

МО «Элеос»
Медициналық Орталығы
Ақтөбе қаласы
№ 3804 2014 ж.



БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

древос. лесоводств

ИИН

Пол муж

Сатнаев 11-43

Поликлиника прикрепления

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) да

Диагноз (код МКБ-10)* Z00. Z01.0

Дата взятия на диспансерный учет 1999

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Таблица 2. Аллергоанамнез

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

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевания	Год	Заболевание	Год
	<u>30.07</u>		<u>нет</u>
Корь	—	Дифтерия	—
Коклюш	—	Туберкулез	✓
Скарлатина	—	Эпидемический паротит	✓
Брюшной тиф	—		
Ветряная оспа	—		
Краснуха	—		
Вирусный гепатит (А, В, С, Д)	—		

Таб
при

Дата

Таблица 6. Сведения о врачебной пригодности за последний календарный год

Дата выдачи справки		Доктор (подпись)	Врачебная организация, выдающая справку	Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача
от	до			

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 061/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-113/2020 "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)).

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	30.07.2024г
Рост	87 см
Вес	12 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	I группа
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендация	рекомендуется верифицировать

* 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

30.07 242

незрел

зрел

окупил

- зрел

перевод

Алекс

ссылка

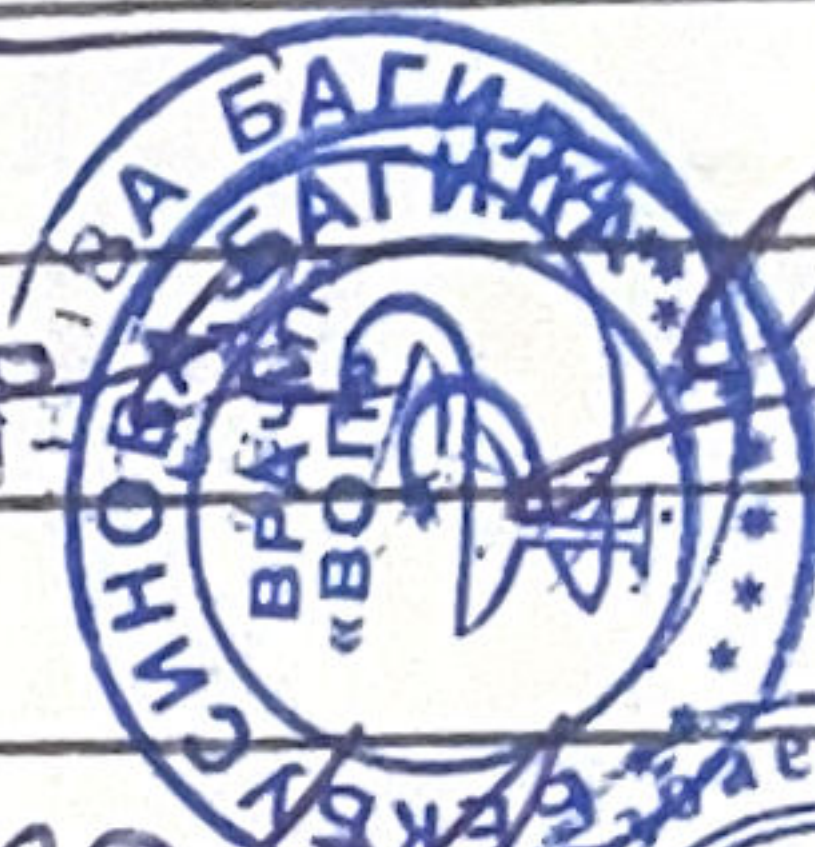
- ссылка

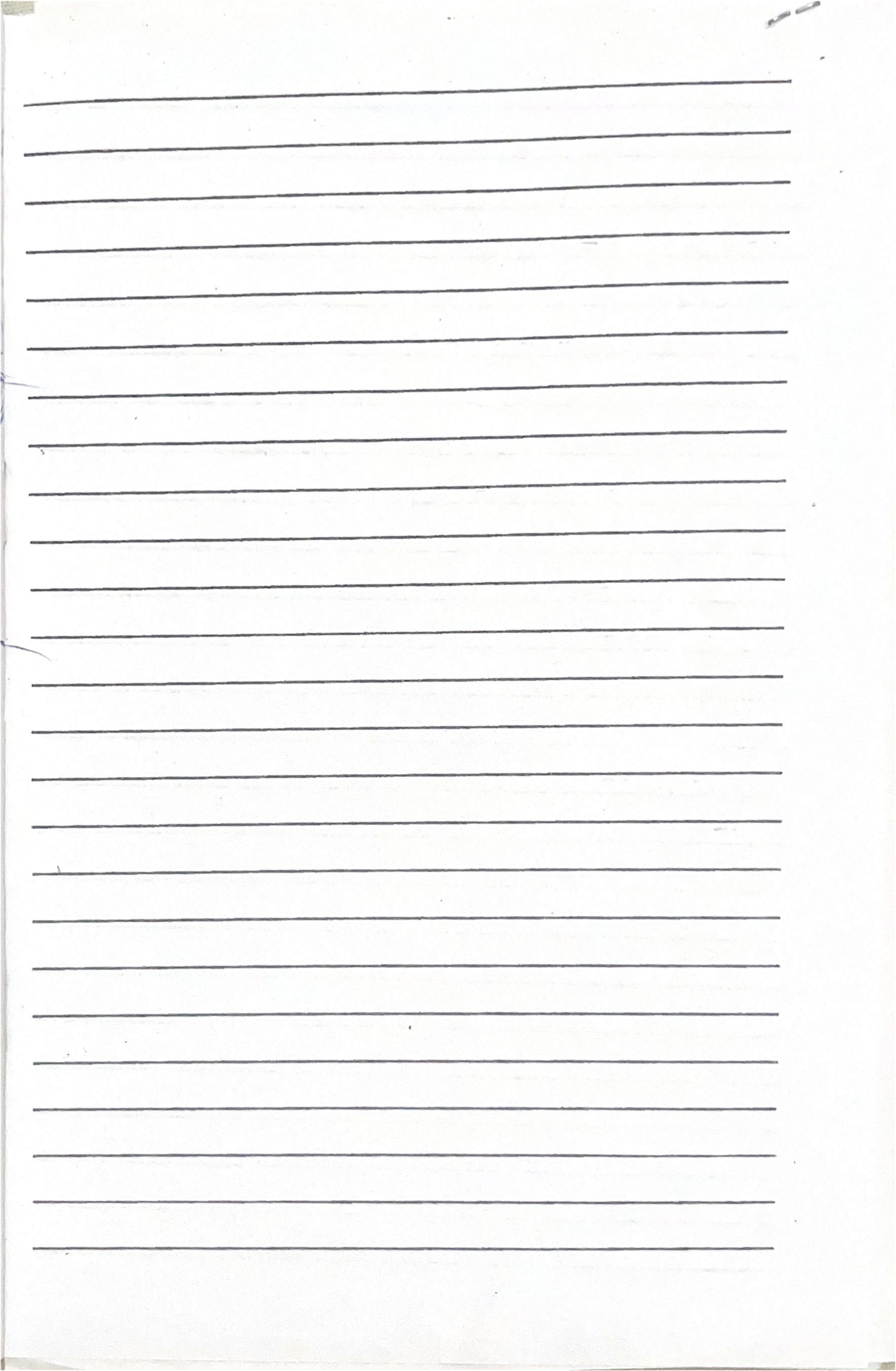
сер - 3801



сер - 3801

ша





Дата 30.07.20 20 ж
Ақтөбе қаласы

Эпикриз в ДДУ, школу.

ФИО Сраман Меркис 20.10.2011
Вес 8 кг
Рост 87 см

Ребенок от IV доношенной беременности, IV срочных родов. Родился весом 3200, рост 52 крик сразу. П-д новорожденности без особенностей. Растет и развивается соответственно возрасту. От сверстников не отстает,

Привит согласно плану, по плану Наследственность и алергоанамнез не отягощен, нет

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 группа

Физ.разв. среднее

Физ.гр. основная

Рекомендовано:

1. Режим
2. Сбалансированное питание.
3. Витаминотерапия
4. профилактика простудных заб.
5. Закаливание, массаж.
6. Прогулка на свежем воздухе
7. Мероприятия



Эпид. окружение

Педиатр



Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы
«23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген
№ 210 нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы

Наименование организации

МО «Элеос»
Медициналық Орталығы
INTERNATIONAL SOS
№ _____ « _____ » 20 ____ ж.
WORLDWIDE REACH HUMAN TOUCH

Медицинская документация Форма № 210/с
Утверждена приказом Министерства здравоохранения
Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

НЕСЕП ТАЛДАУЫ АНАЛИЗ МОЧИ

№ _____

20 ____ жылғы(года) « ____ » _____ сағ.(час.)

