

## Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907.  
Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 21 декабря 2010 года № 6697

В соответствии с подпунктами 5) и 9) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", в целях совершенствования и обеспечения сбора административных данных, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

**Сноска. Преамбула в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).**

1. Утвердить:

1) Медицинскую учетную документацию, используемую в стационарах, согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) Медицинскую учетную документацию, используемую в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях, согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) Медицинскую учетную документацию, используемую в амбулаторно-поликлинических организациях, согласно приложению 3 к настоящему приказу;

4) Медицинскую учетную документацию других типов медицинских организаций согласно приложению 4 к настоящему приказу;

5) Медицинскую учетную документацию организации судебно-медицинской экспертизы согласно приложению 5 к настоящему приказу;

6) Медицинскую учетную документацию лабораторий в составе медицинских организаций согласно приложению 6 к настоящему приказу;

7) Медицинскую учетную документацию организации службы крови согласно приложению 7 к настоящему приказу;

8) Перечень форм первичной (учетной) медицинской документации организаций здравоохранения и сроки их хранения» согласно приложению 7-1 к настоящему приказу;

9) Карту учета дефектов оказания медицинских услуг согласно приложению 7-2 к настоящему приказу.

**Сноска. Пункт 1 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 28.06.2012 № 439 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

2. Начальникам управлений здравоохранения областей, городов Астана, Алматы (по согласованию) и руководителям республиканских организаций здравоохранения, научно-исследовательских институтов и научных центров ввести в организациях здравоохранения формы первичной медицинской документации, утвержденные настоящим приказом и обеспечить конфиденциальность первичных статистических и административных данных.

**Сноска. Пункт 2 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).**

3. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Тулегалиева А.Г.) обеспечить в установленном законодательством порядке государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

4. Департаменту административно-правовой работы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Бисмильдин Ф.Б.) обеспечить официальное опубликование настоящего приказа в средствах массовой информации после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики

Казахстан.

5. Отменить некоторые приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан согласно приложению 8 к настоящему приказу.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Э.А.

7. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования.

*И.о. Министра*

*Б. Садыков*

Приложение 1 к приказу  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 1 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

A4 форматы  
Формат A4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды  
Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 001/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Науқастарды қабылдау және емдеуге жатқыздан бас тартуларды есепке алу ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**учета приема больных и отказов в госпитализации**

20 \_\_ жылғы (года ) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_\_ жылғы (года) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

Р/с № п/п	Түскен Поступление		Тек, ат, әкесінің аты - болған жағдайда (бұдан әрі-ТАӘ) Фамилия, имя, отчество – при наличии (далее – ФИО)	Туған күні Дата рождения	Жеке сәйкестендірме нөмір болған жағдайда (бұдан әрі-ЖСН) Индивидуальный идентификационный номер-при наличии (далее - ИИН)	Тұрғылықты мекенжайы немесе туған - туысқанының мекенжайы, телефон № Постоянное место жительства или адрес родственников, близких и № телефона	Науқастың жұмыс орны Место работы больного	14 жасқа дейінгі балалар үшін Для детей до 14 лет		
	сағат, минут, час, минута	күні дата						Ата-аналарының, қамқоршы және тәрбиешінің жұмыс орындары Место работы родителей, опекунов и попечителей	Ұйымдастырылған (бүлдіршіндер бақшасы, бала бақша, мектеп) Организован (ясли, детский сад, школа)	Соңғы рет келуі Последнее посещение
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Сырқаттану күні Дата заболевания	Артерия қысым болған жағдайда (бұдан әрі - АҚ) Артериальное давление при наличии (далее - АД)	Т°	Қандай ұйым жіберді немесе кім жеткізді Какой организацией направлен или кем доставлен	Емдеуге жатқызу коды Код госпитализации

12	13	14	15	16
----	----	----	----	----

Инфекциялық ауру туралы шұғыл хабарлама берілген күні және № Дата подачи и № экстренного извещения об инфекционном заболевании	Стационарлық науқастың картасының № (босану тарихы) № карты стационарного больного (истории родов)	Науқас жатқызылған бөлімше Отделение, в которое помещен больной	Жіберген ұйымның диагнозы Диагноз направившей организации	Шығарылды, басқа стационарға ауыстырылды, қайтыс болды (ауыстырылған стационардың атауы мен қай күні ауыстырылғанын тізімге енгізіңіз және көрсетіңіз) Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара куда переведен)	Қабылдаудан (бірінші рет, қайталап) бас тарту себептері, қолданылған шаралар Причины отказа в приеме (первичный, повторный), принятые меры
17	18	19	20	21	22

