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

№2 Қалалық кепсалалы
ауруханасы
мемлекеттік коммуналдық
кәсіпорны

Медициналық мекемесі

Форма № 052/у «Паспорт здоровья ребенка»

**1. Общие положения**

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка: Алмуратов Тимур Алмаханович

ИИН: _____

Дата: 25.03.2022 г. рождения: _____

Пол: _____

Домашний адрес (или адрес проживания интегрированного типа): Кулансай

Сведения о законных представителях: _____

Поликлиника прикрепления: _____ № _____ медучреждение: _____

Группа крови: II Резус-фактор: + группа: _____

Инвалидность (наличие): _____

Состоит на учете (да/нет): не состоит группа: _____

Диагноз (код МКБ-10)*: _____

Дата взятия на диспансерный учет: _____

**За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99*

**Таблица 1. Характеристика организаций**

| Месяц, год поступления | Дошкольная организация Общая | Дошкольная организация Коррекционная | Организация среднего образования Общая | Организация среднего образования Коррекционная | Организация интернатного типа Общая | Организация интернатного типа Коррекционная |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**2. Анамнестические сведения**

**Таблица 2. Аллергоанамнез**

| Аллергия (есть/нет) | Аллерген | С какого возраста | Год установления диагноза | Примечания |
|---|---|---|---|---|
| | нет | | | |
| | | | | |
| | | | | |

** Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания*

**Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания**

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

данага жүгіну ұсынылады.

гиялық-медициналық-педагогикалық
тацияға (бұдан әрі – ПМПК) жіберу туралы мәліметтер*

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

дан жағдайда

| | Тапсырған күні,айы,жылы | Нәтижесі |
|---|---|---|
| АК | 01.09.26 | |
| ОАМ | 04.09.26 | |
| Соскоб я/г | 04.09.26 | |

Қазақстан Республикасы Ақтөбе қаласы Анализ нәтижелері үшін ЛАБОРАТОРИЯ "БАЙШЕВ МЕД" МЕКЕМЕСІ Для результатов анализов Учреждение "БАЙШЕВ МЕД" г. Актобе Республика Казахстан

ЛАБОРАТОРИЯ
НӘЖІСТЕ ҚҰРТ ЖҰМЫРТҚАЛАРЫ ТАБЫЛҒАН ЖОҚ
КАЛ НА ЯЙЦА ГЛИСТ НЕ ОБНАРУЖЕНО
«____»_____20____ж./г
ДӘРІГЕРДІҢ ҚОЛЫ. ___ _____
подпись врача

**Проф осмотр 2026**

| | |
|---|---|
| Вес | 25 |
| Рост | 120 |
| Педиатр | 04.09.26 ПЕДИАТР здоров. |
| Невропатолог | 04.09.26 НЕВРОПАТОЛОГ здоров. |
| Окулист | 04.09.26 ОФТАЛЬМОЛОГ здоров. |
| Лор | 04.09.26 ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ здоров. |
| Хирург | 04.09.26 ХИРУРГ здоров. |
| Психолог | Д учёт не состоит снят с учёта по возрасту ребёнок |
| Стоматолог | |

**Эпикриз**

**Ребенок от** 1 **беременности** 1 **родов. Родила в с весом** 3.350 **рост** 50

**Закричал** сразу. **Беременность протекла** норма. **Растет и развивается соответственно возрасту. Наследственность** не отягощена.

**Аллергоанамнез** без особенностей.

**Из группы риска** ОРВИ. **Состоит на «Д» учете** не состоит **Перенесенные заболевание:**_____

**При осмотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и- видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердце ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологическое отправление в норме.**

**ДS:** здоров.

**Гр.здоровья** 1

ҚАЗАҚСТАН ДӘРІГЕР ВРАЧ БАЙМБЕК ЖАНӘБІЛҰЛЫ