Биоматериалдың алынған күні, уақыты (дата, время взятие биоматериала)

Т.А.Ә. (Ф.И.О.) _____

Туған күні, айы, жылы (Число, месяц, год рождения) _____

Мамаңға жолданды(Направлен специалисту) _____

1. Физикалық-химиялық қасиеттері

Физико- химические свойства

Көлемі (количество) 100 Түсі (цвет) Светложелтый
Тұнықтығы (Прозрачность) прозрач
Салыстырмалы тығыздығы (Относительная плотность) 1018
Реакциясы (Реакция) кислотн Нәруыз (белок) нет
Глюкоза _____ Билирубин _____
Уробилиноидтар (Уробилиноиды) _____

2. Микроскопиялық зерттеу

Микроскопическое исследование

Жалпақ эпителий (Плоский эпителий) от 2-х
Ауыспалы (Переходный) _____
Бүйректің (Почечный) _____
Лейкоциттер (Лейкоциты) 1-2
Эритроциттер (Эритроциты): _____
Өзгермеген (неизменные) _____
Өзгерген (измененные) _____
Цилиндрлер (Цилиндры): пиалинді (пиалиновые) _____
Балауыз тәрізді (восковидные) _____
Түйіршікті (зернистые) _____
Эпителиалды (эпителиальные) _____
Лейкоциттік (лейкоцитарные) _____
Эритроциттік _____
Пигменттік (пигментные) _____
Сілемей (Слизь) _____
Тұздар (Соли) _____
Бактериялар (Бактерии) _____

« ____ » _____ 20 ____ ж (г.)

Талдау берілген күн (дата выдача анализа)

Қолы (Подпись) _____



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министірлігі Ақтөбе қаласы № _____ « _____ » 20 ____ ж.	ҚР Денсаулық сақтау министірлігінің 2013 жылғы «06» наурыздағы №127 бұйрығымен бекітілген № 220 заңды құжаттама
Ұйым МЦ «ЭЛЕОС»	

Нәжіс талдауы

Анализ КАЛА

Яйцо гельминтов, скрытая кров, стеркобилин, билирубин

№

20

жылғы/ года/ 30.07.

Т.А.Ә(ФИО)

Туған күні (Дата рождения)

Ұйым (Организация)

Бөлімде (Отделение)

Гельминит жұмыртқасы (Яйца гельментов)

Қарапайымдар (Протейные)

Жасырын қанға реакция

Стеркоблинге реакция

Билирубинге реакция

«МЦ «Элеос» ЖШС

Зерттеме №

Нәжісте ішек құрт жұмартқала

ТАБЫЛМАДЫ

2020 ж. Қолы

Зертханашы

2024 ж. Г/

30.07



ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

ГП №4

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорыны

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от
30.10.2020 № ҚР ДСМ -175/2020 Зарегистрирован в Министерстве
юстиции Республики Казахстан 4.11.2020 года № 21276

Медицинская документация Форма № 065/у

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА

Профилактических прививок

20 21 жылғы (года) « 21 » 10 есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы ГП №4
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя отчество) Ералл Мұрият
2. Туған күні (Дата рождения) 20.10.2021
3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) 2 Ақтобе көшесі
(улица) Сатпаева үй (дом) 11 корпус пәтер (квартира) 43

Мекен-жайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	<u>20.10.21</u>	<u>21.10.21</u>	<u>0,05</u>	<u>03716009</u>	<u>1 мес пауза 4 мл</u>
		кайта егу ревакцинация					<u>3 мес пауза 4 мл</u>
							<u>6 мес пауза 4 мл</u>
							<u>12 мес пауза 4 мл</u>

Полиомиелитке қарсы екпе
Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рожд.	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рожд.	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								
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына өріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – 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 – 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, АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе
Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рожд.	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	00.10.11	20.10.11	0,5	20009	ВГВ	жс	ж	
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита

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

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рожд.	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	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рожд.	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								
Қайта егу Ревакцинация								

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. Карта ұйымда қалады.
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.

