



«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорыны

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 07.10.2025

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): АЛҒАЗИН ЖАҚСЫЛЫҚ ЖАНСЕРІКҰЛЫ

3. Туган күні (Дата рождения): 19.01.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , УЛИЦА: 101 стрелковая бригада, ДОМ: 16 , КВАРТИРА: 130

5. Медицинское заключение:

Соскоб от 06.10.2025 г. Заключение: я/о не обнаружены

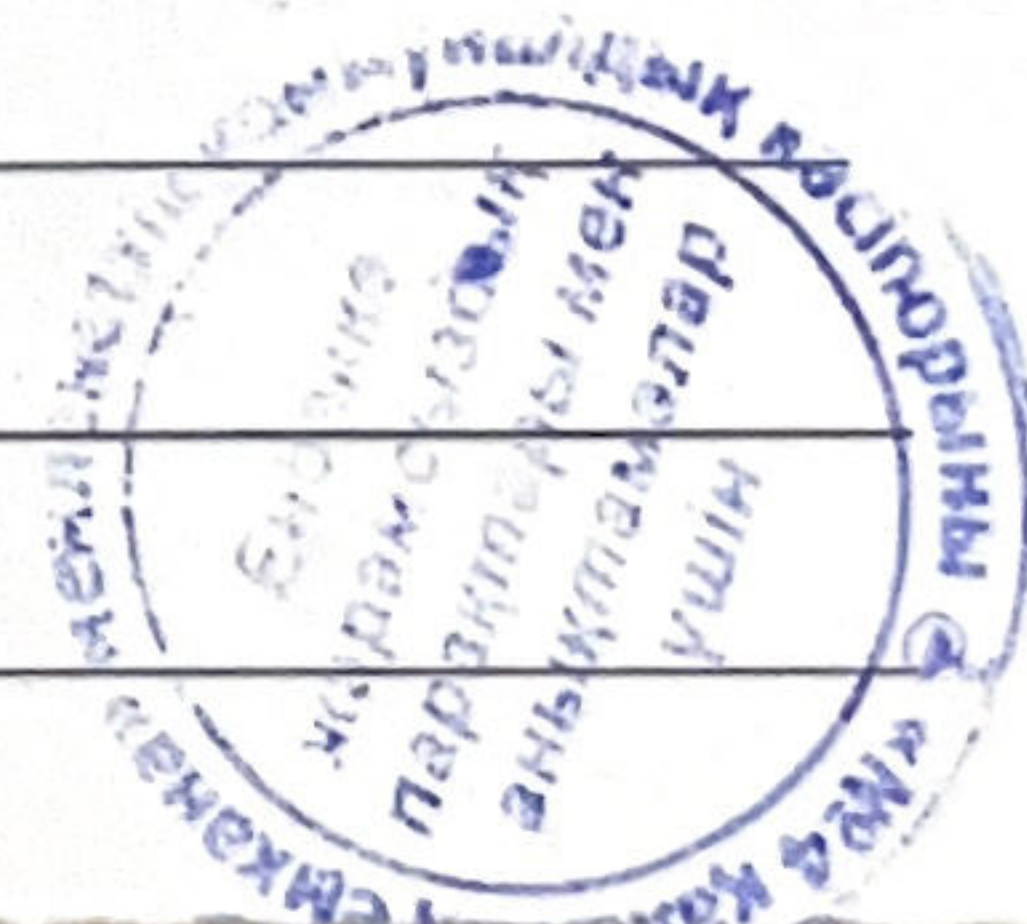
6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид.окружение чистое

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

ЖАҒПАРОВА БАҚЫТ ЖАРЫЛҒАПҚЫЗЫ

237362



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ҚҰЖК бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Ұйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің м.а. 2020ж. «30» қазан № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 065/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения РК «30» октябрь 2020 года № 175

«№4 қалалық емхана»
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорны

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)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя отчество) _____
2. Туған күні (Дата рождения) _____
3. Индивидуальный идентификационный номер _____

4. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____ көшесі
(улица) _____ (дом) _____ корпус _____ пәтер (квартира) _____
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	19.01.81	20.01.81	0,05	0379	1-ші - қан қызыл 2-ші - мұқ 4 мм 3-ші - рет 4 мм 4-ші - рет 5 мм
		қайта егу ревакцинация					

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	19.01.21	19.01.21	0,5	19004	В/13	ИИ	ИИ	
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	
19.01.21	13.03.23	0,5	0131W012	ИИ	ИИ	

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	
19.01.21	13.03.23	0,5	0131W012	ИИ	ИИ	

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 (ЕПУ) 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.