

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) неб...

Медведев, Илья, отчество (при его наличии) ребенка

ИНН 830134854950

Дата рождения 31.01.2023

Pol Italy 31.01.2003

Домашний адрес (или адрес организации интернетного типа)

Акт о приеме 28.08.2012

name: Mccoy, Jr. +
 name: Mccoy, Jr. A. H.

Поликлиника прикрепления № 20, 100657

Ируша крови

Резус-фактор

Інвалідність (да/нет) ні група 1 фактор 1

Состоит ли ребенок на диспансерном учете (да/нет) Нет

Диагноз (код МКБ-10)*

Далая възкіі на дыстансерныі ўчет

ДИАГНОЗОВ В20-В24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

[illegible]

2. Анамнестические сведения

[illegible]

* 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)

[illegible]

Жоспарлары тереңдетілген медициналық тексеру мәліметтері

Данные плановых углубленных медицинских осмотров

1 жастан – 3 жаска дейін/В возрасте 1-3 лет



**Зертханалық зерттеулердің мәліметтері /
Даннне лабораторных исследований**

[illegible]

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, отчество (при его наличии) врача	Имя,
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	23.06.2022
Рост	160
Вес	44
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	1
Медицинская группа для занятий физической культурой	1
Рекомендации	

* 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

Ребенок от I беременности, родов.
Вес при рождении 3.5 кг, рост 52 см.
Рос и развивался соответственно по возрасту.
Осмотрен узкими специалистами.
Группа здоровья (Б, Д, ДТБ). Отказ
Отказ от профилактических прививки
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:

В школу/детский сад допускается
Эпид.окружение чистое



Бала денсаулығы паспортты
Паспорт здоровья ребенка



ТҒАСЫЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОПТАЛЫҒЫ

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020

СПРАВКА О состоянии здоровья

Дата выдачи 23.06.2026

Жйымның атауы Наименование организации Товарищество с ограниченной ответственностью "ТТ и К"

1. ЖСН/ИНН: 230131654950

2. Пациенттің тең, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество пациента): _____

ЖАРЫЛҒАСЫН ПАҚИША АҚЖОЛҚЫЗЫ

3. Туған күні (Дата рождения): 31.01.2023

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан ОБЛАСТЬ: Актобынша ГОРОД: Астана

5. Медицинское заключение:

Здорова Эпид окружение чистое
Может посещать в ДДУ

6. Рекомендации (при необходимости):

Кал на я/г не обнатужено

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

ЖАМАНТАЕВА ГҮЛНАРА ЖОПЖАНОВНА

216545

Мер
(Печать)

КУЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы «30» қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 ұйрығымен бекітілген № 065 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы ШЖК «№ 7 Қалалық емхана» МКК Наименование организации ГКП «Городская поликлиника №7» на ПХВ	Медицинская документация Форма № 065 / у Утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан «30» октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА

20 ____ жылғы (года) « ____ » ____
профилактических прививок
есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1.Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Жароласов Нәзім
2.Туған күні (Дата рождения) 31.01.2023 3.ЖСН (ИНН) 2301316540050
4.Мекен жайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт)
көшесі (улица) Мұстафа Шоқай үй(дом) 48Б корпус _____ пәтер(квартира) _____
Мекен жайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екіпел/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рожде- ния	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация	31.01.2023	02.03.2023	0,05		Аллер - Дм 4
		қайта егу ревакцинация					Аллер - Дм 4 Аллер - Дм 4 Аллер - Дм 4

Полиомиелитке қарсы екіпел
Прививка против полиомиелита

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

Күл, көкжетел, сіреспеге қарсы екіпел
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рож- дения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препара- ттың атауы Наиме- нование препара- та	Екіпелге дене реакциясы Реакция на прививку		Меди- циналық қайшы- лықтар Меди- цинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцина- ция								

* 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.

Вирусті гепатитке қарсы екпе
Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата та рожде- ния	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Рсакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	31.01.2023	31.01.2023	10 15		ВНБ,			
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата та рожде- ния	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшы- лықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата та рожде- ния	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 та рожде- ния	Күні Дата	Дозасы Доза	Сери- ясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на при- вивку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцина- ция								
Қайта егу Ревакци- нация								

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) _____
Қолы (Подпись) _____
Себебі (Причина) _____
Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады
Қаладан (ауданнан) көпкеден 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.