

by bay

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 Мухтар Сансар

ИНН 230227553639

Дата рождения 27.02.23 Пол М

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) г. Алматы Заречный район 4-52

Сведения о законных представителях:
Мамышев Абрам 1997г

Поликлиника прикрепления М-2

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 не состоит

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступл ения	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекци онная	Общая	Коррекцион ная	Общая	Коррекционная

Вирусі гепатитко карсы екіге
Прививка против вирусного гепатита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың Наименование препарата	Екіге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
					Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		49.08.13	0550344	ВНД	НД	НД	
Қайта егу Ревакцинация		19.11.14	45	Хибер-адрен-вакцина	НД	НД	
		27.09.15	45	АВХ23ВР13	НД	НД	

Перититке карсы екіге
Прививка против перитита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екіге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
		19.11.14	45	ВЗВНОВТ	НД	

Қызылшаға карсы екіге
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екіге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
		29.03.14	45	ВЗЗ3НОВТ	НД	

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екіге (Прививка против других инфекций)

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың Наименование препарата	Екіге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
					Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		19.11.14	45	ВЗЗ3НОВТ	НД	НД	
Қайта егу Ревакцинация		27.09.15	45	ВЗЗ3НОВТ	НД	НД	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

Карта бағаны есепке алғанда бағалар емдеу - профилактикалық ұйымдары: (ЕПТ) толтырылады
Қаладан (аудандан) көшкен кезде қолына егілген туралы анықтама беріледі.
Карта ұйымда қалады.

Карта заповняется в медицинском учреждении



Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 19.03.2026

Наименование организации [государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника №2" на праве
хозяйственного ведения] государственного учреждения [Управление здравоохранения Акмолинской области]

1. ЖСН/ИНН: 230227553639

2. Пациенттің тең, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента):

МҰХТАР САҢЖАР СӘУЛЕТҰЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 27.02.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Акмолинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, ДАЧНЫЙ КООПЕРАТИВ: Геонор-4, ДОМ: 52

5. Медицинское заключение

Диагноз здоров. Эпид. окружение чистое

6. Рекомендации (при необходимости):

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

ЖУМАХАНОВА НАБИРА АЙТМОВНА

245570



Қазақстан Республикасы Ақмола облысы Ақтобе қаласы
2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
Медициналық құжаттарды медициналық құжаттама
Медициналық құжаттама формасының № 027/у бұйрығымен бекітілген
2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е

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 выдачи справки		Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество(при наличии) врача	его
от	до				
16.03.26		Хирург	ДР. Зорев		
16.03.26		ЛОР	ДР. Зорев		
16.03.26		Ожирение	ДР. Зорев		
16.03.26		Неврологический	ДР. Зорев		
16.03.26		Стоматологический	ДР. Зорев		
		Рентг	Самаров		

19.03.26 ЛОР ДР. Зорев
ДР. [подпись]

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	96
Вес	16
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	группа 1
Медицинская группа для занятий физической культурой	основная
Рекомендации	Занятия физ. кул. 3-4

* 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