Медициналық сақтандыру жөнінде деректер Данные по медицинскому страхованию		Ескерту: (туыстарына, ұйымына, тағы басқалар хабарланғаны туралы белгі) Примечание (отметка о сообщении родственникам или организации и другие)	Дәрігердің ТАӘ ФИО врача
Сақтандыру полисінің № № страхового полиса	Сақтандыру ұйымының атауы, коды Наименование, код страховой организации		
23	24	25	26

Форма

A4 форматы Формат A4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 01/е- нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ 01/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ШАЛДЫҚАН НАУҚАСТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ**  
**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

<p>ТМН/РМН _____ Науқастың тіркеу №/Регистрационный № больного _____ Тіркелген күні/Дата регистрации ____/_____ _____/_____ КК/АА/ЖЖЖЖ ДД/ММ/ГГГГ Жеке куәлігінің (туу туралы куәлігі) номері/_____ _____ Номер удостоверения личности, свидетельство о рождении 1. Науқас туралы ақпарат Информация о больном Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____ Әкесінің аты/Отчество _____ _____ Туған күні/Дата рождения: __/__/____ КК/АА/ ЖЖЖЖ ДД/ММ/ ГГГГ Жынысы/Пол: ер/мужской; әйел/женский Нақты мекен-жайы: Белгісіз тұрғылықты орны жоқ - болған жағдайда (бұдан әрі – БТОЖ)/без определенного места жительства – при наличии</p>	<p><b>3. Әлеуметтік-кәсіби мәртебесі</b> Социально-профессиональный статус жұмысшы/рабочий қызметкер/служащий жұмыссыз/безработный зейнеткер/пенсионер мектеп жасына дейінгі бала/дошкольник оқушы/ учащийся студент/студент өз бетінше жұмыспен шұғылданушы/самозанятость сотталған/осужденный тергеуде жүрген адам/следственно-арестованный жалпы емдеу жүйесінің - болған жағдайда ( бұдан әрі – ЖЕЖ) қызметкері/медработник общей лечебной сети – при наличии (далее – ОЛС) ТҚҰ қызметкері/медработник ПТО пенитенциарлық жүйе қызметкері/персонал пенитенциарной системы мигрант басқалар/другие</p> <p><b>4. Қауіп-қатер факторлары</b> Факторы риска қатынаста болған/контактный: туберкулез - болған жағдайда (бұдан әрі – ТБ); Көп дәріге төзімділік туберкулезі - болған жағдайда (бұдан әрі – ҚДТ ТБ)/ туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью – при наличии ( далее – МЛУ ТБ) Кең-ауқымды дәріге төзімді туберкулезі - болған</p>
--	--

(далее – БОМЖ)  
(Адрес фактического проживания)\_\_\_\_облысы/  
область  
\_\_\_\_\_қаласы/ауданы\_\_\_\_\_елді мекені  
(Город/район) (населенный пункт  
)  
\_\_\_\_\_көшесі/улица \_\_\_\_\_үй/дом\_\_\_\_\_  
пәтер/квартира телефон \_\_\_\_\_  
Науқасқа жақын адамның ТАӘ\_\_\_\_\_  
(ФИО близкого лица)  
Науқасқа жақын адамның мекен-жайы\_\_\_\_\_  
(Адрес близкого лица)\_\_\_\_\_  
Қазақстан Республикасы  
азаматы/гражданин Республики Казахстан  
шетелдік (елі) / (иностранец (страна))\_\_\_\_\_  
Ұлты/Национальность\_\_\_\_\_  
Тұрғыны/Житель: қала/город ауыл/село

## 2. Анықтау/Выявление

**қаралу/обращение:** қауіпті топ/группа риска;  
міндетті қаралатын контингент/обязательный  
контингент; басқалар/прочие  
алдын ала тексеру/профосмотр: қауіпті  
топ/группа риска; міндетті қаралатын контингент  
/  
обязательный контингент; басқалар/прочие  
өлгеннен кейін/посмертное: қауіпті топ/группа  
риска; міндетті қаралатын контингент/  
обязательный контингент; басқалар/прочие  
Алғашқы белгілері пайда болған күні/:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Дата появления первого симптома

БМСК қаралған күні/

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Дата обращения в ПМСП

Туберкулезге қарсы ұйымға - болған жағдайда ( бұдан

әрі - ТҚҰ) қаралған күні/ Дата обращения в  
противотуберкулезную организацию- при наличии  
(далее – ПТО)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

