

Приложение 3 к приказу Исполняющего обязанности Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020

Форма № 052-2/у "Паспорт здоровья ребенка"

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

ИИН 2105155555955

Дата рождения 15.06.2000 Пол М

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления

Группа крови	Резус-фактор
0(I)	0(I) Rh(-)
0(I)	0(I) Rh(+)
A(II)	A(II) Rh(-)
A(II)	A(II) Rh(+)
B(III)	B(III) Rh(-)
B(III)	B(III) Rh(+)
AB(IV)	AB(IV) Rh(-)
AB(IV)	AB(IV) Rh(+)
O(IV)	O(IV) Rh(-)
O(IV)	O(IV) Rh(+)

Инвалидность (да/нет) группа нет

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (код МКБ-10) *

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

Таблица 5. Сведения о 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 справки	выдачи	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача	его
от	до				
04.09.25		кор	ДР! Здоров		
04.09.25		Стоматологическая клиника Самарово			
15.09.25		ДР! Здоров			



Примечания

ские заболевания

вания

ние

Год

я

ез

ический паротит

мы, операции)

единственная организация

15.09.25

на 19

217

с 32

отры

47-45

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

Профилактикалық екіселердің
КАРТАСЫ
КАРТА
 профилактических прививок
 есепке алынды (взят на учет)

20 ____ жылғы (года) « ____ »
 Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы _____
 (для организованных детей наименование детского учреждения) _____
 1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Маменов Ахжан Ростанович
 2. Туған күні (Дата рождения) 15.05.2021
 3. ИИН(ЖСН) 210515555855
 4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Заречный пәтер(квартира) _____
 көшесі (улица) Чапаева үй(дом) 5 корпус _____
 Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8407-742-05-48

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					
15.11.21	210515555855					1 мес после ч.в.в.
21.05.21	210515555855					2 мес после ч.в.в.
21.05.21	210515555855					3 мес после ч.в.в.
21.05.21	210515555855					4 мес после ч.в.в.
21.05.21	210515555855					5 мес после ч.в.в.
21.05.21	210515555855					6 мес после ч.в.в.
21.05.21	210515555855					7 мес после ч.в.в.
21.05.21	210515555855					8 мес после ч.в.в.
21.05.21	210515555855					9 мес после ч.в.в.
21.05.21	210515555855					10 мес после ч.в.в.
21.05.21	210515555855					11 мес после ч.в.в.
21.05.21	210515555855					12 мес после ч.в.в.

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
15.05.21	05.06.21	050624	0,5	283	050624	0,5	283	050624
26.07.21	26.07.21	260724	0,5	283	260724	0,5	283	260724
10.10.21	10.10.21	101024	0,5	283	101024	0,5	283	101024

Күл, көкжетел, сіреспеге қарсы екпе
 Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	15.05.21	0,5	130283	АДС-М	10	10	
	26.07.21	0,5	130283	АДС-М	10	10	
	10.10.21	0,5	130283	АДС-М	10	10	
Қайта егу Ревакцинация							

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжетел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – сорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында анатоксин мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – көкжетел вакцинасы.

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		Медицинал қайшылық Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		25.05.24	0,5	015004	ВГВ	Н/Д	Н/Д	
		05.06.24	0,5	143022	агиде + нобивель + ВГВ	Н/Д	Н/Д	
		10.10.24	0,5	180461	агиде + нобивель + ВГВ	Н/Д	Н/Д	
Қайта егу Ревакцинация		16.01.25	0,5	AB202309013	ВГВ	Н/Д	Н/Д	
		15.09.25	0,5	AB202405022	ВГВ	Н/Д	Н/Д	

Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайт лықтар Медицинский отв
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	7.03.24	0,5	013310063	Н/Д	Н/Д	

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықта (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
7.03.24	0,5	013310063	Н/Д	Н/Д		

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

Прививка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медицинал қайшылық (күні, себебі) Медицинский (дата, прич
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		05.06.24	0,5	019930	ПКВ	Н/Д	Н/Д	
Қайта егу Ревакцинация		10.10.24	0,5	019930	ПКВ	Н/Д	Н/Д	

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 ұйымда қалады. (ФАП) при вьезии ребенка на учет

ЭПИКРИЗ

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	103
Вес	18
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	Ч1 ЗЗ II Б
Медицинская группа для занятий физической культурой	Освобожден
Рекомендации	ЗОР
	Проф.ка ОРЗЧ
	Врач педиатр
	Иванов И.И.
	Мед. центр

* 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



Қазақстан Республикасы "Ақтөбе облысының
денсаулық сақтау басқармасы" мемлекеттік
мекемесінің шаруашылық жүргізу
"№2 қалалық емханасының
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны
«Заречный-1» дерігерлік амбулаториясы

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 15.09.2025

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

1. ЖСН/ИИН: 210515555955
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): МАКЕНОВ АЛИХАН ДОСЖАНОВИЧ
3. Туған күні (Дата рождения): 15.05.2021
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе, ДАЧНЫЙ КООПЕРАТИВ: Геолог-5, ДОМ: 101
5. Медицинское заключение:
Диагноз Здоров Эпид окружение чистое
6. Рекомендации (при необходимости):
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:
БАЙБУСИНОВА АЙНАШ МУРАТОВНА 215055