

210528530856

Ақтөбе

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

Приложение
Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

Ақтөбе

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

1. Общие положения

Ф.И.О. ребенка Берді Мекеев Сәбитов

Национальность қазақ Дата рождения 28.05.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)

с/о Ветеринария с/д - 38

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

Сәттегі Мейрам

Место работы матери/ законного представителя

Телефон матери/ законного представителя

Ф.И.О. год рождения отца Абботаев Сәбит

Место работы отца

Телефоны отца / законных представителей

Полуклиника прикрепления

Группа крови Резус - фактор

Инфекционность (да/нет) нет группа

ХИРУРГ

25.11.24 Н/С. Зоров

ЛОР

25.11.24 Н/С. Зоров

НЕВРОПАТОЛОГ

Зоров

ОКУЛИСТ

25.11.24 Н/С: Зоров

* Препараты 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 (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	0-4 лет	28.11	0,5 мл	20004	ВГВ	н/б	н/б	
	1-8 лет	24.12.23	0,5	1311229	Гепурикс	н/б	н/б	
	2-2	15.06.23	0,5	1311229	Гепурикс	н/б	н/б	
Ревакцинация								
V1 ВГВ	22.24	08.08.23	0,5	20203023	н/б	н/б		
V2 ВГВ	22.10.24	1.04.24	0,5	20203024	н/б	н/б		

КПН

Прививка против паротита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т*)	Местная	
V1	12.3.22	14.09.22	0,5	0130408А	н/б	н/б	
V2	22.8.24	26.7.24	0,5	0130408А	н/б	н/б	

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
					Общая (Т*)	Местная	
V1	12.3.22	14.09.22	0,5	0130408А	н/б	н/б	
V2	22.8.24	26.7.24	0,5	01334018А	н/б	н/б	

Шевченко

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	12.3.22	14.09.22	0,5	Е70182	Превенар	н/б	н/б	
Ревакцинация	12.8.24	24.7.23	0,5	Е111526	Превенар	н/б	н/б	

Дата снятия с учета) _____

Подпись _____

Причина _____

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.

ЭПИКРИЗ

Ребенок от I беременности, I
Родился весом 2490,0 гр., ростом 53 см родов
Ребенок рос и развивался соответственно возрасту. 53 см см

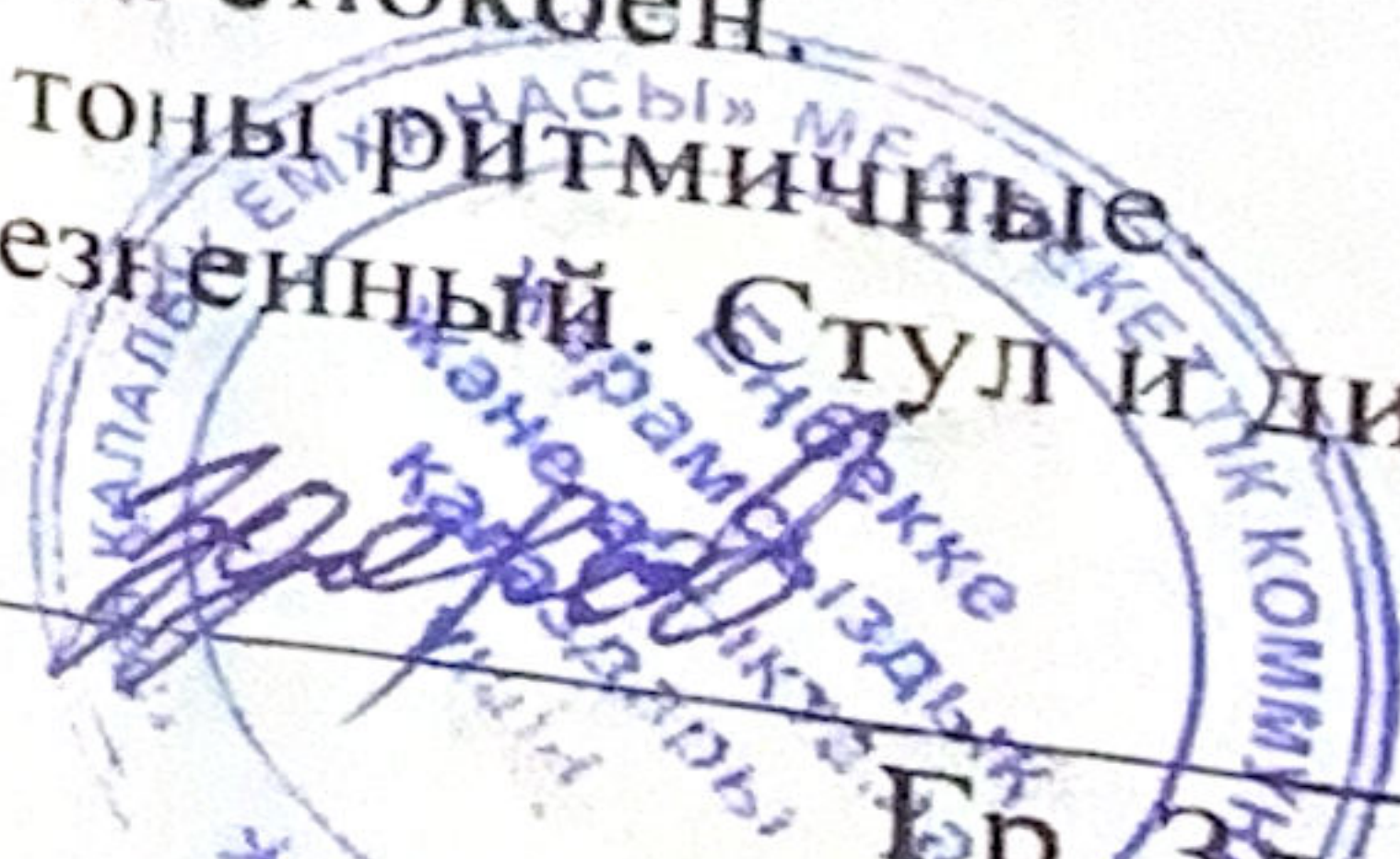
Профилактические прививки по возрасту (индивидуальный календарь)
Перенесенные заболевания 2022 - 2023, ветряночная оспа, Коклюш

Состоит на Д учете? ((ДА, НЕТ))

Ребенок осмотрен узкими специалистами перед поступлением в ДООУ
Рост 98 см., вес 16 кг

Жалоб нет. Объективное состояние удовлетворительное. Кожные покровы
и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Зев спокоен.
Периферические лимфатические узлы не увеличены. Сердечные ритмичные.
Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный. Стул и диурез в
норме.

Диагноз:



НПР
Физ. развитие нормальное
Состояние здоровья
Вр: Масеубаева

рекомендуется
д. Сау



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

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 О наличии медицинских показаний для проведения тех или иных методов обследования, лечения, санаторно-курортного лечения, для занятий спортом, детский сад, в школе посещения бассейна

Дата выдачи: 25.11.2024

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

1. ЖСН/ИИН: 210528550856

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Берді Әлихан Ерболұлы

3. Туған күні (Дата рождения): 28.06.2021г

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД Ақтөбе ул: С/к Вишневый -38

5. Медицинское заключение:

Здоров

6. Рекомендации (при необходимости): Эпид.окружение чистое.

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

Жанбырбаева Р.Н.

19867

Мер
(Печать)