



Приложение  
к инструкции по заполнению  
и ведению учетной формы 052-2/у  
«Паспорт здоровья ребенка»

## Форма №052-2/у «ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка \_\_\_\_\_

Национальность киргиз

Дата рождения 10.09.2022

Пол: мужской/женский (подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя \_\_\_\_\_

Место работы матери/законного представителя \_\_\_\_\_

Телефон матери/законного представителя \_\_\_\_\_

Ф.И.О год рождения отца \_\_\_\_\_

Место работы отца \_\_\_\_\_

Телефоны отца \_\_\_\_\_

законных представителей \_\_\_\_\_

Поликлиника прикрепления \_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_ Резус-фактор \_\_\_\_\_

Инвалидность (да/нет) \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_

Таблица 1. Характеристика организаций

| Месяц,<br>год<br>поступле<br>ния | Характеристика организаций |                   |                                        |                   |                                  |                   |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------|
|                                  | Дошкольная<br>организация  |                   | Организация<br>среднего<br>образования |                   | Организация<br>интернатного типа |                   |
|                                  | Общая                      | Коррекци<br>онная | Общая                                  | Коррекци<br>онная | Общая                            | Коррекцион<br>ная |
|                                  |                            |                   |                                        |                   |                                  |                   |
|                                  |                            |                   |                                        |                   |                                  |                   |
|                                  |                            |                   |                                        |                   |                                  |                   |
|                                  |                            |                   |                                        |                   |                                  |                   |
|                                  |                            |                   |                                        |                   |                                  |                   |
|                                  |                            |                   |                                        |                   |                                  |                   |
|                                  |                            |                   |                                        |                   |                                  |                   |
|                                  |                            |                   |                                        |                   |                                  |                   |

**Таблица 2. Аллергоанамнез**

Аллергия (есть/нет)

**Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания**

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

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

Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности (согласно форме № 035/у «Форма учета медицинских услуг»).

Иммунопрофилактические мероприятия согласно форме № 065/у «Карта профилактических прививок» 4. Данные профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № КР 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»)

Таблица 7. Профилактические осмотры

| Параметры                                                                                 | от 3<br>до 4<br>лет | от 4<br>до 5<br>лет | от 5<br>до 6<br>лет | от 6<br>до 7<br>лет | от 7<br>до 8<br>лет | от 8<br>до 9<br>лет | от 9<br>до 10<br>лет |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| Дата<br>обследования                                                                      | 25.09.              |                     |                     |                     |                     |                     |                      |
| Возраст ребенка<br>(на момент<br>осмотра)                                                 | 3х                  |                     |                     |                     |                     |                     |                      |
| Рост                                                                                      | 110                 |                     |                     |                     |                     |                     |                      |
| Вес                                                                                       | 13                  |                     |                     |                     |                     |                     |                      |
| Жалобы                                                                                    | нет                 |                     |                     |                     |                     |                     |                      |
| Заключительны<br>й диагноз (в том<br>числе основной<br>и<br>сопутствующие<br>заболевания) | здоров              |                     |                     |                     |                     |                     |                      |
| Группа здоровья                                                                           | I.                  |                     |                     |                     |                     |                     |                      |
| Медицинская<br>группа для<br>занятий<br>физкультурой                                      | 20х                 |                     |                     |                     |                     |                     |                      |
| Рекомендации                                                                              | 4х                  |                     |                     |                     |                     |                     |                      |
|                                                                                           |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                      |



\*при наличии

[illegible]

  
 Подпись: С. С. Козлов  
 Дата: 18.02.2017  
 Место: г. Москва

|                                                                                                                                                                                         |       |          |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|----------|
| Педиатр (в т.ч. ЧСС в мин. АД 3 раза)                                                                                                                                                   |       |          |          |
| Хирург (ортопед)                                                                                                                                                                        | ИРУРГ | 25.09.25 | Зарубина |
| Невропатолог (в 1 год)                                                                                                                                                                  | 306   | 25.09.25 | Зарубина |
| Отоларинголог                                                                                                                                                                           | 306   | 25.09.25 | Зарубина |
| Офтальмолог                                                                                                                                                                             | 302   | 25.09.25 | Зарубина |
| Логопед (с 3х лет)                                                                                                                                                                      | 302   | 25.09.25 | Зарубина |
| Стоматолог (ежегодно)                                                                                                                                                                   | 302   | 25.09.25 | Зарубина |
| Другие специалисты                                                                                                                                                                      | 302   | 25.09.25 | Зарубина |
| Лабораторные данные (общий анализ крови, анализ мочи, кал на я/гл.)                                                                                                                     |       | 23.09.25 | отр      |
| Заключительный диагноз (в т.ч. основной, сопутствующие заболевания)                                                                                                                     |       | 23.09.25 | отр      |
| Оценка физического развития                                                                                                                                                             |       |          |          |
| Оценка нервно-психического развития                                                                                                                                                     |       |          |          |
| Группа здоровья                                                                                                                                                                         |       |          |          |
| Рекомендации (оздоровление, режим, питание, закаливание, поступление в образовательное учреждение общего и коррекционного типов, учреждения с повышенным содержанием образования и др.) |       |          |          |
| Подпись врача педиатра                                                                                                                                                                  |       |          |          |



## Эпикриз

### Эпикриз

Жалоб нет. На Д учете не состоит.  
Привит по возрасту  
Травм, переломов не было.  
Аллерго анамнез: без особенности.  
Общее состояние удовлетворительное.  
Объективно: кожные покровы чистые,  
зев чистый. Периферические лимф узлы не  
увеличены,  
в легких везикулярное дыхание, хрипов нет.  
Сердечные тоны ясные, ритмичные  
Живот мягкий безболезненный, стул и диурез в  
норме.  
НПР- соответствует возрасту  
ФР- соответствует возрасту  
Дз: Здоров. Группа здоровья I  
Рижим - основной  
Питание- общее

Допускается в детскую поликлинику  
Врач: Оспанов А. Д.





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 25.09.2025 г.

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "Медикер Илак"

2. Пациенттің тегі, вты, өкесінің вты (Фамилия, имя, отчество пациента): Лес Аяулым

3. Туған күні (Дата рождения): 10.09.2022г

Мекенжайы (Адрес): АКТЮБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ, Магилык Ел32, кв17

2. Медицинское заключение:

3. Д/з: Здоров

4. Эпид. окружение чистое

5. На Д учете не состоит

6. Кал на я/г отр. 19.09.2025-  
отрицательно.

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

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

Оспанова А.Д.

176766

