Актыбинской области

Жолдаған ұйым (Направившая МО):

ГКП "Городская поликлиника №3" на ПХВ ГУ УЗ Актыбинской области

Жолдаманы тіркелген дәрігер (Направивший врач):

КЕНЖЕБЕКОВА А.Б.

Жолдаманың тіркелген күні және уақыты
(Дата и время регистрации заявки):

20.10.2025 10:10

Материалдың № (№ материала)	Материал түрі (Тип материала)	Материалды алу орны (Место забора)	Материалды алу күні мен уақыты (Дата и время забора)	Материалдың түскен күні мен уақыты (Дата и время поступления материала)
40	Фекалии	лаборатория	20.10.2025 10:10	
Компонент		Нәтиже (Результат)	Реф. Аралық (Реф.интервал)	Нәтижелерді түсіндіру (Интерпретация результатов)
B01.100.001 Исследование кала на простейшие и гельминты ручными методами				
простейшие		Отсутствует	отсутствует	.
гельминты в кале		Отсутствует	отсутствует	

Зерттеулер орындалды (Исследования выполнены):

20.10.2025 11:30

Нәтиже нысаны құрылды (Бланк результата сформирован):

20.10.2025 14:30

ШАЛАБАЕВА Д. Б.

Қолы (подпись)

Бір зерттеудің нәтижелері зерттеу әдістемесі мен жабдығына байланысты бір-бірінен ерекшеленуі мүмкін. Зертханалық зерттеу нәтижесі диагноз емес. Зерттеу нәтижелерін түсіндіруді, диагнозды белгілеуді, сондай-ақ тексеру мен емдеу тактикасын анықтауды емдеуші дәрігер жүзеге асырады.

Результаты одного и того же исследования могут отличаться друг от друга в зависимости от методики исследования и оборудования. Результат лабораторного исследования не является диагнозом. Интерпретация результата исследования, установление диагноза, а также определение тактики обследования и лечения осуществляется лечащим врачом.



ШЖҚ «№3 қалалық емханасы» МКК

ГКП «Городская поликлиника №3» на ПХВ

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 20.10.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №3" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН _____

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

3. Туган күні (Дата рождения): 08.09.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД АКТОБЕ

5. Медицинское заключение:

ЗДОРОВА

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид окружение чистое.

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

КЕНЖЕБЕКОВА А.Б.

16727

