

22 1102 553748



Приложение
Форма № 052-2/у

«Паспорт здоровья ребенка»

Джамал Момна

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

1. Общие положения

Амал

Ф.И.О. ребенка Баутосбаи Мом - Мухаммад

Национальность Кыргыз Дата рождения 02.11.2022.
Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) Федор - Озмичев - 8

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

Место работы матери/ законного представителя _____

Телефон матери/ законного представителя _____

Ф.И.О. год рождения отца Ойкоров Жамалбек

Место работы отца _____

Телефоны отца / законных представителей _____

Поликлиника прикрепления _____

Группа крови _____ Резус - фактор _____

Инвалидность (да/нет) _____ группа _____

ЛОР

08.09.2025. Ref: Зухров

ХИРУРГ

09.09.2025. Ref: Зухров

ОКУЛИСТ

10.09.2025. Ref: Зухров

НЕВРОПАТОЛОГ

09.09.2025. Ref: Зухров



Қазақстан Республикасы
«Ақтебе 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 состоянии здоровья

Дата выдачи 10.09.2025г

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

1. ЖСН/ИИН: 221102553748

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Бақтыбай Жан –Мұхаммед

3. Туган күні (Дата рождения): 02.11.2022г

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актюбинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе ,ул ФЕДОР Озмитель -8

5. Медицинское заключение:

Диагноз: Здорова

6. Рекомендации (при необходимости):

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

Вр.Абуова А.Е.

18643



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республика Казахстан Ұлттық медициналық Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы «30» қазан № ҚР ДСМ-175/2020 № 065/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма №065/у Утверждена приказом м.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020
--	---

Профилактикалық екепелердің

КАРТАСЫ

КАРТА

профилактических прививок

20 25 сәуірі (тода) « 08 09 »

есепке алынды (взят на учет)

Ұлттық медициналық балалар үшін балалар мекемесінің атауы

1. Организованных детей наименование детского учреждения)

2. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)

3. Туған күні (Дата рождения)

4. Мекенжайы

5. Мекенжайы енді мекен (Домашний адрес: населенный пункт)

6. Көкест (улицы)

Мекенжайы ауылдық туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екеп

Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулез пробы	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
нәтижесі результат					
егу вакцинация	20.11.22	01.05	0.5	1005-1005-1005	1005-1005-1005
кайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екеп

Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
5 мес 26.04.23	05	V3N229K	1 жас	27.05.24	24	27.05.24	24	24
6 мес 29.05.23	05	X0A9614	1 жас	29.05.24	05	29.05.24	05	05
1 жас 06.07.23	05	V3E501V	1 жас	29.07.24	05	29.07.24	05	05

Құл, көкжотел, сіреспеге қарсы екеп

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екепке дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	5 мес 26.04.23	05	V3N229K	1 жас	27.05.24	24	24	24
Кайта егу Ревакцинация	29.05.23	05	X0A9614	1 жас	29.05.24	05	29.05.24	05

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжотел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антигендері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – көкжотел вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированная дифтерийно-столбнячная анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

**Вирусті гепатитке карсы екпе
Прививка против вирусного гепатита**

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		08.11.23	0,5	0842A004H	Б/В	себ	себ	
Қайта егу Ревакцинация		26.04.23	0,5	03N2394	Медесор	себ	себ	
		06.11.23	0,5	03E 501K	Медесор	себ	себ	
		29.01.24	0,5	00200308013	Б/В	себ	себ	

**Паротитке карсы екпе
Прививка против паротита**

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
		27.08.24	0,5	0132M033H	себ	себ

**Қызылшаға карсы екпе
Прививка против кори**

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
		27.08.24	0,5	0132M033H	себ	себ

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация		26.04.23	0,5	002108	Медесор	себ	себ	
Қайта егу Ревакцинация		06.11.23	0,5	040084	Медесор	себ	себ	
		27.08.24	0,5	007362	Медесор	себ	себ	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____

Қолы (Подпись) _____

Себебі (Причина) _____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қаладан (ауылынан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұлкенде қалады.

Карта заносится 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 II беременности, II родов
Родился весом 3000,0 гр., ростом 54 см
Ребенок рос и развивался соответственно возрасту.

Профилактические прививки по возрасту (индивидуальный календарь)

Перенесенные заболевания отр

Состоит на Д учете? ((ДА, НЕТ)) _____

Ребенок осмотрен узкими специалистами перед поступлением в ДОУ

Рост 95 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: здоров

Гр. Здоровья III

НПР соответствует

Физ. развитие соответствует

соответствует возрасту
Врач: Абулва Д.С.