

Сот: 888953/561

Қазақстан Республикасы сақтау министрінің
Міндеттерін атқарушы 2020 жылғы 30 қазан
№ 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 екпелерді картасы

Форма № 065/е нысынды

КАРТА профилактических прививок

Форма № 065/у

20 21 жылғы (года) « 06 » 02 есепке алынды (взят на учет)
Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения) Меркисе үеміш

1 Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Аманжолдас Меркисе Аманжолдасов

2. Туылған күні (Дата рождения) 02.06.2004 ИИН 40602554315

3. Мекен-жайы: елді мекен (Домашний адрес населенный пункт:) Ақмола облысы 49 Б/д.

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

Мекен жайы ауысқаны уралы белгілер (Отметки р перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

Түберкүлез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза							
Түберкүлез 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	02.06.2004	04.06.2004	605	03709080	Ессес - рәсім Сәт
		Қайта егу ревакцинация					Ессес - рәсім Сәт
							Ессес - рәсім Сәт
							Ессес - рәсім Сәт
							Ессес - рәсім Сәт

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

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

	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								
Қайта егу Ревакцинация								

*Препараттар мына әппілтермен белгіленеді: АҚДС-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 ВС-адсорбтелген сіреспе анатоксині, К-көкжөтел вакцинасы. Препарат обозначать буквами: АҚДС-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 вакци

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	01.06.24	02.06.24	0,5	Лосси	М.В.	кб	кб	
Қайта егу Ревакцинация								

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	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

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							
Қайта егу Ревакцинация							

Қолы (Подпись)

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

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.



Медицинское учреждение
«МЕДИКУС ЦЕНТР»
Медицинское учреждение

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 07.04.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Медицинское учреждение "Медикус Центр"

1. ЖСН/ИИН:

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

АМАНКЕЛДИЕВ ИСМАИЛ АЙДАРБЕКҰЛЫ

3. Туган күні (Дата рождения): 02.06.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ГОРОД РЕСП.ЗНАЧ.: Астана, РАЙОН ВНУТРИ ГОРОДА: Нұра, УЛИЦА: Төле Бй, ДОМ: 24

5. Медицинское заключение:

Здоров

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое

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

БЕКЕНОВ ТИМУР СЕРИКОВИЧ

256375

Приложение к приказу
Министра образования
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года № 173

Пол муж 02.06.2021 г Виш
 Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) г. Бийский ул. 35б
 Сведения о законных представителях Анаст

Подіклініка прикріплення

Инвалидность нет

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

Диагноз (код МКБ-10)* И20.0

Дата взятия на диспансерный учет 12.01.2012

* Заполняется при наличии диагноза

Состои ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) _____

Диагноз (код МКБ-10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

* За последние 12 месяцев

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	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная

Таблица 2. Аллергоанамнез

Лист № 2. Аллергоанамнез				
Аллергия (есть/нет) _____				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания
жест				

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

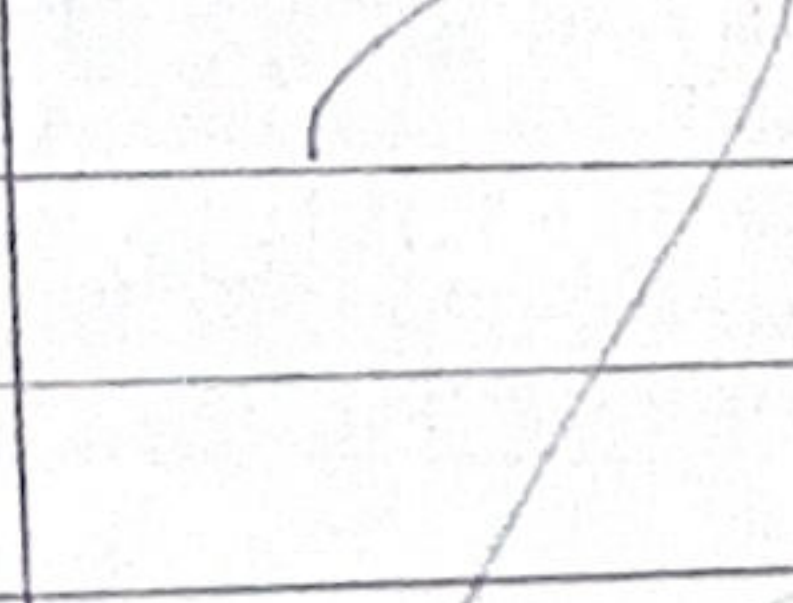
Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь		Дифтерия	
Коклюш		Туберкулез	
Скарлатина		Эпидемический паротит	
Брюшной тиф			
Ветряная оспа			
Краснуха			
Вирусный гепатит (А, В, С, Д)			

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	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			

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)).