жағдайда (бұдан әрі – КАДТ ТБ)/ туберкулез с  
широкой  
лекарственной устойчивостью – при наличии ( далее –ШЛУ  
ТБ); қант диабеті/сахарный диабет;  
нашақорлық/наркомания  
ішімдікке салыну/злоупотребление алкоголем;  
соңғы 2 жыл ішінде бас бостандығынан айыру  
орындарында болу/ нахождение в местах лишения  
свободы  
за последние 2 года;  
АҚТҚ/ВИЧ; белгісіз/неизвестен  
Басқалар/другие: босанғаннан кейін 1жылға  
дейінгі  
кезеңдегі әйелдер/  
/женщины в послеродовом периоде до  
1года;

жүктілік/беременность

## 5. Науқасты жіктеу

Тип больного

жаңа жағдай/новый случай қайталануы/рецидив  
сәтсіз ем/неудача лечения үзілістен кейінгі  
ем/лечение после перерыва  
ауыстырылған/переведен

Басқалар/Другие: Туберкулездің микобактериясы  
-

болған жағдайда (бұдан әрі – ТМБ(-)  
қайталанған

ауру/рецидив микобактерии туберкулеза – при  
наличии

(далее – МБТ(-)

ТМБ (-) үзілістен кейінгі ем/лечение после  
перерыва

МБТ(-)

ТМБ(-) сәтсіз ем/неудача лечения МБТ(-)

## 6. Туберкулездің шоғырлануы және ауру түрі

Локализация и форма туберкулеза

Өкпе ТБ с.қ. біріккен өкпеден тыс ТБ  
Легочный в т.ч. сочетанный с ВЛ  
Өкпеден тыс ТБ  
Внелегочный

Диагноз\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ МКБ б/ша шифрі/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ шифр по МКБ

## 7. Зерттеу қорытындылары/Результаты исследования

--	--	--	--

		ем бастаған дейін 0 ай до начала лечения 0 месяца			2 ай 2 месяца		3 ай 3 месяца	
Исследования/ Зерттеулер		1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	3 сынама 3 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба
Қақырық жағынд-ң микроскоско- пиясы (микроскопия мазка мокроты)	Күні (дата)							
	қорытынды (результат)							
	Зерттеу № (лаб.№)							
Қақырық- тың дақылы (посев мокроты)	Дақыл (посев)	Әдіс (метод )	л-й	в	л-й	л-й	л-й	
		Күні (дата)						
		қорытынды (результат)						
		Зерттеу № (лаб №)						
	Сезімталдық (ТЛЧ)	Әдіс (метод )	л-й	в	МГ			
		Күні (дата)						
		Зерттеу № (лаб №)						
		Н						
		Р						
		Е						
Рентген	Күні (дата)							
	ыдырау (распад)							
113 код	Күні (дата)							
	қорытынды (результат)							

4 ай 5 месяцев		5 ай 5 месяцев		ем аяғында в конце лечения	
1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба







Науқастың ТАӘ/ФИО больного:		Туған күні/ Дата рождения кк/аа/жжжж дд/мм/гггг	Емнің бастау күні/ Дата начала лечения кк/аа/жжжж дд/мм/гггг	бюджет)/ —  _  Из других источников (грант, местный бюджет):
Мекен-жайы/көшесі, бөлім: Адрес/улица, населенный пункт:				Республикалық бюджет/ Республиканский бюджет: —  _
Тікелей бақыланатын емге - болған жағдайда (бұдан әрі - ТБЕ) жауапты/ Ответственный за - при наличии (далее -НКЛ):				
Науқастың салмағы (кг)/Вес больного (кг):				

Емдеу мекемесі/ Лечебная организация:			Күнтізбелік Календарный месяц:																		
Препарат	Өлшем бірлігі/ Единица измерения	Саны/ Количество																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
H	ампула																				
R	ампула																				
S	флакон																				
Z	таблетка																				
H	таблетка																				
R	капсула																				
E	таблетка																				
4 КПФД (H75R150 Z400E275)	таблетка																				
3КПФД (H30R60 Z150)	таблетка																				

	Емделген айы/ Месяц лечения:		

20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Жоспар/ План	Қабылдау/ Принято	Босатылуы/ Пропущено

Ескерту: әрбір тор сызықта, бақылау кезінде дәріні бір рет қабылдаған жағдайда "v", бақылау кезінде препараттарды екі рет қабылдағанда "vv" бақылау кезінде препараттарды үш рет қабылдағанда "vvv" белгіленеді; "0" – препараттың тәуліктік мөлшері қабылданбады; "P" – жанама әсерлер пайда болғанда, препаратты дәрігер тоқтатса.; "X" – препарат науқастың қолына бақылаусыз берілсе.

