



**БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ
ПАСПОРТЫ**

**ПАСПОРТ
ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА**

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

ИИИ

Пол *муже*.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Батые 2, 9.А корпус 1 ив 95.

Сведения о законных представителях:

мать: Темишова Айгуль Биржановна
отец: Сурысов Оралибек Абзатович.

Поликлиника прикрепления 700 ВЗ холдинг "

Группа крови _____ Резус-фактор _____

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 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	
		Профиль	Климатическая зона
7	7	7	7

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			
7	7	7	7	7

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 № КР 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 № 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, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № № 21820)).

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

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
QAK	27.01.25	HB - 122, шйк - 5.8 эрит. - 4.1, тромбоциты - 216. СОЭ - 8
QAM	27.01.25	шйк - 1-2 влз белок, глюкоз. - нег

ТОО «Медикер Илек»
 Анализ № 17
 Кал на яйца глист
не обнаружено
 Дата 27.01.25 Лаб. Илек

Эпикриз

Жалоб нет. На «Д» учете не состоит. Травм, переломов не было. Аллергоанамнез: без особенностей.

Общее состояние удовлетворительное.

Объективно: кожные покровы чистые, зев чистый. Периферические лимфатические узлы не увеличены, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные.

Живот мягкий безболезненный, стул и диурез в норме.

НПР- соответствует возрасту

ФР- соответствует возрасту

Дз: Здоров. Группа здоровья

Режим - основной

Питание - общее

Допускается в школу



Приложение к форме №052-2/у

Жоспарлары терендетілген медициналық тексеру мәліметтері/Данные плановых углубленных медицинских осмотров 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 (7жаста) Перед школой (в 7 лет)
Тексеру күні/Дата обследования	28.01.25		
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)	4 жас		
Бойы/Рост	76		
Салмағы/Вес	110		
Шағымы/Жалобы	нет		
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педитр			
Хирург (ортопед)			
Офтальмолог			
Отоларинголог			
Невропатолог			
Стоматолог			
Өзге де мамандар /Другие специалисты			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі , ішек құрт қабыршақтарына несеп , нәжіс анализі)			
Лабораторные данные (общий анализ крови , анализ мочи , кал на яйца глист)			
Қорытынды диагноз			
Заключительный диагноз			
Табиғи дамуын бағалау /Оценка физического развития			
Жүйке психикалық дамуын бағалау			
Оценка нервно-психического развития			
Денсаулық тобы /Группа здоровья			
Дене шынықтырумен айналасатын медициналық топ			
Медицинская группа для занятий физкультурой			
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар	Спорттың түрі (көрсетілсін)	Айғақталған / шектелген / қарсы айғақталған (астын сызу керек)	
Рекомендации к занятиям спортом , бальными или спортивными танцами	Вид спорта (указать)	Показано / ограничено / противопоказано (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану , шынығу, жалпы және түзету типіндегі білдім 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 содержанием образования)			
Қолы/Подпись			

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррек- ционная	Общая	Коррек- ционная	Общая	Коррек- ционная
7	2		2		2	

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

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

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

[illegible]

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	28.01.25
Рост	198
Вес	76
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	
Группа здоровья	здоров
Медицинская группа для занятий физической культурой	
Рекомендации	рекомендуется

