



**БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ
ПАСПОРТЫ**

**ПАСПОРТ
ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА**

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 19 декабря 2023 года №173

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка

Мостанов Тимур

ИНН

Дата рождения

18.03.23

Пол

меч

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

г. Астана

Сведения о законных представителях:

Поликлиника прикрепления

Меркис

Группа крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет)

нет

группа

нет

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

нет

Диагноз (код МКБ-10)*

Z0.00

Дата взятия на диспансерный учет

18.03.2023

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррек- ционная	Общая	Коррек- ционная	Общая	Коррек- ционная

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет) <u>есть</u>				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

* 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 к форме №052-2/у

Жеопарлары терекдетілген медициналық тексеру мәліметтері/Данные плановых углубленных медицинских осмотров 5-7 жаста (мектепке барар алдында) / В возрасте 5-7 лет (перед школой)

Параметр	5 жаста В 5 лет	Мектепке дейінгі 1 жыл (6 жаста) За 1 год до школы (в 6 лет)	Мектепке барар алдында (7 жаста) Перед школой (в 7 лет)
Тексеру күні/Дата обследования	14.08.20		
Баланың жасы/Возраст ребенка (на момент обследования)	5,2		
Бояу/Рост	116 см		
Салмағы/Вес	25 кг		
Шағымы/Жалобы	не жанады		
Мамандардың тексеруі/ Осмотры специалистов	Педиатр: [подпись] Хирург (ортопед): [подпись] Сыртқы емделуші: [подпись] Оториноларинголог: [подпись] Невропатолог: [подпись] Стоматолог: [подпись]		
Емге де міндеттер /Другие специальности			
Зертханалық мәліметтер (қанның жалпы анализі, ішек құрт қабыршақтарына зерттеу, нәзік анализ)	Зерттеу нәтижесі: [подпись]		
Лабораториялық деректер (общий анализ крови, анализ мочи, кал на яйца глист)	Зерттеу нәтижесі: [подпись]		
Қорытынды диагноз/Заключительный диагноз	Здоров		
Табиғи дамуымен бағалау/Оценка физического развития	норм		
Жүйке-өсімдікшілік дамуымен бағалау/Оценка нервно-психического развития	норм		
Денсаулық тобы/Группа здоровья	I группа		
Дене шынықтырумен айналасатын медициналық топ			
Медициналық топ			
Спортпен байланыс немесе спорттық биік айналыста ұсынылғандар	Спорттық түрі (хороший)	Аяқталған / шектелген / қарсы аяқталған (астың сұзыу керек)	
Рекомендациялар к занятиям спортом, баланың иш спортпен танымал	Вид спорта (указать)	Показано / ограничено / противопоказано (подчеркнуть)	
Емделуші			
Сауығу, режим, тамақтану, шынығу, жалпы жинастыру тәсілдері/Силам беру мекемесіне түсуі/лімнің жоғары мектеміне жеткізілуі және басқалар/рекомендации/режим, питание, закаливание/студиялық және образовательное учреждение общего образовательного типа, учреждение с высоким содержанием образования)	[подпись]		
Подпись	[подпись]		

Зертханалық зерттеулер / Лабораторные исследования
Зертханалық зерттеулердің мәліметтері /
Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәзік және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
Общий анализ крови	14.08.20	гемоглобин 119
		СОЭ 4 мм/ч.
Общий анализ мочи	14.08.20	белок - нет
		уфа - отриц.
Кал на яйца глист	14.08.20	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 № КР 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 № 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" (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	12.09.20
Рост	172
Вес	76 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Исчерпывающе
Группы здоровья	2 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



АУАПҚЕРШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СЕРІКТЕСІ
«ТТиК»
ТОВАРИЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
ОТБАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

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 18.08.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищества с ограниченной ответственностью «ТТиК»

1. ЖСН/ИИН: [REDACTED]
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): Мырзагүл Томирис
3. Туған күні (Дата рождения): 17.18.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актобинская, ГОРОД ОБЛ ЗНАЧ.: Актобе
5. Медицинское заключение:
Здоров. Эпид. окружение чистое. Может посещать. Садик. Кал на я/г не обнаружено
6. Рекомендации (при необходимости): _____
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку: _____

Досжанова ҚЖ



Мөр
(Печать)