

1. Общие положения

ИН 210903551852

Дата рождения 03.09.2002 Пол муж

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Заремаб 1, Бүркенбаева 54

Сведения о законных представителях:

Борис Герецов, Юлия Борантеевна

Байтмериев Канат, Билалов

Поликлиника прикрепления ГПН2 ВЗН Заречной

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) группа нет

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

Диагноз (код МКБ-10) * Здоров

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций[illegible]

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Мемлекеттік санитарно-эпидемиологиялық надзор Республика Казахстан Министр атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы «30» қазан № ҚР ДСМ-175/2020 № 065/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма №065/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020.
--	--

Профилактикалық екепелердің

КАРТАСЫ

КАРТА

профилактических прививок

2020 жылғы (года) « 03 » _____ есепке алынды (взят на учет)

Тыңдалған балалар үшін балалар мекемесінің атауы _____

Тәртіптік нөмірі _____

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) 03.09.21 _____

3. ИИН(ЖСН) 210903557852 _____

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____

көшесі (улица) Бұйымбай үй(дом) 54 корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 87714042003 _____

Туберкулез ауруына қарсы екеп

Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
19.09.23	210903557852	03.09.21	04.09.21	0.5	13120	1. Аллергия - не аллергия
20.09.23	210903557852					2. Инфекция - нет
21.09.23	210903557852					3. Иммунодефицит - нет
22.09.23	210903557852					4. Тяжелые заболевания - нет
23.09.23	210903557852					5. Прием иммунодепрессантов - нет
24.09.23	210903557852					6. Прием антибиотиков - нет
25.09.23	210903557852					7. Прием гормонов - нет
26.09.23	210903557852					8. Прием цитостатиков - нет
27.09.23	210903557852					9. Прием химиотерапевтических препаратов - нет
28.09.23	210903557852					10. Прием лекарственных препаратов, влияющих на иммунную систему - нет

Полиомиелитке қарсы екеп

Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
4.10.23	04.10.23	05	13	04.10.23	05	13	04.10.23	05
22.08.24	22.08.24	05	14	22.08.24	05	14	22.08.24	05

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екеп

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екепке дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	22	4.10.23	05	13	05	13	05	
	27	27.05.24	05	14	05	14	05	
	22	22.08.24	05	15	05	15	05	
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	22	4.10.23	0,5	13E501V	адгес+нв+илв+ВЭР			
Қайта егу Ревакцинация	13	22.08.24	0,5	13E501V	адгес+нв+илв+ВЭР	нр	нр	

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	
1	27.04.24	0,5	0133W058A	нр	нр	

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	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	1	27.04.24	0,5	6X9480	ПКВМВ	нр	нр	
Қайта егу Ревакцинация	12	22.08.24	0,5	6X9480	ПКВМВ	нр	нр	

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.

