

Құрылған
 суық
 Д.сәу

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Саматова

Алесса Байрамовна

ИИН 220930654872

Дата рождения 30.09.22 Пол асен

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)
Жемтербаев. 6

Сведения о законных представителях:

Саматерин Байра

Ермажарова Айгерим

Поликлиника прикрепления 3-й

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Инвалидность (да/нет) группа _____

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

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



Қазақстан Республикасы
Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы
мемлекеттік мекемесінің
шаруашылық жүргізу құрылымындағы
"№2 қалалық емханасы"
мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны
Ақтөбе қаласы, Ахтанов көшесі, 50

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 19.11.2025

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

1. ЖСН/ИИН: 220930654872

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): САМАТОВА АЯЛА ҚАЙРАТҚЫЗЫ

3. Туган күні (Дата рождения): 30.09.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, РАЙОН: Уилский, УЛИЦА: Кантарбай, ДОМ: 6

5. Медицинское заключение:

На "Д" * Учете не состоит

Д/З : Здорова

Эпид окружение чистое. Может посещать в дет сад

6. Рекомендации (при необходимости):

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

КУАТОВА НАЗИРА АКАНТАЕВНА

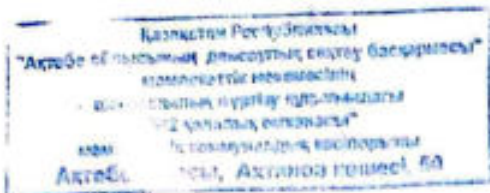
195718



Прививка против вирусного гепатита

Прививка против паротита + краснуха

Стр. 4 ф. № 065/у



Приложение 7 к приказу
Исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 30 октября 2020 года
№ КР ДСМ-175/2020

Форма № 065/у "КАРТА профилактических прививок"

20__ года "___" _____ взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Саматова Алия Жауатовна

2. Дата рождения 30.09.2022

3. Индивидуальный идентификационный номер 220930654872

4. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица _____

Дом _____ корпус _____ квартира _____

Отметки о перемене адреса: _____

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
		вакцинация		01.10.22	20,058/1	0316009	
		ревакцинация					Температура
							Земля
							Битая
							Битая

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
	05.09.22	УЗН 229	11мф	29.09.22	24	0028	01м	
	19.02.23	УЗН 229	11мф					
	27.03.23	УЗН 229	11мф					
	18.03.24	20,5 ХОД 197	19мф					

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация		05.09.22	20,5	УЗН 229	Тексер	н/б	н/б	
		19.02.23	20,5	УЗН 229	Менгас	н/б	н/б	
		27.03.23	20,5	УЗН 229	Тексер	н/б	н/б	
Ревакцинация		18.03.24	20,5	ХОВ 141	Менгас	н/б	н/б	

* Препараты обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с

Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

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				
	14.10.25	ВЛР	Др. Зарова		
	14.11.25	Окулист	Др. Зарова		
		Безоспособности			
	14.11.25	Хирург	Др. Зарова		
	14.11.25	Невролог	Др. Зарова		
	14.11.25	Стоматолог	Др. Зарова		

Др. Зарова

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	19.11.28
Рост	96 см
Вес	14 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здорова
Группа здоровья	IIa
Медицинская группа для занятий физической культурой	Основная
Рекомендации	1) Только целевое лечение 2) Прогулки на свежем воздухе 3) ОРЗ, ОРВИ
	Вр. [подпись]

* 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
19.11.28	—	—