Примечание: в каждой клетке отмечается "v"- при однократном приеме препаратов под контролем; "vv" - при двукратном приеме препаратов под контролем; "vvv"- при трехкратном приеме препаратов под контролем; "0" – пропустил прием суточной дозы препарата; "P" – при побочной реакции, если препараты отменены врачом "X" - препарат отдан на руки больному без контроля; "-" день, когда больной не должен принимать ПТП (выходной день).

**11. Жалғастыру кезеңіндегі науқасқа ТБЕ өткізу қағазы/Лист проведения НКЛ  
больного на поддерживающей фазе**

1-7 беттер/страницы 1-7

Науқастың ТАӘ/ФИО больного:		Туған күні/ Дата рождения кк/аа/жжжж дд/мм/гггг	Емнің бастау күні/ Дата начала лечения кк/аа/жжжж дд/мм/гггг	Басқа да қаражат көзі (грант, жергілікті бюджет)/ _____  _  Из других источников (грант, местный бюджет):
Мекен-жайы/көшесі, бөлім: Адрес/улица, населенный пункт:				Республикалық бюджет/ Республиканский бюджет: _____  _





Примечание: в каждой клетке отмечается "v"- при однократном приеме препаратов под контролем; "vv" - при двукратном приеме препаратов под контролем; "vvv" - при трехкратном приеме препаратов под контролем; "0" - пропустил прием суточной дозы препарата; "P" - при побочной реакции, если препараты отменены врачом "X" - препарат отдан на руки больному без контроля; "-" день, когда больной не должен принимать ПТП (выходной день)

12. Емнің аяқталған күні/Дата окончания лечения \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

13. Ем нәтижелері/Исходы лечения: Сауықты/Вылечен Ем аяқталды/Лечение завершено Сәтсіз ем/Неудача лечения Ем тәртібі бұзылды/Нарушение режима лечения Ауыстырылды/Переведен IV категорияға ауыстырылды/Переведен в категорию IV Қайтыс болды/Умер: өлген күні/дата смерти \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;

Қайтыс болу себебі/Причина смерти: ТБ-ден өзге себептерден/другие причины  
Қайтыс болған орны/Место смерти: стационарда/в стационаре стационардан тыс/не в стационаре

14. Сараптамасы алынды/Диагноз снят Ескертулер/Примечания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Учаскелік фтизиатр/Участковый фтизиатр: Тегі/Фамилия \_\_\_\_\_ аты/имя \_\_\_\_\_  
әкесінің аты/отчество \_\_\_\_\_ қолы/подпись \_\_\_\_\_  
Ем жүргізуші дәрігер/Лечащий врач: Тегі/Фамилия \_\_\_\_\_ аты/имя \_\_\_\_\_  
әкесінің аты/отчество \_\_\_\_\_ қолы/подпись \_\_\_\_\_

Форма

<p>A4 форматы Формат А4</p>		<p>ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген IV санатты ТБ 01/е - нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>		<p>Медицинская документация Форма ТБ 01/у-категория IV утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения</p>

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ШАЛДЫҚҚАН IV КАТЕГОРИЯЛЫҚ НАУҚАСТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ**  
**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ КАТЕГОРИИ IV**

ТМН/РМН

IV категория б/ша тіркеу № (Регистрационный № по категории IV)

Тіркелген күні/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ КК/АА/ЖЖЖЖ

Дата регистрации ДД/ММ/ГГГГ

Науқастың тіркеу №/Регистрационный № больного \_\_\_\_\_

Тіркелген күні \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ КК/АА/ЖЖЖЖ

Дата регистрации ДД/ММ/ГГГГ

Жеке куәлігінің, туу туралы куәлігі номері/\_\_\_\_\_

Номер удостоверения личности, св-во о рождении

**1. Науқас туралы ақпарат/Информация о больном**

Тегі/Фамилия \_\_\_\_\_

Аты/Имя \_\_\_\_\_ Әкесінің аты/Отчество \_\_\_\_\_

Туған күні/Дата рождения: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ КК/АА/ЖЖЖЖ

