

Абдрахман Аруназ



**БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ
ПАСПОРТЫ**

**ПАСПОРТ
ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА**

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

- Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Заболевания	Год	Заболевание	Год
Корь	—	Дифтерия	—
Коклюш	—	Туберкулез	—
Скарлатина	—	Эпидемический паротит	—
Брюшной тиф	—		
Ветряная оспа	—		
Краснуха	—		
Вирусный гепатит (А, В, С, Д)	—		

Таблица 4. Сведения о госпитализации (включая травмы, операции)

[illegible]

Приложение № 052-2/у

Жоспарлары төрелетілген медициналық тексеру мәліметтері
Данные плановых и диспансерных медицинских осмотров
1 жастағы баланың денсаулығын тексеру 1-3 жас

Параметрлері / Параметры	1 жаста в 1 год	2 жаста в 2 год	3 жаста в 3 год	4 жас в 4 год
Тексеру күні/Дата обследования				16.07.26
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)				52
Бояу/Тест				98 см
Салмағы/Вес				18 кг
Шағым/Жалобы				нет
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов				
Педиатр			Здоров	
Хирург (ортопед)			Здоров	
Офтальмолог			Здоров	
Отоларинголог			Здоров	
Невропатолог			Здоров	
Стоматолог			Здоров	
Өзге де мамандар Другие специалисты			Здоров	
Зертханалық мәліметтер (қан анализі, ішек құрт қабыршақтарына несеп, нәжіс анализі) Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)			ОАК ОАЭ кал на глисты	Здоров
Қорытынды диагноз Заключительный диагноз			Здоров	
Табиғи дамуын бағалау Оценка физического развития			норма	
Жүйке психикалық дамуын бағалау Оценка нервно-психического развития			норма	
Денсаулық тобы Группа здоровья			I группа	
Ұсыныстар (сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы және түрлері типіндегі білім беру мекемесіне түсу білімнің жоғары мазмұнды мекемесі және басқалар) Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждение с повышенным содержанием образования)			Здоров	
Қолы/Подпись				

Зертханалық зерттеулердің мәліметтері /
Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
Общий анализ крови	15.07.26	Всех показателей СОЭ - 4 мм
Общий анализ мочи	15.07.26	Всех показателей
Кал на яйца глист	15.07.26	не обнаружено

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 его наличии) врача
	от	до		

3. Сведения о наличии профилактических прививок по форме № 065/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в

Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 "Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № № 21820)).

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Дата обследования	16.04.20
Рост	150 см
Вес	18 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	1 группа
Медицинская группа для занятий физической культурой	1 группа
Рекомендации	Занятия физкультурой

* 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

* при наличии

Эпикриз

ЖАУАПКЕРШІЛІГІ

АТСТУДІ СЕРІАТЭСІН

«ТГ и К»

ТӨРАҒИШЕСТВО С О

АМБІЕДНӨЙ ОТВЕТСТВ

АЛҒАҚ МЕД

НАНАЛЫҚ ОРТАЛЫҚ

Ребенок от 4 беременности, 4 родоп.
Вес при рождении 3 кг, рост 52 см.
Рос и развивался соответственно по возрасту.
Осмотрен узкими специалистами.

Прививки по календарю.

На «Д» учете не состоит. Общее состояние
удовлетворительное. Кожные покровы и видимые
слизистые чистые, обычной окраски. Зев - спокоен.
Периферические лимфоузлы не увеличены.
В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.
Тоны сердца ясное, ритмичные. Живот мягкий,
безболезненный. Сон и аппетит не нарушен.
Стул и диурез в норме.

Диагноз: Здоров (а)

Группа здоровья: 2 группа

В школу/детский сад допускается
Эпид.окружение чистое

Врач: Гудай Гужиева

Допускается в детский сад



Бала денсаулығы паспорты
Паспорт здоровья ребенка



ЖАУАПКЕРШІЛІК ШЕКТЕМЕСІ
«ТТИК»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
ОТАСАРИҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ

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 здравоохра

нения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи: 26.05.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью "ТТИК"

2. Пациенттің аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Абдрахман Аруназ Дарханқызы

3. Туған күні (Дата рождения): 18.07.2021

4. Мекенжайы (Адрес): Город, Ақтобе Батыс 2

5. Медицинское заключение:

Здоров. Эпид. окружение чистое. Допускается в садик

6. Рекомендации (при необходимости): Кал на я/г не обнаружено

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

Вр Кудайбергенов М Д



Мер
(Печать)