«№4 қалалық емхана» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны

Приложение
к инструкции по заполнению
и ведению учетной формы 052-2/у
«Паспорт здоровья ребенка»

## Форма №052-2/у « ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА»

### 1.ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) ребенка Рапов Саттар

~~Дата~~ рождения 24.04.2021

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)_____

Домашний адрес (или адрес интернатного учреждения)_____

Ф.И.О. год рождения матери/законного представителя_____

Место работы матери/законного представителя_____

Телефон матери/законного представителя_____

Ф.И.О год рождения отца_____

Место работы отца _____

Телефоны отца_____

законных представителей_____

Поликлиника прикрепления_____

Группа крови_____ Резус-фактор_____

Инвалидность (да/нет)_____ группа_____

**Таблица 1. Характеристика организаций**

| Месяц, год поступления | Характеристика организаций | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Дошкольная организация | | Организация среднего образования | | Организация интернатного типа | |
| | Общая | Коррекционная | Общая | Коррекционная | Общая | Коррекционная |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Scanned with CamScanner

## 2.Анамнестические сведения

**Таблица 2. Аллергоанамнез**

| Аллергия (есть/нет) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания | Аллерген | Возраст начала | Год установления диагноза | Примечания |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**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.**

| Дата | Диагноз (код МКБ-10) | Учреждение | |
|---|---|---|---|
| | | Профиль | Климатическая зона |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Таблица 6. Сведения о временной нетрудоспособности (согласно форме № 035/у «Форма учета медицинских услуг»).**

| Дата выдачи справки | | Диагноз (код МКБ-10) | Медицинская организация, выдавшая справку | Ф.И.О врача |
|---|---|---|---|---|
| от | до | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Иммунопрофилактические мероприятия согласно форме № 065/у «Карта профилактических прививок» 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»)**

Scanned with CamScanner

**Таблица 7. Профилактические осмотры**

| Параметры | от 3 до 4 лет | от 4 до 5 лет | от 5 до 6 лет | от 6 до 7 лет | от 7 до 8 лет | от 8 до 9 лет | от 9 до 10 лет |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Дата обследования | | | | | | | |
| Возраст ребенка (на момент осмотра) | | | | | | | |
| Рост | | | | | | | |
| Вес | | | | | | | |
| Жалобы | | | | | | | |
| Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания) | | | | | | | |
| Группа здоровья | | | | | | | |
| Медицинская группа для занятий физкультурой | | | | | | | |
| Рекомендации | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**Таблица 7. Профилактические осмотры**

| Параметры | от 10 до 11 лет | от 11 до 12 лет | от 12 до 13 лет | от 13 до 14 лет | от 14 до 15 лет | от 15 до 16 лет | от 16 до 17 лет | от 17 до 18 лет |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Дата обследования | | | | | | | | |
| Возраст ребенка (на момент осмотра) | | | | | | | | |
| Рост | | | | | | | | |
| Вес | | | | | | | | |
| Жалобы | | | | | | | | |
| Заключительный диагноз (в том числе основной и сопутствующие заболевания) | | | | | | | | |
| Группа здоровья | | | | | | | | |
| Медицинская группа для занятий физкультурой | | | | | | | | |
| Рекомендации | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Scanned with CamScanner

**Таблица 8. Сведения о направлении в психолого- медико педагогическую консультацию (ПМПК)**

*при наличии

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

Дата

Вес 15,0 Рост 96 4 гр.

| Специалист | Заключение |
|---|---|
| Хирург | |
| Лор | |
| Невропатолог | |
| Окулист | |
| Стоматолог | 28.10.25 здоров |

## Эпикриз

Ребенок от III беременности, от III родов.

Родился(лась) с весом 3000 кг, ростом 54 см. Растет и развивается соответственно возрасту.

Контакт с tbs-отрицает.

На «Д» учете не состоит.

Наследственность не отягощена.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

D/S: здоров

Группа здоровья 1 группа

НПР нормально

ФР 0 группа

Врач:

Дата

Вес Рост

| Специалист | Заключение |
|---|---|
| Хирург | 02.06.25 |
| Лор | Лор-орг. 02.06.25 |
| Невропатолог | нев. осмотр 05.06.25 |
| Окулист | ОТОЛАРИНГОЛОГ 05.06.25 |
| Стоматолог | |

## Эпикриз

Ребенок от 5 беременности, от 3 родов.

Родился(лась) с весом 3400 кг, ростом 54 см. Растет и развивается соответственно возрасту.

Контакт с tbs-отрицает.

На «Д» учете не состоит.

Наследственность не отягощена.

Объективно: общее состояние удовлетворительное.

Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

D/S: ЗРВ ОРЗ

Группа здоровья 2 группа

НПР 3 группа

ФР допуск

Врач:

Д/У посещать школу