

20 ____ года " ____ " ____ взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения _____

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Собеткова Аселия

2. Дата рождения 21.06.22 Индивидуальный идентификационный номер _____

4. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____

Отметки о перемене адреса _____

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы		Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат					
<u>21.06.22</u>	<u>-</u>		<u>21.06.22</u>	<u>0,05</u>	<u>0874</u>	<u>1. не вакцинация</u>
						<u>2. не вакцинация</u>
						<u>3. не вакцинация</u>
						<u>12.06</u>

Прививка против полиомелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
<u>V₁</u>	<u>25.08.22</u>	<u>731077V</u>	<u>V₁</u>	<u>08.11.22</u>	<u>731077V</u>			
<u>V₂</u>	<u>20.09.22</u>	<u>604011V</u>	<u>V₂</u>	<u>04.12.22</u>	<u>211002P132</u>			

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>V₁</u>	<u>25.08.22</u>	<u>0,5</u>	<u>731077V</u>	<u>вакцинация</u>		<u>нет</u>	
Ревакцинация	<u>V₂</u>	<u>20.09.22</u>	<u>0,5</u>	<u>604011V</u>	<u>вакцинация</u>		<u>нет</u>	

* Препарат обозначать буквами АКДС - адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигена, АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшная вакцина.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	21.06.23	18/9	0,5		VVX20004 ПИФ	u/s	u/s	
Ревакцинация								

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
	04.07.23	0,5	0137407114	н/р	н/р	
1,	10.06.24	0,5	008205027	н/р	u/s	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
	04.07.23	0,5	0137407114	н/р	н/р	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	1,	25.06.23	0,5		ЕК6030 н.к.в.	-	-	
Ревакцинация	1,	08.07.22	0,5		ЕК6530 н.к.в.	-	-	

Дата снятия с учета: 04.07.23 Подпись: С.А.С.В. Причина:

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ДЛПО) при входе ребенка на учет. В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о произведенных прививках. Карта остается в организации.

Баланың ата-анасының аты жөні: Ақолжоланова Рамулжан

Екпенің аты	Күні, айы, жылы	Келісім қолы
V1АҚДС+НІВ+ИПВ+ВГ «В»	25.08.22	<i>[Signature]</i>
V1 Пневмококк	25.08.22	<i>[Signature]</i>
V2АҚДС+НІВ+ИПВ	30.09.22	<i>[Signature]</i>
V3АҚДС+НІВ+ИПВ+ВГ «В»	08.11.22	<i>[Signature]</i>
+ V2 Пневмококк	08.11.22	<i>[Signature]</i>
V1 ККП + V3 Пневмококк + V4 ОПВ		
RVАҚДС+НІВ+ИПВ		
V1 Вирусный гепатит А		
V2 Вирусный гепатит А		
RV АБҚДС + RV ККП		
RV БЦЖ		
Манту		

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках. Карта остается в организации.

АКТЮБЕ ОБЛЫСЫНЫҢ
Денсаулық сақтау басқармасы
БЕШАРҚА АҚСЫМЕСІНІ ҚАРУАЛДЫҚ
АҚТЫРУ ҚҰҚМЫНДАҒЫ
АҚСЫМ АТҚАРЫМДЫҚ ҚҰРУХАНАСЫ
МЕДИКАТІВ КОММУНАЛДЫҚ КЕСІПОРЫНЫ

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

1. Общие положения

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка МИРОВ ЕРБОЛ ЗАМАНБЕКҰЛЫ

И Н _____

Дата рождения 10.01.2022

Пол мужской женский

Домашний адрес (или адрес организации интернатного типа)

Р: РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актыюбинская, РАЙОН: Уилский, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Уилский,
^ П(СЕЛО): Уил, УЛИЦА: Толебаева, ДОМ: 12КВ1

Сведения о законных представителях:

Мать ӘМІРҒАЗИНА ЖАНАРГҰЛ БАЙМҰРЗАҚЫЗЫ

Пункт прикрепления ГКП "Уилская РБ" на ПХВ ГУ УЗ Актыюбинской области

Группа крови III группа Резус-фактор +

Исключенность Нет

Считается ли ребенок на диспансерном учете да нет

Диагноз (код МКБ-10)* _____

Дата взятия на диспансерный учет _____

*: включением диагнозов B20-B24, F00-F99

Таблица 1. Характеристика организаций

Месяц, год поступления	Характеристика организаций					
	Дошкольная организация		Организация среднего образования		Организация интернатного типа	
	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная	Общая	Коррекционная
10.2024	Жолшы саян					

2. Анамнестические сведения

Таблица 2. Аллергоанамнез

Аллергия нет				
Вид аллергии*	Аллерген	С какого возраста	Год установления диагноза	Примечания

И пр	типовая вакцина от гепатита А	Вакцинация	10.01.2022	21.02.2024	1	202205027	Хилайв, вакцина против гепатита А (диплоидная клетка человека), инактивированная 250 ЕД/0,5 мл дозы 1 Суспензия для внутримышечного введения Слован Биотек Ко., Ltd Китай Народная Республика (КНР)			
---------	-------------------------------	------------	------------	------------	---	-----------	---	--	--	--

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

Параметры	Сведения о профилактических осмотрах за последний календарный год на текущий возраст
Д обследования	28.10.2023
Р	78
В	13
Э считаемый диагноз (в том числе основной и сопутствующий)	Обследование в связи с поступлением в учебное заведение
Г ипа здоровья	I группа (здоровые дети)
К лассическая группа для занятий физической культурой	Основной
Р комендации	беседа в целях развития ребенка.

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 (для лиц – ПМПК)*

Дата направления в ПМПК	Диагноз (код МКБ-10)	Отметка о предоставлении ПМПК
-------------------------	----------------------	-------------------------------



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан Ұйымның атауы Наименование организации	ОАС	ҚҰЖОЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашаның № 907 бұйрығымен бекітілген № 063/е нысаны медициналық ұйымдарға Медицинская документация (форма № 063/у утверждена приказом м.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

**Профилактикалық екіпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок**

20 _____ жылғы (года) « _____ » _____ есепке алынды (взята на учет) Әйелі аудандық емханасы

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

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

2. Туған күні (Дата рождения) 10.01.2022

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт _____ үй/дом) _____ көпесі (улицы) _____ қоры _____ аяуы/қалтасы _____
Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

Туберкулез ауруына қарсы екіпел/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық ұйымның атауы (күн, есеп, медициналық отбасы атауы)
02 02	24-01-22	егу вакцинация	Кәді	15.01.22	905 00418009
		қайта егу ревакцинация			

*4.мес патриси 4.мес
3.мес патриси 5.мес
5.мес патриси 5.мес*

Полиомиелитке қарсы екіпел/Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата
1.мес	24.05.22	Т3и077V	1у	14.05.23	21802432		
2.мес	18.05.23	V0P0611V					
3.мес	16.06.23	V0P0741V					

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіпел/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняғы

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіпелге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық ұйымның атауы Медицинское учреждение
						Жалпы (Т°) Общая (Т°)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	1.мес	24.05.22	05	Т3и077V	екипелден	и/б	и/б	
	2.мес	18.05.23	05	V0P0611V	негіз екіпелден			
	3.мес	16.06.23	05	V0P0741V	негіз екіпелден			
Қайта егу Ревакцинация	01.06.23	18.07.23	05	V0P07351M	негіз екіпелден			

* Препараттар мына эриттермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көзжотел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС₂ – адсорбтелген сіреспе анатоксині, 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 рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайырымдылық Медицинский отдел
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	19.01.22	0,5	11111111	АКДС	ШБ	ШБ	
Қайта егу Ревакцинация	16.06.22	0,5	11111111	АКДС	ШБ	ШБ	
	24.08.24	0,5	202205026	ВА/М	ШБ	ШБ	

Паротитке қарсы екпе/Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайырымдылық Медицинский отдел
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	19.01.23	0,5	013W089	ШБ	ШБ	

Қызылшаға қарсы екпе/Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайырымдылық (күні, сабағы) Медицинский отдел (дата, кабинет)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	18.01.23	0,5	013W089	ШБ	ШБ	

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 қайырымдылық (күні, сабағы) Медицинский отдел (дата, кабинет)
					Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	24.03.22	0,5	6K6030	Превенар	ШБ	ШБ	
Қайта егу Ревакцинация	16.06.2022	0,5	ET6K02	Превенар	ШБ	ШБ	
	18.01.23	0,5	013W089	Превенар	ШБ	ШБ	

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)
 Себебі (Причина)

Қолы (Подпись)

Карта баланы есепке алғанда балалар емлеу - профилактикалық ұйымында (БПҰ) толтырылады. Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі. Карта ұйымда қалады. Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при визите ребенка на учет. В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках. Карта остается в организации.