* 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) *

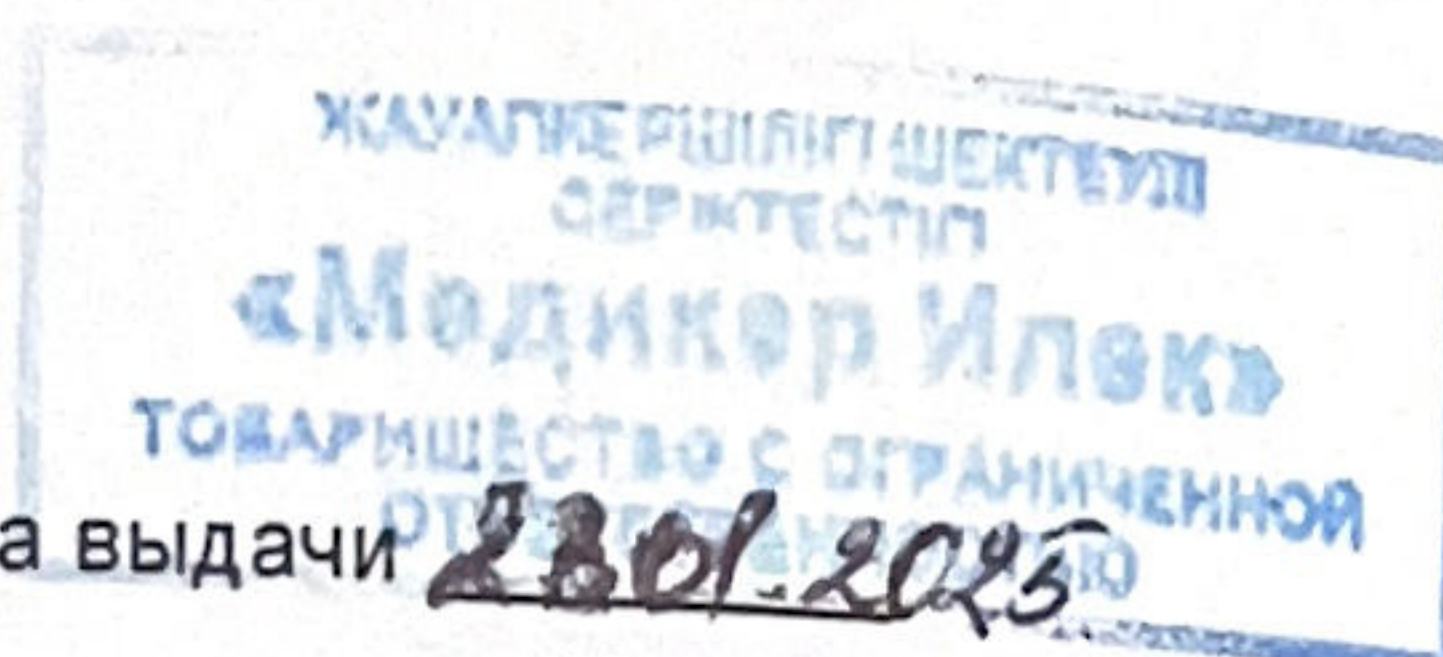
Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК
нет	нет	нет

* при наличии



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ175/2020 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 ДСМ175/2020



Форма № 027/у

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 28.07.2021

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "Медикер Илек"

1. ЖСН/ИИН:

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

3. Туған күні (Дата рождения): 14.07.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыубинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, Батыс 2 дом, 9 А корпус 1, квартира 95.

5. Медицинское заключение:

На учете не состоит
Эпид окружение чистое.

6. Рекомендации (при необходимости):

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

МАМБЕТОВА КУРАЛАЙ ОМАРКЫЗЫ



Мер
(Печать)



		ҚҰЖОЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 063/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 _____ жылғы (года) « _____ » _____ есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения) ТОО "Медика Клиник"

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Абжан Аманжол

2. Туған күні (Дата рождения) 14.07.2021

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт
көшесі (улица) строитель 2 ул 70 үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) тел. 744-420-42-29

Туберкулез ауруына қарсы екпе/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					
	егу вакцинация	14.07.21	16.07.21	0,05	0344	1109 - рф 4 мес
	қайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екпе/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
4 ақ	2.12.21	ТЗМОУУ	0,5	18.07.22	1802020	2 жас		
	13.15.22	УОАОНУ	0,5					
	16.08.22	УЗЕОМ	0,5					

Күл, көкжөтел, 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		Медициналь қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	4 ақ	2.12.21	0,5	ТЗМОУУ	теже	40	40	
		13.15.22	0,5	УОАОНУ	пейте	40	40	
		16.08.22	0,5	УЗЕОМ	теже	40	40	
Қайта егу Ревакцинация		31.8.23	0,5	УОЕБАН	пейте			

Препарат обелгелері бүткенді: АДС - адсорбированный, токсинно-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.

Вирусгі 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	14.07.21	14.07.21	0,5	20004	ВТ 18	4/5	4/5	
	4 ай	2.12.21	0,5	ТЗМОРВ	Генер	4/5	4/5	
		16.08.22	0,5	УЗЕОА	Генер	4/5	4/5	
Қайта егу Ревакцинация		17.07.23	0,5	20210319	ВТ, А			
		11.03.24	0,5	1022105024	ВТ, А			

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	
	18.11.21	0,5	0130W	4/5	4/5	
ДМЧ	12.12.23	0,5	0130W	4/5	4/5	

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	
	18.11.21	0,5	0130W	4/5	4/5	

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	4 ай	2.12.21	0,5	ЕК6020	превентор	4/5	4/5	
Қайта егу Ревакцинация		18.11.22	0,5	ЕТ6182	превентор	4/5	4/5	

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.