

Д/с "Я купил"
рвья ребенка"

Магистерская программа

сем. Курбейцын
интернатного типа 23-242.
сем. Курбей
Кузнецов Игорь А.

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

[illegible]

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия (есть/нет)

Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные заболевания

Заболевание	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)

Дата (с какого числа до какого числа)	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация
--	----------------------	-------------------------

ОАИ от 04.04.25 № 1184, с 07.04.25 № 1185

ОАИ от 04.04.25 № 1186, с 07.04.25 № 1187, с 10.04.25 № 1188, с 13.04.25 № 1189

Кен на ср - 04.04.25, срнц.

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 справки от	выдачи до	Диагноз (код МКБ-10)	Медицинская организация, выдавшая справку	Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача	его
-----------------------	--------------	----------------------	---	--	-----

сер - 04.04.25 Зорова
хирург - 04.04.25 Зорова
хирург - 04.04.25 Зорова
невр - 04.04.25 Зорова
стом - 04.04.25 Зорова
нефрол - 04.04.25 Зорова

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

Параметры

Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст

Дата обследования

Рост

Вес

Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)

Группа здоровья

Медицинская группа для занятий физической культурой

Рекомендации

04.07.25

13 кг.

Здоров

П.А. Осипов

Препараты
ОКИ, ОРВИ

* 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



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысаны медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № КР ДСМ-

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 08.07.2025

Уйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская поликлиника 2" на праве
хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИН: [REDACTED]
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ТАЛАПБЕК АЙША НҮРБЕККЫЗЫ
3. Туған күні (Дата рождения): 25.04.2023
4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Қазақстан , ОБЛАСТЬ: Ақтөбінская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтөбе Нұр ситі 23-243
5. Медицинское заключение:
Диагноз: ЗДОРОВА Эпид. окруж. чистое
6. Рекомендации (при необходимости): -
7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

Мер
(Печать)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі м.а. 2020 жылғы «30» қазан № 175 № 065/е нысанда медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма №065/у Утверждена приказом м.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

Профилактикалық екпелердің

КАРТАСЫ

КАРТА

профилактических прививок

есепке алынды (взята на учет)

20 ____ жылғы (гола) « ____ » ____

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы

(для организованных детей наименование детского учреждения)

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

2. Туган күні (Дата рождения)

3. ИИН(ЖСН)

4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт)

көшесі (улица)

үй(дом)

корпус

пәтер(квартира)

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екпе

Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация					
	қайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екпе

Прививка против полиомиелита

Туган жылы Дата ро- ждения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

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

* 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.

	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								
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы 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	

Қызылшаға қарсы 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	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы 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								
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Қолы (Подпись)

Себебі (Причина)

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

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

Карта ұйымда қалады.

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.