Приложение
Форма № 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

Форма № 052-2/у «Паспорт здоровья ребенка»

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Берік Әзіза Әділматқызы

Национальность Каз Дата рождения 05.02.2022

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

Кур Сити 1 мкр 28к 76б

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя Жомбулова Фарида

Место работы матери/ законного представителя

Телефон матери/ законного представителя 8-701-798-60-73

Ф.И.О. год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца

законных представителей

Поликлиника прикрепления

Группа крови Резус - фактор

Инвалидность (да/нет) группа

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Среднего общего образования		Организация интернатного типа	
	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное	Общее	коррекционное

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет)				
Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания	Аллерген	Возраст начала	Год установления диагноза	Примечания

Таблица 7. Профилактические осмотры.

Параметры	от 3 до 4 лет	от 4 до 5 лет	от 5 до 6 лет	от 6 до 7 лет	от 7 до 8 лет	от 8 до 9 лет	от 9 до 10 лет	от 10 до 11 лет	от 11 до 12 лет	от 12 до 13 лет	от 13 до 14 лет	от 14 до 15 лет	от 15 до 16 лет	от 16 до 17 лет	от 17 до 18 лет
Дата обследования		04.09.													
Возраст ребенка (на момент осмотра)		4 лет													
Рост															
Вес		19													
Жалобы		нет													
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)															
Группа здоровья															
Медицинская группа для занятий физкультурой															
Рекомендации															

Таблица 8. Сведения о направлении в психолого-медико-педагогическую консультацию (ПМПК)

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о прохождении ПМПК

ВЕС 19кг.

РОСТ

ИМТ

ПРОФ осмотр 2025	
Педиатр	
Невропотолог	
Окулист	
Лор	
Хирург	
Психолог	
Стоматолог	

Емханада диспансерлік бақылауда тұрғандар үшін

(Для состоящих в поликлинике на диспансерном наблюдений)

Күні Дата	Тексеріп-қарау деректері Данные осмотра	Ұсыныстар Рекомендации
1	2	3

Зертханалық зерттеулер деректері.

Данные лабораторныхиследование

Күні Дата	Нәтиже Результат	Талдаулар Анализы	Күні Дата	Нәтиже Результат
08.09. 2026	ОАК - гем - 113 лейк - 7, эрит - 3,5	Қанды крови		
08.09. 2026	Оак - ст. пуст лейк - 3. Бакок - 0			
		Несепті мочи		
08.09. 2026	Состав мр - отр.			
		Нәжісті кала		

Эпикриз

Ребенок от 3 **беременности,** 3 **родов.Родился с весом** 4,3 **рост** 55

Закричал сразу.Беременность протекла б/о. **Растет и развивается соответсвенно возрас**
Наследственнсть нет.

Перенесенные заболевани: ОРВИ, ОРЗ,

При осмотре жалоб нет.Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы и видимые слизисые чистые,

обычной окраски.Зев спокоен.Переферические лимфоузлы не увеличины.

В легких внезикулярнгое дыхание.Тоны сердца ясные,ритмичные.

Живот мягкий,безболезенный. Печень и селезенка нне увеличины.

Физиологические отправление в норме

НПР- нормостенический

ФР- нормостенический

Д/З- Соматическое здоров

Гр- IA

ВОП: Турлыбекова К. С.

Зав ВОП: Биласогдетова

Может посещать детский сад

Зав ВОП

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 08.09.2026

Ұйымның атауы Наименование организации государственное коммунальное предприятие "Городская многопрофильная больница №2" на праве хозяйственного ведения государственного учреждения "Управление здравоохранения Актюбинской области"

1. ЖСН/ИИН: 220205654127

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

3. Туған күні (Дата рождения): 05.02.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Каргалинский , ЖИЛОЙ МАССИВ: Актобе Сити, МИКРОРАЙОН: Актобе Сити, ДОМ: 29К

5. Медицинское заключение:

Диагноз: Соматикалық дені сау

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид аймақ таза

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

КӨРІБАЙ БАЛНҰР АЙНҰРҚЫЗЫ 267566

Мөр Печать

220205654127

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 №КР ДСМ -175/2020

Профилактикалық екпелердің КАРТАСЫ КАРТА профилактических прививок

20 22 жылғы (года) « 14 » 02 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) Берік Азиза

2. Туған күні (Дата рождения) 05.02.2022

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт Сити 1 мкр 28к-35
көшесі (улица) _____ үй(дом)_____ корпус_____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

екпе/Прививка против туберкулеза

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
Егу Вакцинация	5.02.22	7.02.22	0,05	0371 C004	1м-пал 3м 3м-пус 4м 6м 12м-рук 4м
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

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		12.02.25	0,5	46 л	гексаксим	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.

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	05.02.22	05.02	0,5	20004	ВГВ	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	
		-				

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Еклеге 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								
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.