

1
Аманжол

Бүбү

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Кузнецов Р.

ИИН 23 05 11 6 5 5110.

Дата рождения 11 05 23 Пол муж.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа) Жолабай 8.

Сведения о законных представителях:

Тастамбетов Аманжол
Евдокимов Алексей

Поликлиника прикрепления ГМН 2 Заречный

Группа крови — Резус-фактор —

Инвалидность (да/нет) группа —

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) —

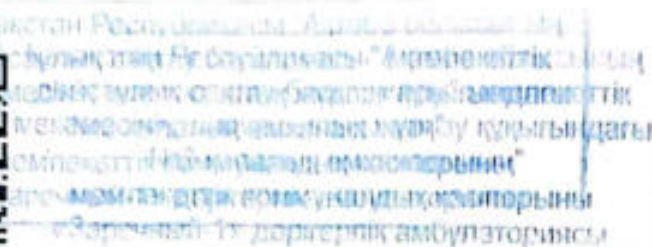
Диагноз (код МКБ-10) * здоров

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	Коррекцио нная	Общая	Коррекцион ная	Общая	Коррекционная



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 № КР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

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

1. ЖСН/ИН: 23051165110

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента) Қуанышкерек Фатима Амандыққызы

2. Медицинское заключение:

Диагноз : была на приеме у врача 11 05 2023

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

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

ӘБЕНТАЕВА ЖАНЫЛСЫН ШЫНЖАНКЫЗЫ

228417



Мөр
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Ұйымның атауы Наименование организации	Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

КАРТА

профилактических прививок

20 23 года " 05 " 19 _____ взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения _____

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Куандикирелі Ратимов
 2. Дата рождения 11.05.2023
 3. Индивидуальный идентификационный номер 230511655110
 4. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица Атам, Төлебаев
 Дом _____ корпус _____ квартира _____
 Отметки о перемене адрес г. Заречный - 1,

Прививка против туберкулеза

Туберкулезное прибытие	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат				
	вакцинация	<u>V1g</u>	<u>12.05.23 0,05 DTH 28044</u>		
	ревакцинация				

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
<u>V1</u>	<u>25.08.23</u>	<u>V3N246V</u>	<u>V1</u>	<u>26.09.23</u>	<u>V3E051V</u>			
<u>V2</u>	<u>25.08.2023</u>	<u>W0C521M</u>						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>V1</u>	<u>25.08.23</u>	<u>0,5</u>	<u>V3N246V</u>	<u>аксаксиме ИБ</u>			
Ревакцинация	<u>V2</u>	<u>25.08.23</u>	<u>0,5</u>	<u>W0C521M</u>	<u>аксаксиме ИБ</u>			
	<u>V3</u>	<u>26.09.23</u>	<u>0,5</u>	<u>V3E051V</u>	<u>аксаксиме ИБ</u>			

* 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	V ₁	18.05.23	0,5	170004	НГ, В ₁	н/б	н/б	
Ревакцинация								

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	
V ₁	13/05.24	0,5	013312058А	н/б	н/б	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V ₁	15.05.24	0,5	013500058А	н/б	н/б	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V ₁	25.04.23	0,5	9А2168	НКВ ₁	н/б	н/б	
Ревакцинация	V ₂	26.09.23	0,5	9А2168	НКВ ₂	н/б	н/б	

Дата снятия 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.



Таблица 5. Сведения о санаторно-курортном (и приравненном к нему) лечении

Дата	Диагноз (код МКБ-10)	Учреждение	
		Профиль	Климатическая зона
ОБК.	1.1.11.25	КБ-118.	СОЗ-3. сек 2.
ОАМ.	11.11.25	Белек-мет	
	кафедра	ИЗМ. 2025.	отрезательно.

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
от	до			
	ВОМ.	10.11.2025	Зурова	
	кор.	10.11.25	Зурова	
	невероятно 10/11/25		Зурова	
	10/11/25. скелет.		Зурова	

«

A

Таблица 7. Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год*

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	11.11.25.
Рост	112
Вес	15.
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Заболевания
Группа здоровья	Заболевания
Медицинская группа для занятий физической культурой	Заболевания
Рекомендации	30 МК

* 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