Всех 10/6
1001-85

Приложение к Санитарным
«Санитарно-эпид требования по проф
прививок»

Добровольное информированное согласие или отказ на
проведение профилактических прививок

Я, ниже подписавшийся Аман Ширтазина Жанаргул
(Ф.И.О при его наличии) родителя (иного законного представителя не совершеннолетнего)

Настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

1. О необходимости проведения профилактической прививки
2. О необходимости медицинского осмотра перед проведение профилактической прививки
3. О возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактических прививки;
4. О необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развития любых неблагоприятных проявлений после иммунизаций;
5. О последствиях отказа от профилактических прививок;

На все возникающие вопросы получил (а) ответы _____
(да/нет)

Получив информацию согласен / не / отказываюсь на / от / проведение / я /

Профилактической прививки Широб Эрбол 220110530568

Наименование препарата

Причины отказа № 317

08.08.24
[Signature]

Всех 10/6
1001-85

Приложение к Санитарным
«Санитарно-эпид требования по проф
прививок»

Добровольное информированное согласие или отказ на
проведение профилактических прививок

Я, ниже подписавшийся Аман Муртазина Манорчи
(Ф.И.О при его наличии) родителя (иного законного представителя не совершеннолетнего)

Настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

1. О необходимости проведения профилактической прививки
2. О необходимости медицинского осмотра перед проведение профилактической прививки
3. О возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактических прививки;
4. О необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развития любых неблагоприятных проявлений после иммунизаций;
5. О последствиях отказа от профилактических прививок;

На все возникающие вопросы получил (а) ответы _____
(да/нет)

Получив информацию согласен / не отказываюсь на / от проведение (я)

Профилактической прививки Шифр 67001

Наименование препарата

Причины отказа № 317

08.08.24
[Signature]

Баланын ата- аясынын аты жөнү: Амргизова Манаркул

Екпелің аты	Күні, айы, жылы	Келісім колы
V1 АКДС+ Ніб+ИПВ+ВГ «В»+	24.03.22	<i>Амргизова</i>
V1 Пневмококк	24.03.22	<i>Амргизова</i>
V2 АКДС+ Ніб+ИПВ	18.05.22.	<i>Амргизова</i>
V3 АКДС+ Ніб+ИПВ+ ВГ «В»	16.06.22	<i>Амргизова</i>
+ V2 Пневмококк	16.06.22.	<i>Амргизова</i>
V1 ККП + V3 Пневмококк +	13.01.23+13.01.23	<i>Амргизова</i>
V4 ОПВ		
RV АКДС+ Ніб+ИПВ		
V1 Вирусный гепатит А		
V2 Вирусный гепатит А		
RV АКДС + RV ККП		
RV БЦЖ		
Манту		

Приложение к Санитарным
«Санитарно эпид требования по проф
прививок»

Добровольное информированное согласие или отказ на
проведение профилактических прививок

Я, ниже подписавшийся Мирзаева Манарул
(Ф.И.О при этом наличии) родителя (иного законного представителя не совершеннолетнего)

Настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

1. О необходимости проведения профилактической прививки
2. О необходимости медицинского осмотра перед проведение профилактической прививки
3. О возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактических прививок
4. О необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развития любых неблагоприятных проявлений после иммунизации
5. О последствиях отказа от профилактических прививок:

На все возможные вопросы получил (а) ответы _____

(да/нет)

Получив информацию согласен (а) на отказываюсь на /от/ проведение /я/

Профилактической прививки Все прививки

Наименование препарата

Причины отказа _____

24.03.22.

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрі
 2023 жылғы 19 желтоқсандағы
 № 173 бұйрығымен
 қосымша

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Сұлтан Рахымжан Құрбанғалиұлы
 ЖСН _____
 Туған күні 08.05.2022
 Жынысы қыз

Үйінің мекенжайы (немесе интернет үлгісіздегі ұйымын)

мекенжайы Әйте, Қызылорда 2
 Заңды өкілдер тұрғыз мәліметтер
әніне: Оралова Аялым

Тіркеу орыны _____
 Қан тобы _____ Ретус-факторы _____
 Мүгедектігі (иә / жоқ) _____ топ _____
 Бала диспансерлік есепте тұр ма (иә / жоқ) _____
 Диагнозы (АХЖ-10 коды)* _____
 Диспансерлік есепке алу күні _____

* I020-I024, I00-I99 диагноздары қоспағанда

Т-кесте, Ұйымдардың сипаттамасы

Туру айы, жылы	Ұйымдардың сипаттамасы					
	Мекенге дейін		Жалпы арна білім беру ұйымы		Интернет үлгісіздегі ұйымы	
	Жалпы	Түсету	Жалпы	Түсету	Жалпы	Түсету

КАРТА профилактических прививок

20 21 года " 9 " V взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения ОАВ

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Орехов Александр Сергеевич

2. Дата рождения 5.1.2022 3. Индивидуальный идентификационный номер _____

4. Домашний адрес: населенный пункт Климово, улица 2 дом _____ корпус _____ квартира _____

Отметки о перемене адреса _____

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы		Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат					
<u>16.02.2022</u>	<u>1000000</u>					
	вакцинация	<u>12.01.22</u>	<u>11.05.22</u>	<u>0,05</u>	<u>1371</u>	<u>7 мес. поствакцинальн. гипертермия 5 мес.</u>
	ревакцинация					<u>7 мес.</u>

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
<u>V1</u>	<u>19.04.22</u>	<u>V3R0R1V</u>	<u>1,2</u>	<u>09.22</u>	<u>1211027V</u>			
<u>V2</u>	<u>1.09.22</u>	<u>V0A0R1</u>	<u>1,4</u>	<u>24.09.22</u>	<u>2118021V2</u>			

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>1.2.22</u>	<u>19.02.22</u>	<u>0,5</u>	<u>V3R0R1V</u>	<u>Тексаксим</u>			
Ревакцинация	<u>V2</u>	<u>01.09.22</u>	<u>0,5</u>	<u>V0A0R1V</u>	<u>Полистаксим</u>			

* Препарат обозначать буквами: АКДС - адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС - адсорбированная дифтерийно-столбнячная анатоксин, АДС - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшная вакцина.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>V1</u>	<u>05.05.22</u>	<u>0,5</u>	<u>17004</u>	<u>Гексавак</u>			
Ревакцинация						<u>н/б</u>	<u>н/б</u>	

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
<u>V1</u>	<u>10.05.23</u>	<u>0,5</u>	<u>03N089</u>	<u>н/б</u>	<u>н/б</u>	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
<u>V1</u>	<u>05.05.23</u>	<u>0,5</u>	<u>03N089</u>	<u>н/б</u>	<u>н/б</u>	
<u>V2</u>	<u>15.05.24</u>	<u>0,5</u>	<u>20201022</u>	<u>н/б</u>	<u>н/б</u>	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>1</u>	<u>12.05.22</u>	<u>0,5</u>	<u>ER0572</u>	<u>Превенар</u>			
Ревакцинация	<u>V2</u>	<u>30.09.22</u>	<u>0,5</u>	<u>616020</u>	<u>Превенар</u>			

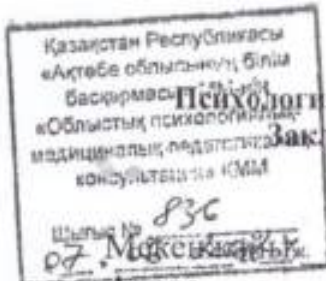
Дата снятия с учета 30.05.25

Баланың ата-анасының аты жөні: Оралова Айгул

Екпенің аты	Күні, айы, жылы	Келісім қолы
V1 АКДС + Hib + ИПВ + ВГ «В» + V1 Пневмококк	19.07.22 19.07.22	<i>[Signature]</i>
V2 АКДС + Hib + ИПВ	01.09.22	<i>[Signature]</i>
V3 АКДС + Hib + ИПВ + ВГ «В» + V2 Пневмококк	30.09.22. 30.09.22.	<i>[Signature]</i>
V1 ККП + V3 Пневмококк + V4 ОПВ		
RV АКДС + Hib + ИПВ		
V1 Вирусный гепатит А		
V2 Вирусный гепатит А		
RV АКДС + RV ККП		
RV БЦЖ		
Манту		

Приложение к Санитарным
«Санитарно-эпид. требования по проф.
прививок»

Добро информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок
Я, нижеподписавший(ая) Мать Оралова Айгул (родитель (ного законного представителя не совершеннолетнего))
Настоящим подтверждаю то, что информирован (а) врачом:
1. О необходимости проведения профилактической прививки
2. О возможных осложнениях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактической прививки
3. О возможности своего временного обращения в медицинскую организацию при развитии любых неблагоприятных проявлений
4. О возможности отказа от профилактических прививок
5. О последующих вопросах получил (а) ответы _____ (да/нет)
На все вопросы получил (а) ответы _____ (да/нет)
Получил (а) согласие / на / отказываюсь на / от / проведение / и /
Профилактические прививки все прививки
Наименование препарата
Причина: _____
19.07.22



Психологиялық-медициналық-педагогикалық консультацияның қортындысы
Заключение психолого-медико-педагогической консультации

Идентификациялық нөмірі _____
Адрес п. Ойне

Телефон 55-02-87
Берілді Орал Ғиломура, 09.05.2022 ж

Выдано
Кеңестен өткені жайлы 07 күні 06 айы 2022 жылы
в том, что был (а) консультирован (а) числа месяц год

1. Қорытынды / Заключение

Ребенок с особыми образовательными потребностями.
Потребуется обучение, социального взаимодействия
и поведения. Задержка речевого развития.
Задержка речевого развития.

