

211009552477

Қазақстан Республикасы
Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы
мемлекеттік мекемесінің
шаруашылық жүргізу құдығындағы
«№5 қалалық емханасы»
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны

суықтар

Приложение

Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

Дядя Миссия

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка

Асхан Нуралеев Нуржанов

Национальность

қазақ

Дата рождения

09.10.2017г.

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

ул. Бураева - 449

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

Место работы матери/ законного представителя

Телефон матери/ законного представителя

Ф.И.О. год рождения отца

Место работы отца

Телефоны отца / законных представителей

Поликлиника прикрепления

ГП №2

ОКУЛИСТ

19.08.2025. Д-р: Зурабов

ЛОР

19.08.2025. Д-р: Зурабов

НЕВРОПАТОЛОГ

12.08.2025. Д-р: Зурабов

ХИРУРГ

13.08.2025.

Д-р: Зурабов

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы «30» қазандағы № 175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации <i>Ақтөбе облысы</i>	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175/2020

Форма № 065/у "КАРТА профилактических прививок"
20 25 года " 11 " 09 взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения _____

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Ахметов Мухаммед
2. Дата рождения 09.10.2021.
3. Индивидуальный идентификационный номер _____
4. Домашний адрес: населенный пункт Менды улица _____
Дом _____ корпус _____ квартира 71
Отметки о перемене адреса _____

Прививка против туберкулеза *БЖ*

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		вакцинация	<u>17.10.2021.</u>	<u>0,5</u>	<u>0349874</u>	<u>1001</u>	<u>нет - по возрасту</u>
		ревакцинация					<u>нет - по возрасту</u>
							<u>нет - по возрасту</u>
							<u>нет - по возрасту</u>

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
<u>12.04.2021</u>	<u>09.10.2021.</u>	<u>95</u>	<u>13.02.2022</u>	<u>14.10.2021</u>	<u>04.08.22.</u>	<u>24</u>	<u>18.00.2022</u>	
<u>22.04.2021</u>	<u>15.06.23.</u>	<u>95</u>	<u>18.09.2021</u>					
<u>30.04.2021</u>	<u>16.04.24.</u>	<u>95</u>	<u>13.04.24</u>					

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>12.04.2021</u>	<u>09.10.2021.</u>	<u>0,5</u>	<u>13.02.2022</u>	<u>14.10.2021</u>	<u>нет</u>	<u>нет</u>	
	<u>22.04.2021</u>	<u>15.06.23.</u>	<u>0,5</u>	<u>18.09.2021</u>		<u>нет</u>	<u>нет</u>	
	<u>30.04.2021</u>	<u>16.04.24.</u>	<u>0,5</u>	<u>13.04.24</u>		<u>нет</u>	<u>нет</u>	
Ревакцинация	<u>12.04.2021</u>	<u>15.06.23</u>	<u>0,5</u>	<u>13.04.24</u>	<u>18.09.2021</u>	<u>нет</u>	<u>нет</u>	

* 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.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	1/1	09.10.21	0,5	180014	ВТБ	срб	срб	
	1/2	11.10.21	0,5	180014	ВТБ	срб	срб	
	1/3	21.10.21	0,5	180014	ВТБ	срб	срб	
Ревакцинация	1/1	22.10.21	0,5	202103023	ВТБ	срб	срб	

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	
ММК	04.08.22	0,5	0133NP3713	срб	срб	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод(дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
ММК	04.08.22	0,5	0133NP3713	срб	срб	

Прививка против других инфекций

вакцинация	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод(дата, причина)
					Общая (Т*)	Местная	
	12.11.21	04.01.22	0,5	ЕК 6020	срб	срб	срб
	11.10.21	04.08.22	0,5	ЕТВ182	срб	срб	срб

Дата снятия с учета _____

Подпись _____

Причина _____

ЭПИКРИЗ

Ребенок от III беременности, III родов
Родился весом 3600 гр., ростом 56 см
Ребенок рос и развивался соответственно возрасту.

Профилактические прививки по возрасту (индивидуальный календарь)

Перенесенные заболевания нет

Состоит на Д учете? ((ДА, НЕТ))

Ребенок осмотрен узкими специалистами перед поступлением в ДОУ

Рост 109 см., вес 17,0 кг

Жалоб нет. Объективное состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Зев спокоен.

