Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына
қосымша

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

Баланың тегі,аты,әкесінің аты (бар болса) Тілбай Әлия Сағынғызы

Туған күні 07.03.22 -

Жынысы қыз

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның мекенжайы) Сити 14В/89

Заңды өкілдер туралы мәліметтер: Тілбай Сағынғали Қонысбай Дауқан

Тіркеу емханасы _____

Қан тобы _____ Резус-факторы _____

Мүгедектік (иә / жоқ)_____ топ _____

Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ)_____

Диагноз (АХЖ-10 коды)*_____

Диспансерлік есепке алу күні _____

* B20-B24, F00-F99 диагноздарды қоспағанда

1-кесте. Ұйымдардың сипаттамасы

Түсу айы, жылы	Ұйымдардың сипаттамасы					
	Мектепке дейінгі		Жалпы орта білім беру ұйымы		Интернат үлгісіндегі ұйымы	
	Жалпы	Түзету	Жалпы	Түзету	Жалпы	Түзету

Бойы	103
Салмақ	16.5.
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі және ілеспе аурулар)	ЗПР
Денсаулық тобы	1Б
Дене шынықтыру сабақтар үшін медициналық тобы	основной
Ұсыныстар	Зонд ажрие

* Жүргізілген өзекті профилактикалық қарап тексерулер туралы мәліметтер болмаған жағдайда баланың тіркелген жері бойынша емханаға жүгіну ұсынылады.

8-кесте.

Психологиялық-медициналық-педагогикалық консультацияға (бұдан әрі – ПМПК) жіберу туралы мәліметтер*

ПМПК-ға жіберілген күні	Диагнозы (АХЖ-10 коды)	ПМПК өткендігі туралы белгі

* болған жағдайда

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК

ханаға жатқызу туралы мәліметтер
операцияларды қоса алғанда)

үннен күніне	(АХЖ-10 коды) диагнозы	Медициналық ұйым
ОРИ 05.06.26		гемоп - 115мл эритр - 3 ед плазма СОЗ - 5мл
ОРИ 05.06.26		бедеи - 0 без мочи - 1030
Сообщил ЯГИ 05.06 - отрицательно		

лық-курорттық (және оған теңестірілген) емдеу туралы

нозы (АХЖ-ды)	Ұйым	
	Бейін	Климаттық аймақ

Проф осмотр 2026
Педиатр
Невропатолог
Окулист
Лор
Хирург
Стоматолог

Этапный эпикриз

Жалоб нет.

Ребенок от ___ беременности, ___родов.

Родился весом ___

Рос и развивался соотв.возрасту. Привита по календарю.

Из перенесенных заболевании:

На "Д" учете ___

Об/но: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Зев спокоен. В легких везикулярное дыхания, хрипов нет. Сог.тоны ясные, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличен. Симптом поколачивание отр.с обеих сторон. Стул и диурез в норме.

Д/З: ___

Гр.здоровья ___

Рекомендация:

- Рациональное питания.
- Прогулка на свежем воздухе.
- Массаж и гимнастика соотв.возрасту.
- Профилактика простудных заболеваний.

Врач

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 11.06.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "АксиМед"

1. ЖСН/ИИН: 220307552019
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ІҢІРБАЙ ӘЛІМ САҒЫНЫШҰЛЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 07.03.2022
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Каргалинский , ЖИЛОЙ МАССИВ: Актобе Сити, МИКРОРАЙОН: Актобе Сити, ДОМ: 14В
5. Медицинское заключение:

Эпид окружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

ЗОЖ,питание

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

ҚАЗЫБЕКОВА ШОЛПАН ҚҰТЖАНҚЫЗЫ 257864

Мөр
(Печать)

ИИН: 220307552019 8771887 9663

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы «30» қазандағы №ҚР ДСМ -175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 065/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года №ҚР ДСМ -175/2020

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20 22 жылғы (года) « 10 » 03 есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы (для организованных детей наименование детского учреждения) КГП

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Умирбек Әлем

2. Туған күні (Дата рождения) 07.03.2022

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт көшесі (улица) Сити үй(дом) 18/1 корпус пәтер(квартира) 89пб

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) тел 87711879663

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	08.03.22	08.03.22	0,05	0387	1 мес Июл 3 мес 4 мес 6 мес Февр 12 мес 1 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
ГСПВ Vi	07.09.22	05	0211	6 ай				
ОПВ Vp	26.10.22	2 ай	рей 1	1,5 2р/152				

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		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	Vp	07.09.22	0,5	0211	Тетракокк	НБ	НБ	
Қайта егу Ревакцинация								

* Препараттар мына әріптермен 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.

HBV - опка

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								
	V1	07.09.22	0,5	021V	HBvAX	нб	нб	
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	
V1	26.10.22	0,5	0133K0488	Отр	Отр	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

V2

...ия	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 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	V1	07.09.22	0,5	6182	Превенар	нб	нб	
Қайта егу Ревакцинация	V2	26.10.23	0,5	6048	превенар	нб	нб	

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.