2. Білім беру бағдарламасы мен себебі ерекше білім беру қажеттіліктері бойынша ұсынымдар / Рекомендации по образовательной программе и особым образовательным потребностям:

- 1. Воспитание и обучение по адаптированной учебной программе речевого воспитания и обучение в общеобразовательной дошкольной организации.
- 2. Специальная поддержка логопеда, дефектолога, психолога в условиях КППК или в центре поддержки детей с аутизмом (РАС) и Акт.-Мирас

Заключение и рекомендации действительны до 05.2025 г

ПМПК менеджерісі Асаф Биарстанова Р.К.
Заведующий ПМПК

Мамандар

Специалисты

Невролог А.А.
дефектолог А.А.
логопед 2. Бурданов
психолог А.А.
педагог А.А.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығымен
қосымша

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

Баланың туғандық кезеңінің аты (бір болса) Арустай Аманжол

ЖСН

Туған күні 12.08.2022

Жынысы ер

Үйінің мекенжайы (кеңеске алғашқы үлгісіменгі ұйымның)

мекенжайы Астана қаласы, Төле би көшесі, 8

Тақды өкілдер сұрылымы мәліметтері:

Тірлеу ерекшелігі

Қан тобы Резус-факторы

Мүгедейлік (ақ / жоқ) жоқ

Бала денсаулығының өлшемі туралы (ақ / жоқ)

Дәрігер (АХЖ-10 коды)*

Денсаулығының өлшемі туралы

* ICD-10, ICD-9, ICD-8 кодымен белгіленген

I-көлем. Үйімдердің саны

Үйімдердің саны

Туу анықтамасы		Жалпы орта білім беру ұйымы		История үлгісіменгі ұйымы	
Жалпы	Түрлері	Жалпы	Түрлері	Жалпы	Түрлері

2. Анамнестические моменты

Аллергия (на пищу)

Аллергия (на пыль)

Аллергия

Клинический анамнез

Диагноз

История болезни

Семейный анамнез

Эпикриз

Ребенок от _____ беременности _____ родов.

Родился с весом _____ рост _____

Закричал _____. Беременность протекала _____. Растет и развивается соответственно возрасту. Наследственность _____

Аллергоанамнез _____

Из группы риска _____ Состоит на «Д» учете _____

Перенесенные _____

заболевания: _____

При осмотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердечные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологическое отправление в норме.

НПР-

ФР-

ДС:

Грудничок _____

* Аллергия (на пыль): животные, дрова, аллергены дуршар

5-қисм. Санаторлық-курорттық (және оған теңестірілетін) емдеу туралы мәліметтер

Күні	Диагнозы (АХЖ-10 коды)	Үйде	Бейні	Қалыптық аймақ

6-қисм. Сағым күзгібілік жылдағы пайдалану уақытына жарамсыздық туралы мәліметтер

Анықталған берілген күні	Диагнозы (АХЖ-10 коды)	Анықталған біртегіс медициналық ұйым	Дәрігердің ТӘЖК
бастап	аяқтап		

7-қисм. Сағым күзгібілік жылдағы профессиональдық тәжірибелер туралы мәліметтер*
 ағымдағы жылы арнайы сағым күзгібілік жылдағы профессиональдық жері-тәжірибелер туралы мәліметтер

Бастапқы күні	13.08.2024
Соңы	8.9
Саны	14,0
Құрылымдық деңгейі (өзінің жеке кәсіпін және оған кіретіндерін)	Зурғалов
Дәрігерлік тобы	Т.Т.Т.
Әлеуметтік жағдайы үшін медициналық тобы	Басқа, орталық
Үлгілер	Рейс - -

* Жүргізілетін кәсіпті профессиональдық жері тәжірибелер туралы мәліметтер болмағандықтан, бұл жағдайда бұл мәліметтер берілмеген.

Е-қисм. Психологиялық медициналық психологиялық медициналық (Бұдан әрі - ПМДК) кеңесу туралы мәліметтер*

ПМДК-ға кеңесу күні	Диагнозы (АХЖ-10 коды)	ПМДК кеңесуі туралы баға

* Басқа жағдайда



V, B1 # 4110

Копия из Республики Казахстан Министерство здравоохранения Республики Казахстан Удостоверение Наименование организации: ОАА	КУЭЖ Бозынашудым кыды Кол организации по ОКПО Казахстан Республикасы Денсаулык сактау министрлиги 2020 жылдагы «10» казандагы № 175 Буйрыгымен белгиленген № 065/е нысанды медициналык оқу орталығы Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175
---	---

КАРТА

профилактических прививок

20 ____ года " ____ " ____ аяқт на учет

Дек организованных детей наименование детского учреждения **Ушаскае РБ**
 Семейное имя, отчество (при его наличии) **Камалбай Аманжол**
 1. Дата рождения **12.VIII.2022**
 2. Индивидуальный идентификационный номер _____
 3. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица **Оталубағ**
 Дом _____ корпус _____ квартира _____
 Означено о перемене адрес _____

Прививка против туберкулеза

Туберкулезная пробы	Дата	результат	Дата рождения	Дата	Возраст	Серия	Срок годности
		вакцинация	12.08.22	14.08.22	0,05	08716009	12 мес
		ревакцинация					12 мес

Результат: **Роме-ром; 3 мес; 12 мес**

Прививка против полиомелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата
V, 12 мес	30.08.22	U3E021V3	8 мес	7.10.23	U3N22		
V2	27.09.23	U00457M1					

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

Дата рождения	Дата	Дата	Серия	Наименование препарата	Срок годности	Место хранения
V, 12 мес	30.08.22	07.10.23	U3E021V3	Иксаксим		
V2	27.09.23	07.10.23	U00457M1	Иксаксим		
V3	07.10.23	07.10.23	U3N22	Иксаксим	№5	№5
			U7A73	Иксаксим	№5	№5

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.

Прививка против вирусного гепатита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Общая (Т*)	Местная
13.08.22	13.08.22	0,5	20004	Гутакс Ву		
8 мес	7.11.23	0,5	0132м033А	Прививка против паротита		ШБ

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Общая (Т*)	Местная
13.08.22	15.11.23	0,5	0132м033А		ШБ

ВГ, А* 2 жос

V1 2 жос 13.08.24 0,5 202206027

Прививка против кори

№ (пр.)	ВОЛП, ВЛ, ФП и	Дата	Доза	Серия	Реакция прививки		Медицинский статус прививаемого
					Общая (Т*)	Местная	
1	ВОЛП	15.11.23	0,5	0132м033А		ШБ	

Прививка против других инфекций

№ (пр.)	ВОЛП, ВЛ, ФП и	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция прививки		Медицинский статус прививаемого
							Общая (Т*)	Местная	
1	ВОЛП					V1 жос Вакс 22 FMS06 ПКВ			
2	ВОЛП					V2 8 мес 7.11.23 0,5 FMS06 ПКВ жос			
3	ВОЛП		15.11.23	0,5	0A 2168	ПКВ3	ШБ	ШБ	

заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ДЛПО) при вступлении ребенка в нее выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках, остается в организации.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына
қосымша

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

Баланың тегі (ата-жынысының аты (бала болса))

ЖСН

Туған күні

Жаыны

Үйінің мекенжайы (егенбесе мектептің үлгісімен) ұйымын

мекенжайы

Іздену өкілдер туралы мәліметтер

Тіркеу нысаны

Қайтабы

Мүгедексіз (иә / жоқ)

Диагнозы (АХЖ-10 нысаны)*

Денсаулығын тексеру күні

* В20-В24, F00-F99 диагностары қоспағанда

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Түркістан облысы

Александр Александрович Александров

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Республикасы

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Историялық ұлкендер

Б-кесте. Саяхатчылардын каттоотуучуларынын (жеке адам тизмесинен) өздөрү тууралуу маалыматтар

Күндү	Датасы (АХЖ-10 кели)	Үйүнүн	Канаттык абалы
		Бейи	

Т-кесте. Саяхатчылардын каттоотуучуларынын (жеке адам тизмесинен) өздөрү тууралуу маалыматтар*

Ири кемеде жана аэропорттогу каттоотуучулардын каттоотуучуларынын маалыматтары

Каттоотуучулардын саны: 27.08.24

Жылы: 86

Саны: 10,100

Каттоотуучулардын саны (жеке адам тизмесинен) 3792

Датасы: 27.08.24

Датасы: 01.09.24

Учкандар: 10,100

* Жергиликтүү өкмөтүнүн маалыматтарына ылайык, каттоотуучулардын саны жана каттоотуучулардын саны.