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*	
Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	
Рост	
Вес	
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	
Группа здоровья	
Медицинская группа для занятий физической культурой	
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

Медициналық мекемесі
«МЕДИКУС ЦЕНТР»
Медициналық ұйым

к Санитарным правилам
"Санитарно-эпидемиологические требования
к организации и проведению профилактических
прививок населения" форма
по приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 21 сентября 2023 года № 150.

Информированный отказ от проведения профилактических прививок

(ФИО (при его

я Сагдуров Асем Мараткызы
наличии) прививаемого лица или родителя (законного представителя) несовершеннолетнего)
Отказываюсь от получения профилактической прививки:
барлык екпеден бас тартамын. (сидби, даман) (наименование вакцины или
других иммунологических лекарственных препаратов (иммунобиологических лекарственных препаратов))
Асанжолдасов Исмаил Додие
(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 "16" 03 2026 года

Подпись Асем

(прививаемого лица или родителя (законного представителя) несовершеннолетнего)

М.А.В. Др.уч.информ. прививок
дефектоскоп вра. Бекен Т.С.



Эпикриз

Өмір анамнезі: Бала 2 жүктіліктен, 2 босанудан. Туылғандағы салмағы 3500, бойы 54 см

Бала жасына сай өсіп жетілуде. «Д» есепте тұрмайды. Аллергоанамнез ерекшеліксіз. Тұқым қуалаушылық аурулары жоқ. Алдын – ала егулер жасына сай. Ауырған аурулары ОРВИ. ОРЗ

Объективті: шағым жоқ. Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Тері жамылғысы таза, қалыпты. Араны қалыпты. Шеткі л/т ұлғаймаған, ауырсынусыз. Өкпесінде везикулярлі тыныс, сырыл жоқ. Жүрек тондары анық, ырғақты. Қағу симптомы екі жақта да теріс мәнді. Физиологиялық бөліністер қалыпты. Ісі

вес - 15 кг
рост - 114 см

Дәрігер
Жанабаева А.Е

Баланың жалпы жағдайы қанағаттанарлық.
ОрВИ, ОРЗ

Мед осмотр 2026 год

Невропатолог

Окулист

Лор

Хирург

Педиатр

Зарев
Сау
Зарев
Зарев

Жанабаева А.Е.
16.03.2026 г.

Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок

Я, нижеподписавшийся (аяся)

Садуба Желе Маматова
(Ф.И.О. (при его наличии) родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего) настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом;

- 1) о необходимости проведения профилактической прививки;
- 2) о необходимости медицинского осмотра перед проведением профилактической прививки;
- 3) о возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактической прививки;
- 4) о необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развитии любых неблагоприятных проявлений после иммунизации;
- 5) о последствиях отказа от профилактических прививок

На все возникающие вопросы получил (а) ответы: на (да/нет)

Получив информацию: согласен (на) / отказываюсь на (от) проведение (я) профилактической прививки.
Барин Еккенин Сак мармаин Сабди Еппи
(наименование препарата)

Причины отказа: денежные уен Сакмарман Имунитет уактарган
Ф.И.О. (при его наличии)

ИИН Анон Кендир Иман
(медицинского работника) Сот.тел. 210602554315

Место работы, кем Мурганов 36-14

Домашний адрес. Мурганов 36-14

Дата « 23 » 7 2023 года

Подпись Садуба

Приложение 1

к пр. № 361 от 13.06.2018г.

"Санитарно-эпидемиологические

требования по проведению

профилактических прививок населению"

Добровольное информированное согласие или отказ на проведение
профилактических прививок

Я, нижеподписавшийся (аяся)

Садуова Лилия Мавлатовна

(Ф.И.О. (при его наличии) родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

- 1) о необходимости проведения профилактической прививки;
- 2) о необходимости медицинского осмотра перед проведением профилактической прививки;
- 3) о возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактической прививки;
- 4) о необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развитии любых неблагоприятных проявлений после иммунизации;
- 5) о последствиях отказа от профилактических прививок.

На все возникающие вопросы получил (а) ответы: _____

(да/нет)

Получив информацию: согласен (на) / отказываюсь на (от) проведение (я) профилактической прививки.

Вакцина скиммерин дас тарташын. Седиді екнемер денсаулыққа зиян

(наименование препарата)

Причины отказа: Болашақтағы тиімсіздік қолдануға

Аманжолбеков Шамал 2106020554315

Ф.И.О. (при его наличии)

(медицинского работника)

Дата "21" 11 2015 года

Подпись Сад