



БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ
ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Приложение к приказ
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 17

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Наманшолов Жанар Жанмарович

ИИН _____

Дата рождения

03.11.2021

Пол

муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

г. Алматы 721-17

Сведения о законных представителях:

Наманшолов А.Т., Наманшолова

Поликлиника прикрепления

ГП №6

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 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

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

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

* 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 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

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			

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	18.10.21
Рост	98 см
Вес	13,5 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	ЗНО/ОВ
Группа здоровья	II гр
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	

* 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

* при наличии

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

Приложение к форме №052-2/у

Данные плановых углубленных медицинских осмотров

Параметрлері Параметры	2 жаста В 3 года	3 жаста В 4 года	4 жаста В 5 лет
Тексеру күні/Дата обследования		18.10.24	
Баланың жасы/Возраст ребенка на момент обследования		3 ж	
Бойы/рост		98 см	
Салмағы/вес		13,5	
Шағымы/жалобы		Нем	
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов			
Педиатр		Здоров	
Хирург ортопед		Здоров	
Офтальмолог		Здоров	
Оториноларинголог		Здоров	
Невропатолог		Здоров	
Стоматолог		Здоров	
Өзге де мамандар/Другие спец.		Здоров	
Зертханалық мәліметтер (капның жалпы анализі, ішек күрт қабыршақтарына несеп, нәжіс)		ОК	
Лабораторные данные (общий анализ крови, мочи, кал на я/глист)		ОК	
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз		Здоров	
Табиғи дамуы бағалау Оценка физического развития		Среднее	
Жүйке психикалық дамуы бағалау Оценка НПР		Среднее	
Денсаулық тобы Группы здоровья		II	
Дене шынықтырумен айналысатын медициналық топ Медицинская группа для занятий физкультурой		ОК	
Спортпен балдық немесе спорттық бимен айналысуға ұсынымдар Рекомендации к занятиям спортом, большими или танцами	Спорттың түрі (көрсетілісін) Вид спорта (указать)	Айғақталу шектелген айғақталу (ақп сылу керек) Показано ограниче против. (подчеркнуть)	
Ұсынымдар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түзету типіндегі білдім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов		ЗОМ попр-на ОК ОРЗ	
Қолы/Подпись			

Эпикриз

Дата:

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

Ребенок от

ГКП «Городская поликлиника №6» на ПХВ

родов.

Родился(лась) с весом 3,2 кг, ростом 52 см.

Растет и развивается соответственно по возрасту.

Привит БЖН, БГВ, КДК, ост. прививки отмен

На «Д» учёте не состоит

Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний: ОРЗ

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме

Диагноз: Здоров

НПР среднее

ФР- средн.в.в.в.

Группа здоровья: II

Детсад посещать может

Врач:

Зав.ПМСП:



© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан

Трибав с Канжасов

ҚОҒАМ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің Министр орынбасарының
Республикасы Қазақстан

ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

Ұйымның атауы

Наименование организации

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің
м.а. 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген
№ 065/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма 065/у

Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан «30» октября 2020 года № 175

Профилактикалық өкпелердің

КАРТАСЫ

КАРТА

профилактических прививок

20 21 жылғы (года) « 08 » 11 есепке алынды (азат на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы В.И. Канжасов

(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Ташаншинов Ридар Дамисханович

2. Туған күні (Дата рождения) 03.11.2021

ИНН

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) с. И. Канжасов

көшесі (улица) Абдалайхан

үй(дом) 44 корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқанды туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) С. Бөкпін 726-17

Туберкулез ауруына қарсы өкпе / Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезге пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Егу ауы	нәтижесі результат					
			05.11.21	0,05 б/к	03716009	Индия

Развитие б/к
1 мес - 5 мм
3 мес - 4 мм
6 мес - 3 мм
12 - 3 мм
руб

Полиомиелитке қарсы өкпе / Прививка против полиомиелита

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

Күл, көкжәтел, сіреспеге қарсы өкпе / Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Өкпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Етілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мұнда әріптермен белгіленеді: АҚДС - адсорбтелген, көкжәтел - 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 - көкжәтел вакцинасы.

Препарат белгіленуі: АҚДС - адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигена, АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы Дата рож- дения	Күн 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	03.11.21	0.5	0VX20084	ВГВ	И/Б	И/Б	13.04.2023 Корея
Қайта егу Ревакцинация							

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рожде- ния	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

КМҚ қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
V, КМҚ	15.11.21	0.5	0133	И/Б		

Приложение 2

к Санитарным правилам

"Санитарно-эпидемиологические
требования к организации
и проведению профилактических
прививок населению

Информированное согласие на проведение профилактических прививок

я Маманшанова А.М.

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

Дано согласие на получение профилактической прививки:

V, КМҚ + V, Превиенер.
(наименование вакцины или других иммунологических лекарственных препаратов
(иммунобиологических лекарственных препаратов))

Маманшанова Диана 3 кіт-доал.
(ФИО (при его наличии), дата рождения лица, которому вводится 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 "13" 11 2024 года

Подпись А.М.

(прививаемого лица или родителя (законного представителя) несовершеннолетнего)

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		03.11.21	0,5	01X20004	ВМВ	И/Б	И/Б	13.04.2023 Корея
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	

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	
V, КМР	15.11.21	0,5	0133	И/Б		

Басқа жұртталы 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	
В, 15.11.21	0,5	0133	прививка	И/Б				

Елтен шығарылған күні (Дата снятия с учета) переезд 21.11.22 Қолы (Подпись) [подпись]

Себебі (Причина)

Бұл баланы өсіріп отырған балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады
підан (ауданнан) көшкен кезде қолына енгізілетін туралы анықтама беріледі.

Бұл ұйымда қалады.

Бұл заповнюється в дитячій лікарсько-профілактичній організації (ФАП) при взятті дитини на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Бұл қалады в організації.

26.05.2020
31.12.2020

ГАЗИЗЫ ЖУБАНОВОЙ
САЗДИНСКАЯ ПЕДИАТРИЯ

39/10



ШЖҚ «№6 Қалалық емхана» МКК

ГКП «Городская поликлиника №6» на ГХВ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/ө
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 О состоянии здоровья

Дата выдачи 21.10.2024

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №6" на праве
хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИИН:

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

ЖАМАНШАЛОВ ДИДАР ДАНИЯРОВИЧ

3. Туган күні (Дата рождения): 03.11.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, ПРОСПЕКТ: Санкибай Батыра, ДОМ: 72

5. Медицинское заключение:

Прием педиатр

Дата приема: 21.10.2024

ФИО: ЖАМАНШАЛОВ ДИДАР ДАНИЯРОВИЧ

Дата рождения: 03.11.2021

Т - 36,2

Жалобы: нет

Объективные данные: Состояние ребенка удовлетворительное.

Кожные покровы чистые, без сыпи.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

Зев спокоен.

В легких везикулярное дыхание.

Хрипов нет.

ЧД 30 в мин.

COR тоны ясные, ритмичные.

ЧСС 125 в мин.

Живот мягкий, безболезненный.

Физиотоправление в норме.

Диагноз: Z00.0 Общий медицинский осмотр

Лечащий врач: БЕТУГАНОВА Г. Э.

6. Рекомендации (при необходимости):

ЭПИД ОКРУЖЕНИЕ ЧИСТОЕ. Кал на я/г от 18.10.2024-отр.

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

ИСКЕНДИРОВА ГУЛЬЖАЙНА КУБЕЙСИНОВНА

217110

