

Дизайн Азиз



**БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫ
ПАСПОРТЫ
ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ
РЕБЕНКА**



Приложение к приказу
Министра 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

Баймолдаев Ану Сироман

ИНН

Дата рождения

05.01.2023.

Пол

муж.

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Алматы Орта 24Е, кв 105.

Сведения о законных представителях:

папа - Утегалиев Сироман

мама - Утегалиева Асем

Поликлиника прикрепления

ВХ Наурин.

Группа крови

Резус-фактор

Инвалидность (да/нет)

группа

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет)

Диагноз (код МКБ-10)*

Дата взятия на диспансерный учет

*За исключением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организация

Месяц, год поступле- ния	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Обща я	Коррекционна я	Обща я	Коррекционна я	Обща я	Коррекционна я
—						

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

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

* Вид аллергии: вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания

Таблица 3. Перенесенные детские инфекционные 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)

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

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

[illegible]

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	04.04.2026
Рост	98 см.
Вес	14 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	здоров.
Группа здоровья	IIА (не прив.)
Медицинская группа для занятий физической культурой	IIА основная
Рекомендации	В) профилактика

• При отсутствии сведений об актуальных профилактических осмотрах
рекомендуется обратиться в поликлинику по месту проживания 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
—		

МЕДОСМОТР

Рост: 98 см *мис - 14.*
Вес: 14 кг

Окулист:

Лор:

Хирург:

Невропатолог:

Стоматолог:

Педиатр:

ОАК: НГВ - 122 ед, лейко - 4,7, тромбо - 190.
ОАМ: про-я, ур. вес - 1025. белок - 0.
Кал на яг: отрицательно.

ребенок от

родился(лась)

растет и развивается

Иррит

в «Д» учете

наследственность

из перенесенных заболеваний

Объективно:

обычной окраски.

Зев спокоен.

В легких

Сердечные тоны

Ритмичные.

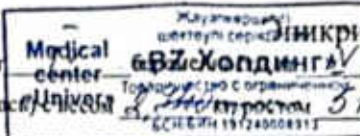
Живот мягкий

Стул и диурез

Диагноз:

Школу, Детсад

Врач:



мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.



мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.
мис - 14.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан Уыымның атауы Наименование организации ТОО «ВЗ» Холдинг	Жауапкершілік шектеулі серіктестігі «ВЗ Холдинг» Тоқармаштық және қаржылық қызметтер ЕСЖН-ін 101240040011	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі м. а. 2020 жылғы «30» қазандағы №ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065 / у нысандағы медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 065 / у Утверждена приказом м.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «20» октября 2020 года №ҚР ДСМ-175/2020
--	---	--

Профилактикалық екепелердің КАРТАСЫ

КАРТА профилактических прививок

20__ жылғы (года) «__» _____ есепке алынды (взята на учет)
 Уйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы **ВЗ Холдинг UNIVER** поликлиникасы
 (для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тері, аты, әкесінің аты Әуірбай Азиз Бүрсүрмен
 2. ЖСН 030101001000000000
 3. Туған күні 03.01.2003
 4. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) Ақтөбе қ. а. а.
 көшесі (улицы) _____ үй(дом) 47к, кв. 103
 корпус _____ пәтер(квартира) _____
 Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

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				

Прививка против полиомиелита

Туган жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туган 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								

Прививка против вирусного гепатита

ВГВ info.	Туган 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								

Прививка против паротита

Туган 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	

Прививка против кори

Туган 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	

Прививка против других инфекций

	Туган 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								

"Халыққа профилактикалық
екпелерді ұйымдастыруға және
жүргізуге қойылатын
санитариялық-
эпидемиологиялық талаптар"
санитариялық қағидаларына
3-қосымша

Профилактикалық екпелерді жүргізуден хабардар етілген бас тарту

Мен

Утеинова Асель Хамидовна

(егілетін адамның немесе кәмелетке толмаған адамның ата-анасының
(заңды өкілінің) Т.А.Ә. (болған жағдайда))

Профилактикалық екпе алудан бас тартамын:

барлық екпелерден

(вакцинаның немесе басқа да иммунологиялық дәрілік препарат
(иммундық-биологиялық дәрілік препарат) атауы)

Бауырбай А.И.

(вакцина немесе басқа да иммунологиялық дәрілік препарат (иммундық-
биологиялық

дәрілік препарат) ұсынылған адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда), туған
күні)

және профилактикалық екпені жүргізудің маңыздылығы және
профилактикалық

екпеден бас тартудың салдарлары туралы хабардар етілгенінімді
растаймын.

Бас тарту себебі (белгілеу):

1) діни;

2) жеке сенімі;

3) Бұқаралық ақпарат құралдарындағы, әлеуметтік желілердегі және
басқа да интернет

ресурстардағы теріс ақпарат;

4) вакцинаның немесе басқа да иммунологиялық дәрілік препараттың
(иммундық-биологиялық дәрілік препараттың) алдыңғы дозасына
жанама реакция;

5) басқалары (көрсету)

Күні 2026 жылғы "08" 04.

Қолы А.И.

(егілетін адамның немесе кәмелетке
толмаған адамның ата-анасының
(заңды өкілінің))



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 На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 08.07.2025

Ұйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "BZ Холдинг"

1. ЖСН/ИИН: [REDACTED]

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): БАЗАРБАЙ АЗИЗ ЕЛДОСУЛЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 05.01.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан , ОБЛАСТЬ: Актобинская , ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Актобе , МИКРОРАЙОН: Батыс 2 , ДОМ: 201К

5. Медицинское заключение:

Эпид окружение чистое.

6. Рекомендации (при необходимости):

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

САКЕНОВА АЙКЕРІМ АМІРХАНҚЫЗЫ