Башкача айтканда, каттоотуучулардын саны жана каттоотуучулардын саны.

Каттоотуучулардын саны (жеке адам тизмесинен) жана каттоотуучулардын саны.

ИМЖК-га жиберилген күнү: Датасы (АХЖ-10 кели) ИМЖК-га жиберилген күнү

* Ички маалымат

Проф осмотр 2024

Вез:	10100
Рост:	86.
Педиатр	Зароб А. Маджидов
Невропатолог	Зароб А. Маджидов
Окулист	Зароб А. Маджидов
Лор	Зароб А. Маджидов
Хирург	Зароб А. Маджидов
Психолог	Зароб А. Маджидов
Стоматолог	Зароб А. Маджидов

3-хесте. Болхныг шалгахыг зориулсан агуулар

Агуулар	Жаг	Агуулар	Жаг
Кашинга		Дифтерия	
Кашинга		Туберкулез	
Жингүү		Энгийн халдвар	

Ингэстэй
Жингүү
Кашинга
Наруулсан
өвчлөл
(А, В, С,
D)

4-хесте 4. Агуулагын халдваруудын үнэмлэхүй (жаргалтарна, өөрчлөлтгүй хэсэг агуулар)

Үүн (болгодог үнэмлэхүй)	САНХ-10 номын агуулагын	Мэснийг шалгах үйлчилгээ
Басгал агуулагын үнэмлэхүй		

2. Анамнезические моменты 2-х лет. Аллергоанамнез

Аллергия (назови)

Аллергия (укажи)

Аллерген

Клиническая картина

Диагноз

Комментарий

Эпикриз

Ребенок от 11 беременности 1 родов.
Родила в с весом 3800 рост 57

Закричала сразу. Беременность протекала без осложнений. Растет и развивается соответственно возрасту. Наследственность

без особенностей
Аллергоанамнез нет

Из группы риска _____ Состоит на «Д» учете
_____. Перенесенные
заболевания: нет

При осмотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и- видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев слоист. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологическое отправление в норме.

НПР-

ФР-

ДС:

Грудорovia

Ф.И.О.

* Аллергия (укажи), вакцинация, дерматит, аллергический дерматит

История прививок

Имя Сидорова Мария
 Фамилия Сидорова
 Дата рождения 08.08.95
 Место рождения г. Москва
 Улица Орловская корпус 1 квартира 1

Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
22.08.22	0,5	0311	

Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия

Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
	Общая (Т*)	Местная	
<u>Инактивированный столбнячный анатоксин АС</u>	<u>У/О</u>	<u>У/О</u>	
<u>Инактивированный столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием АС</u>	<u>У/О</u>	<u>У/О</u>	

Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
	Общая (Т*)	Местная	
<u>БЦЖ</u>	<u>У/О</u>	<u>У/О</u>	

Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
	Общая (Т*)	Местная	
<u>АКДС</u>	<u>У/О</u>	<u>У/О</u>	

Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
	Общая (Т*)	Местная	
<u>АКДС</u>	<u>У/О</u>	<u>У/О</u>	

Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
	Общая (Т*)	Местная	
<u>Дифтерия</u>	<u>У/О</u>	<u>У/О</u>	
<u>Столбняк</u>	<u>У/О</u>	<u>У/О</u>	

Информация о прививках ребенка на учете в организации. Карта остается в организации.

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 № ҚР 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 № ҚР ДСМ-264/2020 "Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возраста, 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 и/или текущий возраст
Дата обследования	02.09.2024
Рост	105 см
Вес	25 кг
Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания)	Здоров
Группа здоровья	1Б
Медицинская группа для занятий физической культурой	улучш. 1Б
Рекомендации	СВЛ.

* При отсутствии сведений об актуальных проведении 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

КАРТА профилактических прививок

года " " взят на учет

организованных детей наименование детского учреждения

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Мирасова Дина Фаровна

2. Дата рождения 02.11.2023 Индивидуальный идентификационный номер

4. Домашний адрес: населенный пункт Бетов улица Бураева дом 10 корпус 1 квартира 1

Отметки о перемене адреса

Прививка против туберкулеза.

Туберкулезные пробы		Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат					
<u>26.03.24</u>	<u>отр</u>		<u>12.09.23</u>	<u>0.05</u>	<u>0821</u>	<u>1.00</u>
	ревакцинация					<u>1.00 - при 5.00</u>

Прививка против полиомелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
<u>V₁</u>	<u>04.04.23</u>	<u>038021</u>	<u>12.09.23</u>	<u>13.07.23</u>	<u>1302461</u>			
<u>V₂</u>	<u>03.05.23</u>	<u>1008311</u>						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>V₁</u>	<u>04.04.23</u>	<u>0.5</u>	<u>038021</u>	<u>1.00</u>	<u>1.00</u>		
Ревакцинация	<u>V₂</u>	<u>03.05.23</u>	<u>0.5</u>	<u>1008311</u>	<u>1.00</u>	<u>1.00</u>		

* Препараты обозначать буквами: АКДС - адсорбированный коклюшно-дифтерийно-столбнячный анатоксин, АКДС-М - адсорбированный коклюшно-дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшная вакцина.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Ме. отад
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>V₁</u>	<u>02.09.23</u>	<u>0.5</u>	<u>1118001</u>	<u>1.00</u>	<u>1.00</u>		
Ревакцинация								

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, пр.
				Общая (Т*)	Местная	
<u>V₁</u>	<u>12.09.23</u>	<u>0.5</u>	<u>0181089</u>	<u>1.00</u>	<u>1.00</u>	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
<u>V₁</u>	<u>12.09.23</u>	<u>0.5</u>	<u>0181089</u>	<u>1.00</u>	<u>1.00</u>	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>V₁</u>	<u>04.04.23</u>	<u>0.5</u>	<u>1118006</u>	<u>1.00</u>	<u>1.00</u>		
Ревакцинация	<u>V₂</u>	<u>03.05.23</u>	<u>0.5</u>	<u>1118006</u>	<u>1.00</u>	<u>1.00</u>		

Дата снятия с учета 12.09.24 По 12.09.24 Причина 1.00 1.00

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.

ата- анасының аты жөні: Мақамова Мизага

Атын аты	Күні, айы, жылы	Келісім қолы
АКДС+ Ніб+ИПВ+ВГ «В»+ Пневмококк		
V2АКДС+ Ніб+ИПВ		
V3АКДС+ Ніб+ИПВ+ ВГ «В» + V2 Пневмококк		
V1 ККП + V3 Пневмококк + V4 ОПВ		
RVАКДС+ Ніб+ИПВ		
V1 Вирусный гепатит А		
V2 Вирусный гепатит А		
RV АКДС + RV ККП		
RV БЦЖ		
Манту		

Приложение к Санитарным

«Санитарно эпид требования по проф прививок»

Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок

Я, ниже подписавшийся Мақамова Мизага (Ф.И.О при его наличии) родителя (иного законного представителя) не совершеннолетнего

Настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

1. О необходимости проведения профилактической прививки
2. О необходимости медицинского осмотра перед проведение профилактической прививки
3. О возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактических прививки:
4. О необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развития любых неблагоприятных проявлений после иммунизаций:
5. О последствиях отказа от профилактических прививок:

На все возникающие вопросы получил (а) ответы _____

Получив информацию согласен / на / отказываюсь на / от / проведение / я / Профилактической прививки Все при вилки
 Наименование препарата _____

Причины отказа _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығымен
қосылма

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

Баланың төл (аты, жесінің аты (бар болса)) Абдулла Қасымұлы
ЖСН _____
Туған күні 17.03.22
Жынысы МҰҒ ҒР
Үйін, мекенжайы (немесе интернет үзгісіндегі ұйымның

мекенжайы) Шаршау №3
Заңды өкілдер туралы мәліметтер
ана: Қарисалва Түгелана

Тұрғын мекенжайы _____
Қан тобы _____ Ресус-факторы _____
Мүгедексіз (иә / жоқ) _____ топ _____
Бала денсаулығын есепте тұр ма (иә / жоқ) _____
Диагноз (АХЖ-10 коды)* _____
Денсаулығын есепте алу күні _____