Таблица 5. ... санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

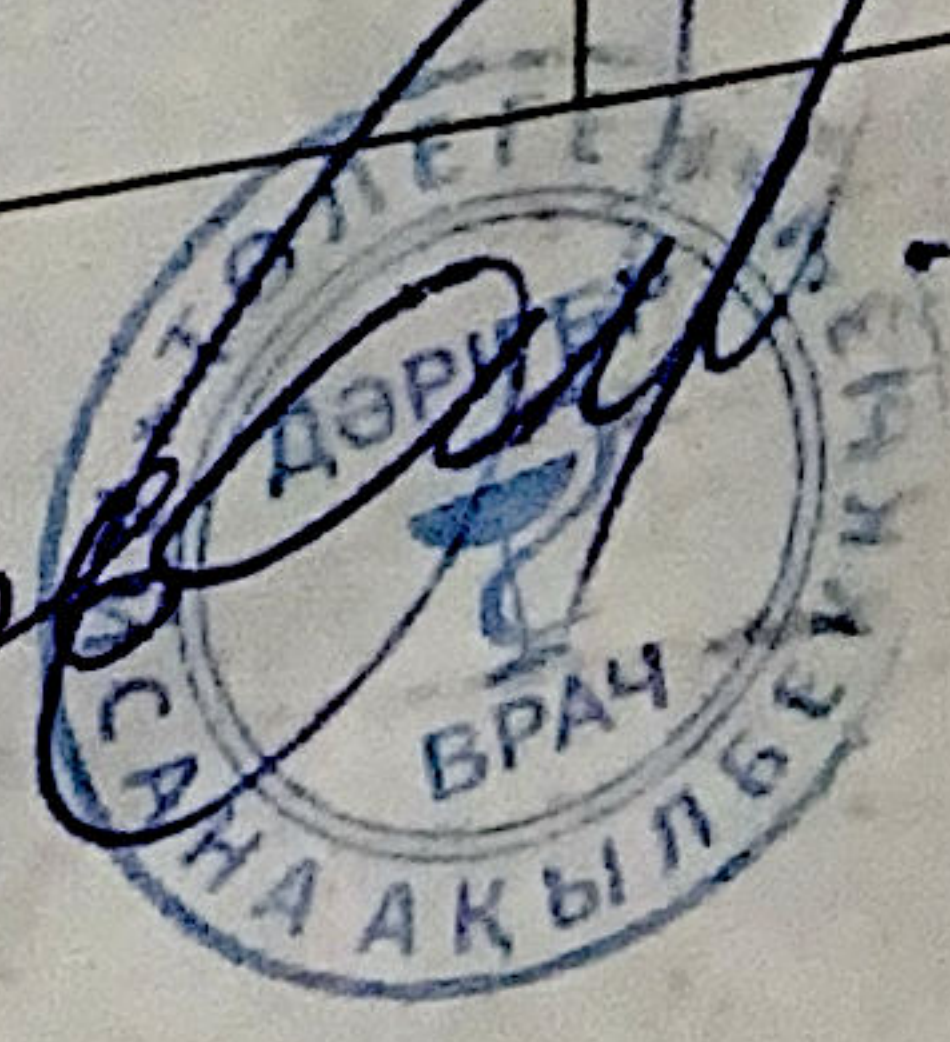
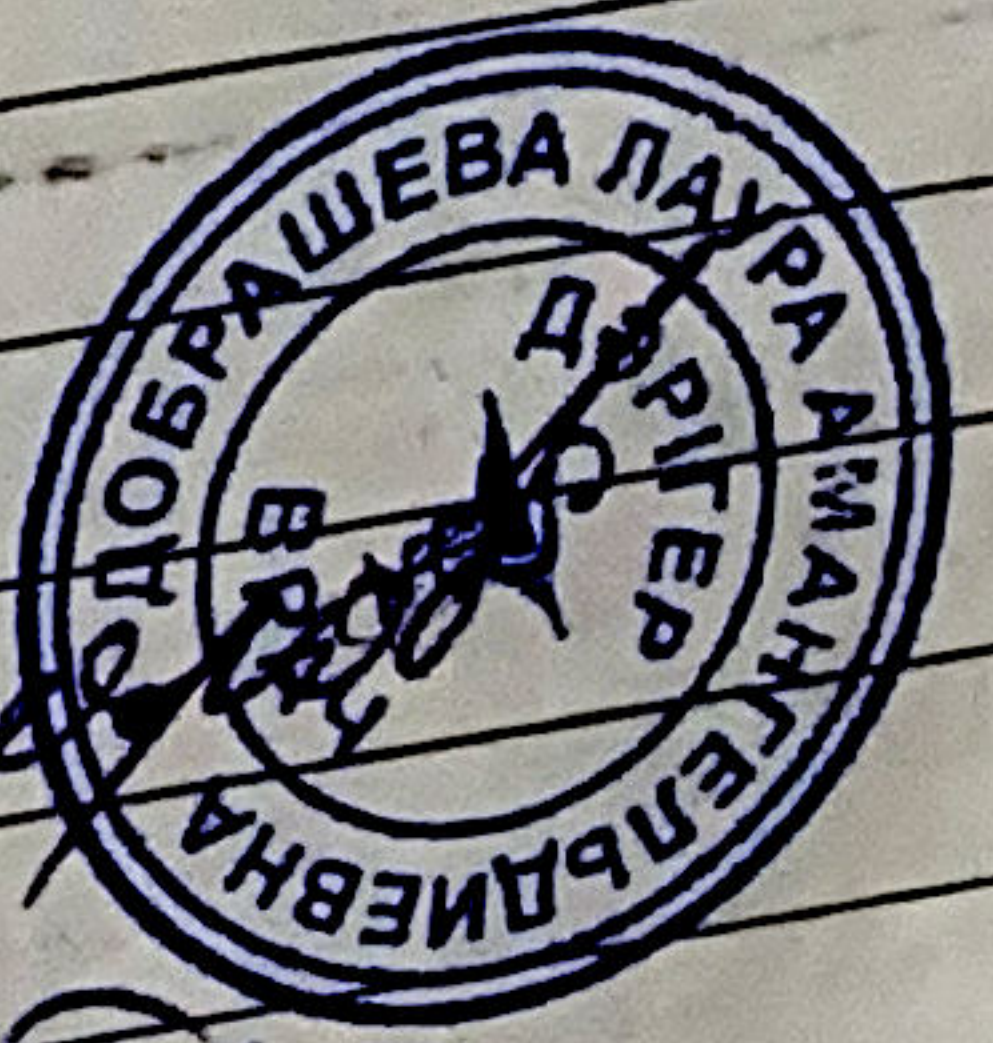
Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	
		Профиль	Климатическая зона

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 наличии) врача	его
от	до				

Подпись: 28.08.2024

лор от 28.08.24
Д/З: здоров



от 28.08.24
по 10.09

5-0
ок - нет
слож - 5

Эпикриз

Ребенок от беременности от 5 срочных родов. Родился с весом 3600

Период новорожденности протекал без особенностей. Растет и развивается физическом рахвитии не отстает.

Соответственно возрасту .Нервно-психическом

На диспансерном учете не состоит .Привит по календарному плану.

Из перенесенных заболеваний: *нет*

Из перенесенных заболеваний: нет

Осмотрен узким специалистом. Общее состояние удовлетворительное.

обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное.

Стол диуретический

Осмотрен узким специалистом. Общее состояние удовлетворительное. Сердце в пределах нормы. Легкие обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное. Желудок и кишечник в пределах нормы. Стул диурез нормальный.

Диагноз Здоров

Диагноз Здоров
По ИБВДВ нет низкого веса, нет низкого роста нет анемии
Гр. Здорovia. IIA Впр: 200р

По ИБВДВ нет низкого веса,
НПР- по возрасту.Гр.здоровья.

[illegible]



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 29.08.2024

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №2" на праве
хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актобинской области

1. ЖСН/ИИН: 210903551852

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

3. Туған күні (Дата рождения): 03.09.2021

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ЖИЛОЙ МАССИВ: Заречный-1, УЛИЦА: БУКЕНБАЕВА
МАЛКЕЖДАРА, ДОМ: 54

5. Медицинское заключение:

Д/З:Эпид окружение чистое.Кал я/гл отр.

6. Рекомендации (при необходимости):

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



Мөр
(Печать)