Приложение 2

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

Вопросник

для медицинских работников по опросу прививаемого лица или его родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном гражданским законодательством Республики Казахстан перед проведением профилактической прививки

Категории	Вопросы	Да	Нет
1.	Общее состояние прививаемого лица (ребенка)? Наличие острого заболевания?		
2.	Наличие аллергии на какие-либо лекарства, продукты питания или вакцины?		
Обязательные вопросы	Были ли серьезные реакции на введение какой-либо вакцины в прошлом ?		
	Наблюдались ли судороги или патологии головного мозга и нервной системы?		
	Наличие астмы, заболеваний легких, сердца, почек, метаболических заболеваний (диабет)?		
	Наличие онкологического заболевания?		
Дополнительные для живых вакцин	Наличие ВИЧ/СПИД, каких-либо других проблем со стороны иммунной системы?		
	Лечение в последние 3 месяца кортизоном, преднизолоном и другими стероидами, противоопухолевыми препаратами, прохождение лучевой терапии?		
	Проведение иммунизации за последние 4 недели?		
	Наличие беременности или вероятность наступления беременности в течение следующего месяца		
Для взрослых			

ых проявлений после иммунизации;

оде

Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок

Я, нижеподписавшийся (аяся)

Смирнова Карина Викторовна
(Ф.И.О родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

1. О необходимости проведения профилактической прививки;
2. Об обязательном медицинском осмотре перед проведением профилактической прививки;
3. О возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения

Приложение 3
к Санитарным правилам
"Санитарно-эпидемиологические
требования к организации
и проведению профилактических
прививок населению"

Информированный отказ от проведения профилактических прививок

Я

Срнцязшова Кармыгам Цыскашевны

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

Отказываюсь от получения профилактической прививки:

от всех прививок

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

Срнцязшова Кармыгам Цыскашевны

(ФИО, дата рождения лица, которому рекомендована вакцина или другие
иммунологические лекарственные препараты
(иммунобиологические лекарственные препараты))

и подтверждаю, что проинформирован (а) о важности проведения
профилактической

прививки и последствиях отказа от профилактических прививок.

Причины отказа (отметить):

1) религиозные;

2) личные убеждения;

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

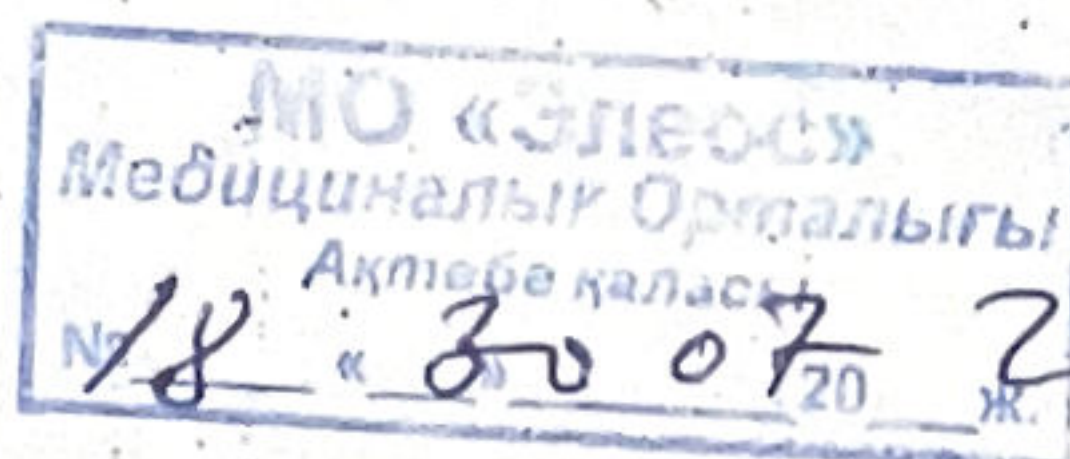
4) побочная реакция на предыдущую дозу вакцины или другие иммунологические
лекарственные препараты (иммунобиологические лекарственные препараты);

5) другие (указать) _____.

Дата "12" марта 20 24 года

Подпись Срнцязшова Кармыгам Цыскашевны

(прививаемого лица или родителя (законного представителя) несовершеннолетнего)



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

20.10.2020

Ұйымның атауы Наименование организации ТОО МЦ «Элеос»

1. ЖСН/ИИН:

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

3. Туган күні (Дата рождения):

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, УЛИЦА:

5. Медицинское заключение:

6. Рекомендации (при необходимости):

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