* B20-B24, F00-F99 диагноздары қосылғанда
1-жесті. Ұйымдардың сипаттамасы

Түсу өңі, жылы	Ұйымдардың сипаттамасы					
	Мектепке дейінгі		Жалпы орта білім беру ұйымы		Негізгі үлгісіменгі ұйым	
	Жалпы	Түсету	Жалпы	Түсету	Жалпы	Түсету

V.1111-2-24



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	КҰЖОК бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

САР

КАРТА

профилактических прививок

20 20 года "1" "04" взят на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения _____

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Исмаилов Жемелес

2. Дата рождения 27.03.2022

3. Индивидуальный идентификационный номер _____

4. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица Исмаилов көшесі ауданы _____
 Дом Шығыс қанжыра 3 корпус _____ квартира _____

Отметки о перемене адрес _____

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы			Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат						
<u>06.02.24-07.24</u>		вакцинация	<u>27.03.2022</u>	<u>29.03.22</u>	<u>0,0005</u>	<u>0371604</u>	<u>1 мес - норма</u> <u>3 мес - норма</u> <u>6 мес - норма</u> <u>1 год - норма</u>
		ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
<u>V₁</u>	<u>19.03.22</u>	<u>930077V</u>	<u>19.03.22</u>	<u>19.03.22</u>	<u>930077V</u>	<u>19.03.22</u>		
<u>V₂</u>	<u>08.11.22</u>	<u>930077V</u>						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>V₁</u>	<u>19.09.22</u>	<u>0,5</u>	<u>930077V</u>	<u>Акселес</u>			<u>не отвод</u>
Ревакцинация	<u>V₂</u>	<u>08.11.22</u>	<u>0,5</u>	<u>930077V</u>	<u>Акселес</u>			<u>не отвод</u>

* 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.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	27.03.2022	27.03.22	0,5ml UVXAD04		НД	НД		
Ревакцинация								

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку *		Медицинский отвод
				Общая (Т*)	Местная	
V ₁	05.04.23	0,5	2187089			
		ВФч А 7				
V ₂	09.04.24	0,5	202205022	н/б	н/б	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V ₁	05.04.23	0,5	2187089			

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V ₁	19.08.22	0,5	КК6020	превексар			
Ревакцинация	K ₂	01.02.23	0,5	F-11506	превексар			
	V ₂	05.04.23	0,5	F-11506	превексар			

Дата снятия с учета) _____

Подпись _____

Причина _____

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.

Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок

Я, нижеподписавшийся (аяся)

Анастасия Карасева Тудона

(Ф.И.О. (при его наличии) родители (иного законного представителя) несовершеннолетнего) настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- 1) о необходимости проведения профилактической прививки;
- 2) о необходимости медицинского осмотра перед проведением профилактической прививки;
- 3) о возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактической прививки;
- 4) о необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развитии любых неблагоприятных проявлений после иммунизации;
- 5) о последствиях отказа от профилактических прививок.

На все возникающие вопросы получил(а) ответы: да (нет)

Получил(а) информацию о возможности проведения профилактической прививки.

Причина отказа:

VI, VII, VIII

Андрей Мельников

Ф.И.О. (при его наличии)

Специальность (должность)

М.П.

С. 11. 2024

Сектор профилактики

Адресная часть:

п. Уш. ул. Шереметьевская №3

Дата:

09.04

2024 года

Подпись:

Борис

Приложение к Санитарным «Санитарно-эпид. требованиям по проф. прививкам»

Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок

Я, нижеподписавшийся (аяся)

Анастасия Карасева Тудона

(Ф.И.О. (при его наличии) родители (иного законного представителя) несовершеннолетнего) настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- о необходимости проведения профилактической прививки;
- о необходимости медицинского осмотра перед проведением профилактической прививки;
- о возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактической прививки;
- о необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развитии любых неблагоприятных проявлений после иммунизации;
- о последствиях отказа от профилактических прививок.

На все возникающие вопросы получил(а) ответы: да (или) нет)

Получил(а) информацию:

- согласен на проведение профилактической прививки
 - отказываюсь от проведения профилактической прививки.
- (нужное подчеркнуть)

(наименование препарата)

Причина отказа:

RV, MСРС + M, В + UM13

Ф.И.О. (при его наличии)

Андрей Мельников 220327552990

(медицинского работника)

Дата:

22.02

2024 года

Подпись:

Борис

Баланың ата-анасының аты жөні: Карасаева Бүгераи

Екпенің аты	Күні, айы, жылы	Келісім қолы
V1АКДС+ Ніб+ИПВ+ВГ «В»+ V1 Пневмококк	19.09.2022	Карасаев
V2АКДС+ Ніб+ИПВ	01.11.2022	Карасаев
V3АКДС+ Ніб+ИПВ+ ВГ «В» + V2 Пневмококк	01.02.2023	Карасаев
V1 ККП + V3 Пневмококк + V4 ОПВ	05.04.2023	Карасаев
RVАКДС+ Ніб+ИПВ		
V1 Вирусный гепатит А		
V2 Вирусный гепатит А		
RV АbКДС + RV ККП		
RV БЦЖ		
Манту		

Приложение к Санитарным
правилам для проф подвигаю

Профилактикалық егулер жүргізуге ерікті ақпараттандырылған келісім немесе бас тарту

Мен, төменде қол қоюшы

Асааев - Карасаева Бүгераи

(кәмелет жасқа толмаған баланың ата-анасының (өзге заңды өкілінің) Т.А.Ә.

(бар болса) осы құжатпен дәрігердің мыналар туралы ақпарат бергенін растаймын:

- 1) профилактикалық егуді жүргізудің қажеттілігі туралы;
- 2) профилактикалық егуді жүргізер алдында медициналық тексеріп-қараудың қажеттілігі туралы;
- 3) профилактикалық егуді жүргізгеннен кейінгі ықтимал реакциялар мен қолайсыз көріністер туралы;
- 4) иммундаудан кейінгі қолайсыз көріністер дамыған кезде медициналық ұйымға уақтылы жүгіну қажеттілігі туралы;

5) профилактикалық егуден бас тартудың салдары туралы.

Барлық тауындаған сұрақтарға жауап алдым: де

(нә/жоқ)

Толық ақпарат алып: профилактикалық егуді жүргізуге (-ден) келісемін / бас тартамын

Кә
(препараттың атауы)

Бас тарту себебі:

Т.А.Ә. (бар болса) Котоминцева А

(медицина қызметкерінің)

Күні 2023 жылғы "сн" 01.

Көпірі

Профилактикалық егуді жүргізу алдында егілетін адамға немесе оның ата-анасына немесе кемелден толмағандардың және Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасымен белгіленген тәртіппен іс-әрекетке қабілетсіз деп танылған азаматтардың заңды өкілдеріне сауал жүргізу үшін медицина қызметкерлеріне арналған сауалнама

Санитар	Сұрастар	Иә / жоқ
Міндетті сұрастар	Егілетін адамның (баланың) жалпы кандай? Жігі ауруы бар ма?	Иә
	Қандай да бір дәріге, тамақ өнімдеріне немесе вакциналарға аллергиясы бар ма?	Жоқ
	Бұрын кандай да бір вакцина салынғанда күрделі реакция болды ма?	Иә
	Ми мен жүйке жүйесінің тырысуы немесе патологиясы байқалды ма?	Иә
Тірі вакциналар үшін қосымша	Демікпе, өкпе, жүрек, бүйрек ауруларының, метаболизм аурулары (диабет) бар ма?	Жоқ
	Онкологиялық аурулар бар ма?	Жоқ
	ЛИТВ/ЖИТС, иммундық жүйе жағынан кандай да бір проблемалар бар ма?	Жоқ
	Соңғы 3 айда кортизолмен, преднизалонмен және басқа да стероидтермен, ісікке қарсы препараттармен емделді ме, сәулелік терапия өткізілді ме?	Иә
	Соңғы 4 аптада иммунизация жүргізілді ме?	Жоқ

Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок

Я, нижеподписавшийся (аясь)

076 Марьясова Гүлмира

(Ф.И.О родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего) настоящим подтверждаю то, что

106.02

- информирован (а) врачом.
- 1) о необходимости проведения профилактической прививки,
 - 2) об обязательном медицинском осмотре перед проведением профилактической прививки,
 - 3.) о возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактической прививки,
 - 4) о последствиях отказа.
 - 5) о необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развитии любой реакции и НППИ.

На все возникающие вопросы получил (а) исчерпывающие ответы _____ (да/нет)

Получив полную информацию

согласен (на) / отказываюсь (я) на (от) проведение(я) профилактической прививки.

Наименование препарата

V, АКДС-Туб + МПВ + Н, В¹ + V, превакорт

(Ф.И.О. прививаемого (ой))

Ф.И.О. Авдурин Жамалет

Дата 19.09.2022 года

Подпись Гүлмира

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
2023 жылғы 19 желтоқпандағы
№ 173 бұйрықпен
қосымша

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Аманжол Ақбағдат
ЖСН 790801001000000000

Туған күні 30.04.2022 ж.