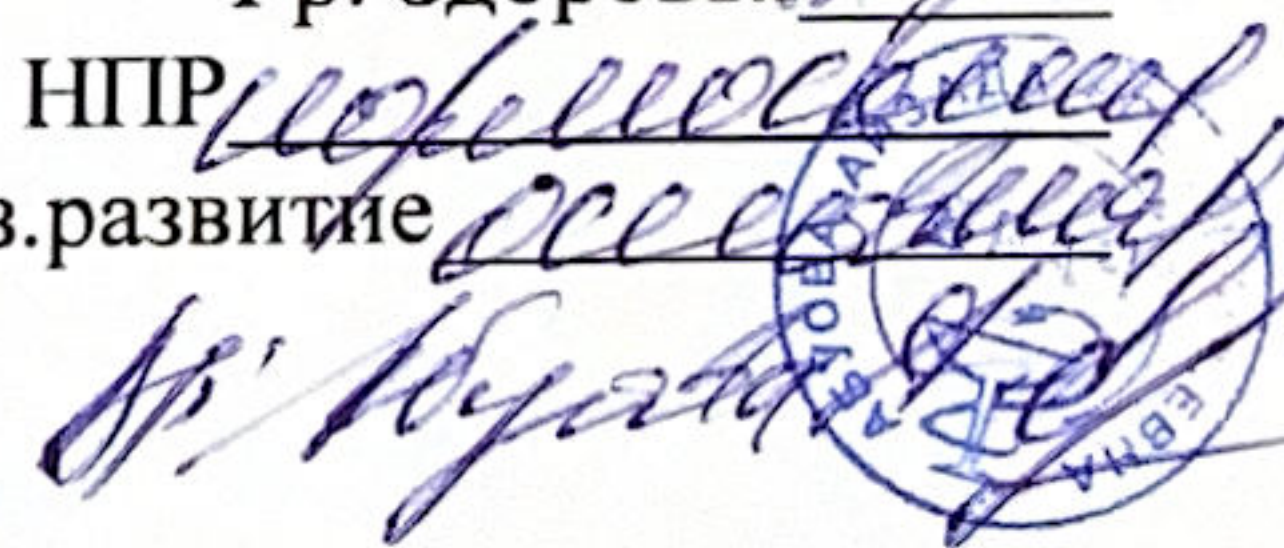
Периферические лимфатические узлы не увеличены. Сердечные тоны ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный. Стул и диурез в норме.

Диагноз: здоров

Гр. Здоровья Гр.

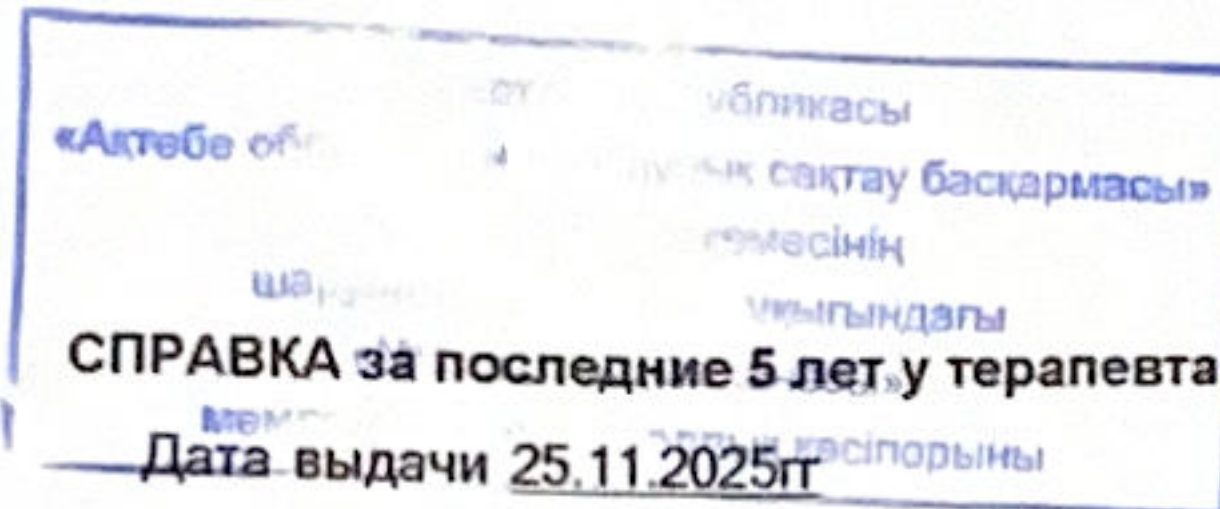
НПР норм

Физ.развитие норм



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 за последние 5 лет у терапевта, узких специалистов на диспансерном учете не состоит, инвалидность не имеет

Дата выдачи 25.11.2025г

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №5" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ 211009552417

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Асхат Мухаммад Нұрланұлы

3. Туған күні (Дата рождения) 09.10.2021г

4. Мекенжайы (Адрес): АКТЮБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ, АКТОБЕ, УЛ Гуцалло -449

5. Медицинское заключение
Д/З Здоров

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид окружения чистое

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

8. Вр. Абзал А.Е.

17621

