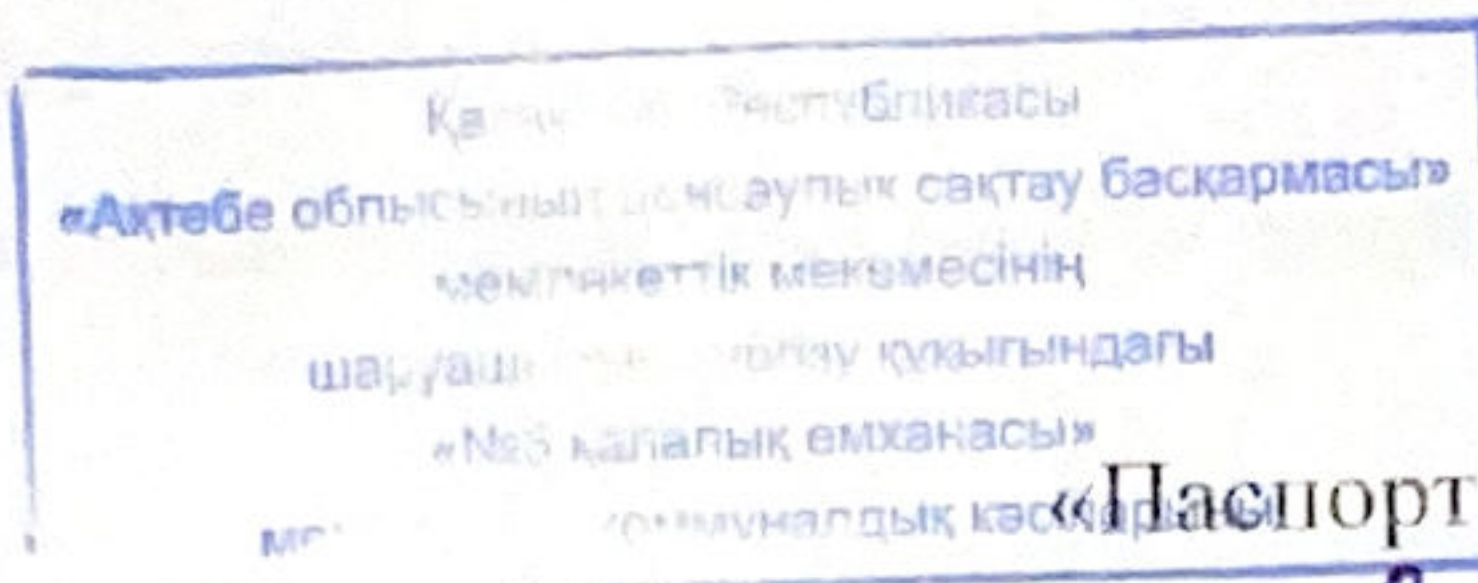


220331552754

сұмбар



Приложение
Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Бадурзов Сұлтан Бркенулы

Национальность қазақ Дата рождения 31.03.2022.
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)
ул. Рефтебаза - 40.

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

Место работы матери/законного представителя
Мукенеева Таулар 1984.

Телефон матери/законного представителя _____
Ф.И.О. год рождения отца Молтосбаев Бркенулы 1984.

Место работы отца _____

Телефоны отца / законных представителей _____

Поликлиника прикрепления _____

Группа крови _____ Резус - фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

вакцинация

31.03.2022

31.03.2022

31.03.2022

31.03.2022

31.03.2022

31.03.2022

НЕВРОПАТОЛОГ

28.11.2011



ЛОР

28.11.2011



Неврологический кабинет
ГКП «ГП №5» на ПАВ

КРР

Болалық дамыту кабинеті
Кабинет развития ребенка

28.11.2011

ХИРУРГ

27.11.2011



ОКУЛИСТ

28.11.2011



* 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		09.04.22	0,5	XV 200074	БТБ' ИФБ	ИФБ		
		20.03.23	0,5	13N2229MB	ИДС Уевт+мнзс+П/П ₃	сиф		
		18.09.23	0,5	V457TV	ИДС Уевт+мнзс+П/П ₃	сиф		
Ревакцинация								
		20.10.24	0,5	MB202309013	БТБ	ИФБ	ИФБ	

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	
N	17.07.24	0,5	PT33MP5B A	крб	крб	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод(дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V	17.07.2017	0,5	DT33K058H	крб	крб	

Прививка против других инфекций

вакцинация	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод(дата, причина)
					Общая (Т*)	Местная	
	V ₁ 20.03.23.	0,5	192708	превесен	н/б	н/б	
	V ₂ 17.07.24.	0,5	189430	превесен	н/б	н/б	

Дата снятия с учета _____

Подпись _____

Причина _____

ЭПИКРИЗ

Ребенок от III беременности, III родов
Родился весом 3600 гр., ростом 57 см
Ребенок рос и развивался соответственно возрасту.

Профилактические прививки по возрасту (индивидуальный календарь)

Перенесенные заболевания отр

Состоит на Дучете? ((ДА, НЕТ)) _____

Ребенок осмотрен узкими специалистами перед поступлением в ДОУ

Рост 102 см., вес 16,0 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: Узелок Т. 0.4

Гр. Здоровья

НПР *№*
Физ.развитие

Cell
Ap: *[Signature]*

		
		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама
Қазақстан Республикасы «Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы» мемлекеттік мекемесінің шаруашылық жүргізу құрылымындағы «№5 қалалық емханасы» мемлекеттік емханасының басқарушысы		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 28.11.2025		
Ұйымның атауы Наименование ГКП П №5 на ПХВ		
ІЖСН/ИИН	220331552754	
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) Бауыржан Султан Еркинулы		
3. Туған күні (Дата рождения): 31.03.2022г		
4. Мекенжайы	РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинский область г.Актобе ул; Нефтебаза -40	
Диагноз: Здоров		
5. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:		
Врач: Абуова А.Г.		
 		
Мөр (Печать)		