Жынысы Ұл

Үйінің мекенжайы (сөмбесе онтармақ үлгісіменгі ұйыммен)

мекенжайы Сайыт көшесі, үлестік 476

Заңды өкілдер туралы мәліметтер:

Тресу ерекшелігі

Қан тобы _____ Ризус-факторы _____

Мүшкілетігі (мг / ммс) _____ ммс

Бала денсаулығы өлшегі түр ма (мм / ммс) _____

Диаметрі (АХЖ-18 кодды)* _____

Денсаулығы өлшегі күні _____

* В20-В24, F00-F99 дименсиялары көрсетілген

Ескерту: Үлгілердің сәйкестендірілуі

Үлгілердің сәйкестендірілуі

Түсу анықтамасы	Мекенге келгені		Жалпы орта бала беру ұйымы		Интернет үлгісіменгі ұйым	
	Жалпы	Түсету	Жалпы	Түсету	Жалпы	Түсету

Проф осмотр 2024

Вес	11 кг.
Рост	57
Педиатр	Зарев Ғр. 
Невропатолог	Зарев Ғр. 
Окулист	И. Стожанин Ғр. 
Лор	Зарев Ғр. 
Хирург	Зарев Ғр. 
Психолог	Зарев Ғр. 
Стоматолог	Зарев Ғр. 
Дарманлаш	Зарев Ғр. 

3-кесте. Башламчы шөгелге кереклиги аурулар

Аурулар	Жыс	Аурулар	Жыс
Кышыкы		Дифтерия	
Коккаш		Туберкулез	
Жапыу		Экзантемалык теритүү	
Ич сүзөү			
Жетпеш			
Кызыл			
Варустан			
Гематит			
А. В. С.			
Д			

4-кесте 4. Аурулардын жакынкы туралы маалыматтар (жарашат: сарты, операцияларды көстү келгенде)

Күнү (обастыгына күнөмө)	(АХЖ-10 коду)	Медициналык уйым
Баштап алынган күнү (күн)	даты	

Казакстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан Улымын атауы Наименование организации	Казакстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі 2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген № 065-е нысанда медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 065-у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября 2020 года
--	--

КАРТА
профилактических прививок
 20 23 года " _____ " _____ взят на учет

Для организационных детей наименование детского учреждения САЕ

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Мағамбет Қурбанов

2. Дата рождения 30.04.2022

3. Индивидуальный идентификационный номер _____

4. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица Облыс Мағамбет

Дом _____ корпус _____ квартира _____

Отметки о переезде: _____

Прививка против туберкулеза

Туберкулезный профилактический эффект	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинское учреждение
вакцинация					
ревакцинация					

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинское учреждение
					Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация							
Ревакцинация							

ҒҮЖЖ байланыс ұялы қолды

Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения Республики
Казахстан
Улымын атауы
Наименование организации САН

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен, бекітілген
№ 065-е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 065-у
Утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «30» октября 2020 года №

КАРТА

профилактических прививок

2022 года " " взят на учет

Для организационных детей наименование детского учреждения

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Мамастанов Турболжан
 2. Дата рождения 30.04.2022
 3. Индивидуальный идентификационный номер _____
 4. Домашний адрес: населенный пункт _____ улица Абай Мағамбет
 Дом _____ корпус _____ квартира _____
 Отметки о перемене адреса _____

Прививка против туберкулеза

Туберкулезный препарат	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинские отходы (дата, формула)
<u>14 СТ-24-Стр</u>			<u>вакцинация</u>	<u>14.11.21 03.50 005-03215000</u>	
			<u>ревакцинация</u>		

Прививка против полиомиелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку:		Медицинские отходы
					Общая (Т*)	Местная	
<u>Вакцинация</u>							
<u>Ревакцинация</u>							

ОТКАЗНИК

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Әкімшілік атауы
Наименование организации

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
«30» қазан № 175
№ 065/е нысаны медициналық құжат
Медицинская документация
Форма №065/у
Утверждена приказом н.в. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от «30» октября 2020 года № 175

4
4733/38

Профилактикалық екіпелердің КАРТАСЫ КАРТА

профилактических прививок

_____ жылғы (года) «_____» _____ есепке алынды (взят на учет)

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

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Алишанов Нуржан

Туған күні (Дата рождения) 30.07.17
ИНН(ЖСН) _____

Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт) _____
жесі (улица) _____ үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(көпест) _____

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) _____

Туберкулез ауруына қарсы екіпел Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынағалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Мекенжайы Адрес
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация					
	кайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екіпел Прививка против полиомиелита

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

Құл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екіпел Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Есіпеге дене реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жердегі Местная
егу вакцинация							
кайта егу ревакцинация							

Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АД – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, АС – адсорбтелген дифтерия анатоксині, АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – коклюштық вакцинасы.
Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АД – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с повышенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусі гепатитке карсы екпе
Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттын атауы Наименование препара- тата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
Егу Вакцинация	30.08.24	30.08.24	0,5	2000	БГД		
Кайта егу Ревакцинация							

Паротитке карсы екпе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық Медицинская
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
29.10.24	29.08.24	0,5	0133N058A	а/с	а/с	

Қызылшаға карсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық Медицинская
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
29.10.24	29.08.24	0,5	0133N058A	а/с	а/с	

Басқа жұқпалы ауруларға карсы екпе (Прививка против других инфекций)

Прививка

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттын атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку	
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная
Егу Вакцинация	29.10.24	29.08.24	0,5	7шт00	Прививка		
Кайта 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 выезде ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.

Республика Казахстан
 Департамент санитарно-эпидемиологического надзора
 Министерства здравоохранения Республики Казахстан
 Удальцовская ул.
 Наличие в семье организации *DAE*

КУЗЕС (Казанский университет эпидемиологии и санитарии)
 Казанский университет эпидемиологии и санитарии
 2015, ул. Мухоморова, д. 10
 № 001/у. выданы в количестве 1 шт.
 Медицинский документация № 001/у.
 Утвержден приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10.01.2015 г.

КАРТА
профилактических прививок

20 _____ года

Для организационных действий наименование детского учреждения *DAE*
 1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) *Жетпыханова Айдаршол*
 2. Дата рождения *19.1.2012г*
 3. Индивидуальный идентификационный номер
 4. Домашний адрес: поселенный пункт _____ улица *Восточный пер. 41 Карамушова*
 Дом *18* корпус _____ квартира _____
 Отметки в беремени адрес: _____

Прививки против туберкулеза

у новорожденных		Дата рождения	Дата	Серия
дата	результат			
		19.1.12	29.1.12	0,05 013111009 КБ

Прививка против столбнячного

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Доза
5 мес	27.1.12	V3E021V	V ₃	9.02.12	03E021V	
9 мес	31.8.12	V0B021K				

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата		
Вакцинирована	5 мес	27.1.12	0,5	V3E021V	акваваксим	КБ	КБ
Ревакцинирована	9 мес	31.8.12	0,5	V0B021M	акваваксим	КБ	КБ
		9.02.12	0,5	V3E021V	акваваксим		
		19.06.12	0,5	K0B021M	акваваксим	КБ	КБ

* Препараты обозначены буквами АСДН - аксорбированный, АСДП - аксорбированный дифференциально-стабилизированный, АСДМ - аксорбированный дифференциально-стабилизированный миксисом с увеличенным содержанием дифференциальной фракции, АС - аксорбированный стабилизированный миксисом.

Прививка против натуральной оспы

	Дата рождения	Дата	Дата	Сезон	Препарат	Доза
Вакцинирован	19.12	19.12	05	Зима	АСДП 13*	1/2
Ревакцинирован						

Прививка против кори

	Дата рождения	Дата	Дата	Сезон	Препарат	Доза
Вакцинирован	1/1	21.01	23	0/5	ОСМ-089	1/5
Ревакцинирован						

Прививка против ветры

	Дата рождения	Дата	Дата	Сезон	Препарат	Доза
Вакцинирован	1/1	11.04	23	0/5	ОСМ-089	1/5
Ревакцинирован						

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Дата	Сезон	Препарат	Доза
Вакцинирован	1/1	11.04	23	05	РБС72	1/5
Ревакцинирован	1/1	11.04	23	05	РБС72	1/5

Дата выдачи сертификата _____
 Подпись _____
 Профессия _____
 Карта заполняется в детской поликлинике профилактической поликлинике
 В случае выезда из города (района) на руки выдается сертификат
 Карта остается в поликлинике

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2021 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығымен
қосылды.

"Баға денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

Баланың (баланың, баланың) аты (бар болса) Арикумис Ислам
ЖСН _____
Туған күні 19.07.2022
Жынысы еркек
Үйінің мекенжайы (объектісінің нөмірі мен үйінің аты)

мекенжайы Астана ақд. Оккупация 17
Заңды өкілдер туралы мәліметтер
анасы: Тилеуба Аманжол

Тірлеу сипаты Астана ақд. ауруханасы
Қап нөмірі _____ Респ. факторы _____
Мүқабелік (тоқ / жас) _____ топ _____
Баға денсаулығы өлшемі тур ма (тоқ / жас) _____
Диагноз (АХЖ-10 коды) _____
Денсаулығы өлшемі күні _____
* B20-B24, F00-F99 диагноздары қосылған
Е-көрсеткіш. Үйімдердің сипаттамасы

Үйімдердің сипаттамасы

Туу анықтамасы	Үйімдердің сипаттамасы		Жаңа өртеніс берілуі		Биліктік үлгісі	
	Мекені	Жінісі	Жаңа	Түсеті	Жаңа	Түсеті

Проф осмотр 2024

Вес	07.06.24
Рост	
Педиатр	Здоров. 
Невропатолог	Здоров
Окулист	Здоров
ЛОР	Здоров
Хирург	Здоров
Психолог	Здоров
Стоматолог	Здоров

Эпикриз

Ребенок от 2 беременности 2 - родов.
Родился с весом 3150 рост

Закричал. Беременность протекла. Растет и развивается соответственно возрасту. Наследственность

Аллергоанамнез САМ

Из группы риска 39.99 Состоит на «Д» учете
Перенесенные заболевания:

МММ - Кожарова З.С.

При осмотре жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердечные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологическое отправление в норме.

НПР-

ФР-

ДС:

Гр. здоровья

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения Республики
Казахстан
Ұйымның атауы
Наименование организации

ОАҚ

ҚҰЖЖ Сойынша ұйым қалды
Код организации по ОЕПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
2020 жылғы «30» қазандағы № 175 бұйрығымен бекітілген
№ 065/е нысандағы медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 065/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от «30» октября 2020 года № 175

КАРТА
профилактических прививок

20 _____ года _____ взы на учет

Для организованных детей наименование детского учреждения _____
1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Серикқалиев Шығай
2. Дата рождения 18.07.2022
3. Индивидуальный идентификационный номер _____
Домашний адрес: населенный пункт _____ улица Бейбіт, Достарымын 12
Дом _____ корпус _____ квартира _____
Отметки о перемене адрес: _____

Прививка против туберкулеза

Туберкулезные пробы		Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский ответ (дата, причина)
дата	результат					
26.09.22	сильно+	вакцинация	19.09.22	0,5	1637	Исследован
		ревакцинация				Исследован - рож. б.м.

Прививка против полиомелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
V ₁	20.09.22	Т80017V3	7	22.09.22	V3E02IV			
V ₂	18.10.22	V3E02IV	7	9.10.23	2K1802P/32			

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский ответ
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V ₁	20.09.22	0,5	Т80017V3	Пексаксим			Исследован
Ревакцинация	V ₂	18.10.22	0,5	V3E02IV	Пексаксим			
	V ₃	22.09.22	0,5	V3E02IV	Пексаксим			Исследован
	V ₄	21.09.24	0,5	V1516	Пексаксим			Исследован

* Препараты обозначить буквами: АКДС - адсорбированный, коклюшно-дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДЖ-М-анатоксин - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшная вакцина.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация	V ₁	18.04.22	0,5	AKH7001	AK, P ₂			
Ревакцинация								

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод
				Общая (Г*)	Местная	
V ₁	25.04.23	0,5	AK13	AK, P ₂	AK, P ₂	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отвод (дата, причина)
				Общая (Г*)	Местная	
V ₁	25.04.23	0,5	AK31	AK, P ₂	AK, P ₂	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация	V ₁	10.09.22	0,5	AK5030	АКДС			AK, P ₂
Ревакцинация	V ₂	22.02.23	0,5	AK5030	АКДС			AK, P ₂
	V ₃	25.04.23	0,5	AK5030	АКДС			AK, P ₂

Дата снятия с учета) _____

Подпись _____

Примечания _____

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

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 № 085/у "Карта профилактических прививок" в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2020 года № ҚР 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 № ҚР 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	23.09.2024г.
Рост	88.
Вес	13.
Заключительный диагноз (в том числе острого и сопутствующего заболевания)	Дети сау.
Группа здоровья	I
Медицинская группа для занятий физической культурой	Закрыта.
Рекомендации	Дети сау. Тренировки

* 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

Технолози 23.09.2024
за згедба

Дурица Д. Д.



Синдроматологи 23.09.2024
Класификација
Др. Згедба

Д. Д.

Клиника 23.09.2024
Др. Згедба
Др. Кривошево Д. Д.

Организација 23.09.2024
Универзитет
Др. Згедба Д. Д.

Клиника 23.09.24
Др. Згедба

Д. Д.

Лоп: 23.09.24
Др. Згедба

Д. Д.



23.09.24 Технолози
Др. Згедба Др. Кривошево Д. Д.



1.11.24 др. Згедба др. Кривошево Д. Д.



6.12.24 Клиника
Др. Згедба
Др. Кривошево Д. Д.

06.12.24 Клиника
за згедба

Дурица Д. Д.



06.12.24 Клиника
Др. Згедба Д. Д.

06.12.24 Клиника
Др. Згедба др. Кривошево Д. Д.

Д. Д.

06.11.14

установка

установки на мосту

установка

установка на мосту, установка

установка на мосту

установка на мосту

установка на мосту

установка на мосту

установка на мосту

111

КАРТА профилактических прививок

Форма № 065/у

С 20 " сентября " _____ 2014 года взят на учет V. B. K. A. - 2
 Для организованных детей наименование детского учреждения _____
 1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) Курбанов Ахмед
 2. Дата рождения 20.08.88 3. Индивидуальный идентификационный номер _____
 4. Домашний адрес: населенный пункт Кейма улица Кыпчакова корпус 1 квартира _____
 Отметки о перемене адреса _____

Прививка против туберкулеза

Туберкулиновые пробы		Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Медицинский отвод (дата, причина)
дата	результат					
<u>17.12.23</u>	<u>МФР</u>					
<u>30.09.24</u>	<u>СМР</u>					

Прививка против полиомелита

Дата рождения	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия	Возраст	Дата	Серия
<u>V. Zuev</u>	<u>27.12.88</u>	<u>U760111</u>	<u>6</u>	<u>26.03.2003</u>	<u>U760111</u>	<u>15</u>	<u>*</u>	
<u>V. Zuev</u>	<u>27.01.23</u>	<u>V003511</u>						

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отвод
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	<u>V. Zuev</u>	<u>24.12</u>	<u>2305</u>	<u>U760111</u>	<u>Секстант</u>			<u>нет</u>
Ревакцинация	<u>V. Zuev</u>	<u>27.01.23</u>	<u>05</u>	<u>V003511</u>	<u>Секстант</u>	<u>неизвестно</u>		<u>нет</u>

* Препарат обозначен буквами АКДС - адсорбированный коклюшный компонент, АКДС - адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АД - адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС - адсорбированный столбнячный анатоксин, К - коклюшный анатоксин. В 10 лет 24 до W1A73 не известна нет

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отзыв
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация								
Резакция								

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отзыв (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V ₁	26.10.25	0,5	09/10872	УС	УС	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский отзыв (дата, причина)
				Общая (Т*)	Местная	
V ₁	26.10.25	0,5	013/10872	УС		

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский отзыв
						Общая (Т*)	Местная	
Вакцинация	V ₁ 22.03.20	220,5	F-1086	ккб ₃	УС	УС		
Резакция	V ₂ 28.03.20	0,9	1086	ккб ₃	УС	УС		
Дата снятия с учета	V ₃ 26.10.25	0,9	1086	Прививка	УС	УС		

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ДЛПО) при выезде ребенка из улья.

В случае выезда из города (района) на другой населенный пункт о прививках с прививкой. Карта остается в организации.

Приложение к Санитарным

«Санитарные требования по проф.
прививкам»

Добровольное информированное согласие или отказ на
проведение профилактических прививок

Я, ниже подписавшийся Магомедова Фарижат
(Ф.И.О. при его наличии) родителей (иного законного представителя не совершеннолетнего)

Настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:

1. О необходимости проведения профилактической прививки
2. О необходимости медицинского осмотра перед проведением профилактической прививки
3. О возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактических прививок
4. О необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развитии любых неблагоприятных проявлений после иммунизаций
5. О последствиях отказа от профилактических прививок

На все возникающие вопросы получил (а) ответы: _____ (да/нет)

Получил информацию согласен / не / отказываюсь на / не / проведение / не /
Профилактической прививки все прививки

Принимая отказа _____
Наименование аппарата _____

Баланың аты- анасының аты жөні: *Молдашева Фариза*

Екпенің аты	Күні, айы, жылы	Келісім қолы
V1АҚДС+ Ніб+ИПВ+ВГ «В»+ V1 Пневмококк	<i>27.12.22.</i>	
V2АҚДС+ Ніб+ИПВ	<i>27.12.22.</i>	
V3АҚДС+ Ніб+ИПВ+ ВГ «В» + V2 Пневмококк	<i>27.01.23.</i>	
V1 ККП + V3 Пневмококк + V4 ОПВ		
RVАҚДС+ Ніб+ИПВ		
V1 Вирусный гепатит А		
V2 Вирусный гепатит А		
RV АБҚДС + RV ККП		
RV БЦЖ		
Манту		

Добровольное информирование согласие или отказ на проведение профилактических прививок

Я, нижеподписавшийся (ая)

Ф.И.О. (при его наличии) родителя (или иного законного представителя) несовершеннолетнего Масляшвили Георгий - сирота

- истинным подтверждаю то, что проинформирован (а) в том:
 - о необходимости проведения профилактической прививки;
 - о необходимости медицинского осмотра перед проведением профилактической прививки;
 - о возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактической прививки;
 - о необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развитии любых неблагоприятных проявлений после иммунизации;
 - о последствиях отказа от профилактических прививок.

На все вышеизложенные вопросы получил (а) ответы: да (или) нет

- Получил информацию:
- согласен на проведение профилактической прививки _____
 - отказываюсь от проведения профилактической прививки _____
- (нужно подчеркнуть)

Подпись: К. Мамука

Подпись (наименование препарата) 1кг.

Ф.И.О. (при его наличии) Гурванов Амиран Серикович

Дата: 20.09.2024 года Подпись: с.а.д.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
2025 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығымен
қолданылады

"Баға денсаулығының паспорты" № 052-2/у нысаны

Баспаның тегі, аты, әйелінің аты (бар болса) Аманжол Мұрысалин
ЖСН _____
Туған күні 09.10.2002
Жамааты Ер
Үйінің мекенжайы (сәйкес келмегенде паспорттың үлгісінен алатын)

мекенжайы: Масатаев 19
Телефон нөмірлері (тұрақты және қосымша): Масатаев Қасым 8702 09038
Сәтбаева Динара 8700 718 1962

Түрлері белгіленген
Қан тобы _____ Реттеу-факторы _____
Мүгедектігі (ақ / жоқ) _____ топ _____
Баға денсаулығының өлшемі (тұр ма / жоқ) _____
Диагнозы (АХЖ-10 коды)* _____
Денсаулығының өзге де аурулары _____

* I20-I24, I30-I99 диагноздарды көрсетіңіз

1-көлемі. Үйінің қорғаныс сапалығы

Үйінің қорғаныс сапалығы

Тура жері, көлемі	Мекендеу деңгейі		Жақын арада өзімен бірге үйіне		Негізгі рөл атқаратын үйіне	
	Жақын	Түркі	Жақын	Түркі	Жақын	Түркі

Проф осмотр 2024

Вес					
Рост					
Педиатр	П.С. Шамшаев 2024.05.27				
Невропатолог					
Окулист					
Лор					
Хирург					
Психолог					
Стоматолог					



3-инте. Болаларнинг шикости жумгалар кўрсатиши

Аурулар	Жил	Аурулар	Жил
Қоғалаш		Дифтерия	
Қоғалаш		Туберкулез	
Қаншо		Эпидемиялар тармаги	
Инсули			
Қоғалаш			
Қаншо			
Вирустик инфекция			
(А, В, С, Д)			

4-инте 4. Ауруларнинг жамғуру турлари кўрсатиши (жароҳатлар, оғирлиқларни кўрсатиш)

Кўри (басмага кўриш)	(АХЖ-10 кўри)	Меланициялик ўйиш
Басмага кўришни кўриш	диоптрия	
диоптрия		

2. Анamnестическая информация. Эпизод. Алергический

Аллергия (какая)

Аллергия (тип)* Аллерген

Как возникло

Достоин
информации

Экспертное

Эпикриз

Ребенок от _____ беременности _____ родов.
Родила в с весом _____ рост _____

Закричал _____. Беременность протекала _____. Растет и
развивается соответственно возрасту. Наследственность

Аллергоанамины _____

Из группы риска _____ Составит на «Д» учете
_____ Перенесенные
заболевания: _____

При осмотре жадоб нет. Состояние удовлетворительное.
Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной
окраски. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не
увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца
ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и
селезенка не увеличены. Физиологическое отправление в
норме.

НПР-

ФР-

ДС:

Грудничок

* Алергия түрі: атопиялық, дерм., аллергиялық аурулар

2.06.25
17/100

Сироматин
340 руб.



22.06.2025г.

ВОП

П/с: Згороб



12.06.2025г.

доп

Згороб



Кт

12.06.2025г. кассирша 1776

п. Бреш. 114.



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

нысан

2-қосымша

Профилактикалық екпелерді жүргізуге хабардар етілген келісім

Мен Аманжол Досмұхамедов (егілетін адамның немесе кәмелетке толмаған адамның ата-анасының (заңды өкілінің) Т.А.Ә. (бар болса))

Профилактикалық екпе алуға келісім беремін:

RV АККАС-ХУЧУ ЧОВ (вакцинаның немесе басқа да иммунологиялық дәрілік препараттың (иммундық-биологиялық дәрілік препараттың) атауы) Аксентол Мурискиев (вакцина немесе басқа да иммунологиялық дәрілік препарат (иммундық-биологиялық дәрілік препарат) енгізілетін адамның Т.А.Ә., туған күні) және профилактикалық екпені жүргізудің маңыздылығы, вакцинаға ықтимал реакциялар мен қолайсыз көріністер, иммундаудан кейін алаңдаушылық туғызатын кез келген қолайсыз көріністер дамыған кезде денсаулық сақтау ұйымына уақтылы жүгіну қажеттілігі, сондай-ақ профилактикалық екпеден бас тартудың салдарлары туралы хабардар етілгенімді растаймын.

Күні 2025 жылғы "17" 06 Қолы А-5 (егілетін адамның немесе кәмелетке толмаған адамның ата-анасының (заңды өкілінің))

Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок

Я, нижеподписавшийся (аяся)

сказал: Отмедов Виталий

(Ф.И.О. (при его наличии) родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего) настоящим подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом;

- 1) о необходимости проведения профилактической прививки;
- 2) о необходимости медицинского осмотра перед проведение профилактической прививки;
- 3) о возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после проведения профилактической прививки;
- 4) о необходимости своевременного обращения в медицинскую организацию при развитии любых неблагоприятных проявлений после иммунизации;
- 5) о последствиях отказа от профилактических прививок

На все возникающие вопросы получил (а) ответы:

(да/нет)

Получив информацию: согласен (на) / отказываюсь на (от) проведение (а) профилактической прививки.

VI ВР.А
(наименование препарата)

Причины отказа:

Александр Курисов

Ф.И.О. (при его наличии)

(медицинского работника)

ИИН _____

Сот.тел. _____

Место работы, кем _____

Домашний адрес: ул. Миссотова №19

Дата «16» 10 2024 года

Подпись А.И.

Препараты обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина; АДС – адсорбированная дифтерийно-столбнячная анатоксин; АДС-М-анатоксин – адсорбированная дифтерийно-столбнячная анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов; АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин; АС – адсорбированный столбнячный анатоксин; К – коклюшная вакцина.

Прививка против вирусного гепатита

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский работник
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация	05.10.22	15.10.22	0,5	ЦУК 20004	ГЕПАТИТ В1			
Ревакцинация	02.11.22	23.10.22	0,5	VBE3944	ГЕПАТИТ В2			
"	07.11.22	17.11.22	0,5	5553229	ГЕПАТИТ В3			

Прививка против паротита

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский работник
				Общая (Г*)	Местная	
V ₁	14.11.23	0,5	0131N8444	У/С	У/С	
V ₂	16.10.24	0,5	802305023	У/С	У/С	

Прививка против кори

Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Реакция на прививку		Медицинский работник
				Общая (Г*)	Местная	
V ₁	14.11.23	0,5	0131N8444	У/С	У/С	

Прививка против других инфекций

	Дата рождения	Дата	Доза	Серия	Наименование препарата	Реакция на прививку		Медицинский работник
						Общая (Г*)	Местная	
Вакцинация	V ₁	23.10.22	0,5	Фликоб	Пневмококк	У/С	У/С	
Ревакцинация	V ₂	17.11.23	0,5	5553229	Пневмококк	У/С	У/С	
"	V ₃	10.11.23	0,5	СА2008	Пневмококк	У/С	У/С	

Дата снятия с учета

Подпись

Причина

Карта выдается в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при выезде ребенка из учреждения. Карта выдается из города (района) на руки выдателя справка о проведенных прививках. Карта остается в организации.