ДД/ММ/ГГГГ

Жынысы/Пол: ер/мужской; әйел/женский

Нақты мекен-жайы/: БТОЖ/БОМЖ

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_ облысы/область

\_\_\_\_\_ қаласы/ауданы \_\_\_\_\_ елді мекені

\_\_\_\_\_ город/район \_\_\_\_\_ нас.пункт

\_\_\_\_\_ көшесі/улица \_\_\_\_\_ үй/дом \_\_\_\_\_

пәтер/кв телефоны \_\_\_\_\_ Ұлты/Национальность \_\_\_\_\_

Тұрғыны/Житель: қала/город ауыл/село

IV категорияға ауыстырылу себебі: КДТ ТБ расталған/Подтвержден  
МЛУ ТБ

Причина перевода в категорию IV КДТ ТБ күдік/Подозрение на  
МЛУ ТБ

КАДТ ТБ расталған/Подтвержден  
ШЛУ ТБ

КАДТ ТБ деген күдігі  
бар/Подозрение на ШЛУ ТБ

2. Алдағы өткен ем жағдайлары/Эпизоды предыдущего лечения

Бұрын бірінші қатар дәрілерін қабылдады/Ранее принимал ППР: ия/да  
жоқ/нет

Бұрын екінші қатар дәрілерін қабылдады/Ранее принимал ПВР: ия/да  
жоқ/нет

Бұрын үшінші қатар дәрілерін қабылдады/Ранее принимал ПТР: ия/да  
жоқ/нет

Ем басталған  
күні

Ем аяқталған  
күні

№	Дата нач. лечения	Кат .	Ем үлгісі Схема лечения	Нәтиже Исход	Дата окон.леч.
1					
2					
3					
4					

### 3. Әлеуметтік-кәсіби мәртебесі/Социально-профессиональный статус

жұмысшы/рабочий қызметкер/служащий жұмыссыз/безработный зейнеткер/пенсионер мектеп жасына дейінгі бала/дошкольник оқушы/учащийся студент/студент өз бетінше жұмыспен шұғылданушы/самозанятость сотталған/осужденный тергеуде жүрген адам/следственно-арестованный ЖЕЖ қызметкері/медработник ОЛС ТҚҰқызметкері/медработник ПТО пенитенциарлық жүйе қызметкері/персонал пенитенциарной системы мигрант/мигрант басқалар/другое

#### 4. Қауіп-қатер факторлары/Факторы риска

қатынаста болған/контактный: ТБ; ҚДТ ТБ/МЛУ ТБ КАДТ ТБ/ШЛУ ТБ қант диабеті/сахарный диабет; нашақорлық/наркомания; ішімдікке салыну/злоупотребление алкоголем; соңғы 2 жыл ішінде бас бостандығынан айыру орындарында болу/нахождение в местах лишения свободы за последние 2 года АҚТҚ/ВИЧ; белгісіз/неизвестен Басқалар/Другие: босанғаннан кейін 1 жылға дейінгі кезеңдегі әйелдер/женщины в послеродовом периоде до 1года; жүктілік/беременность

#### 5. Науқасты жіктеу/Тип больного

жаңа жағдай/новый случай қайталанған ауру/рецидив сәтсіз ем/неудача лечения үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва ауыстырылған/переведен Басқалар/Другие: ТМБ(-) қайталанған ауру/рецидив МБТ(-) ТМБ (-) үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва МБТ(-) ТМБ(-) сәтсіз ем/неудача лечения МБТ(-)

#### 6. Туберкулездің шоғырлануы және ауру түрі/

Локализация и форма туберкулеза

Өкпе ТБ/ Легочный с.қ. біріккен өкпеден тыс ТБ/ в т.ч. сочетанный с ВЛ Өкпеден тыс ТБ/ Внелегочный

Диагноз \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ МКБ б/ша шифрі/\_\_\_\_\_

шифр по МКБ

ТДК/ДТК: ия/да жоқ/нет Жүргізілген жағдайда, күні/: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Если проведено, дата

ТКК/ПТК: ия/да жоқ/нет Жүргізілген жағдайда, күні/: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Если проведено, дата

Ретровирустарға қарсы терапия басталды/: ия/да жоқ/нет

Антиретровирусная терапия начата Басталған жағдайда, күні/: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Если начато, дата начала

Котримоксазолмен алдын ала емі басталды/: ия/да жоқ/нет

Профилактик. терапия котримоксазолом начата Басталған жағдайда, күні/:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Если начато, дата начала

### 7. Орталық дәрігерлік консультациялық комиссияның қорытындысы

Заключение Центральной врачебной консультативной комиссии

ТБ түрі/	ҚДТ ТБ және КАДТ ТБ бойынша қабылдаған шешімдері Принятые решения по МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ
----------	---

формы ТБ	Күні/ даты	Шешімі Заключение	Себебі Причина
		ЕҚП/ ПВР	ЕҚП/ ПВР
КДТ ТБ/ МЛУ ТБ			
		ҰҚП/ ПТР	ҰҚП/ ПТР
КАДТ ТБ/ ШЛУ ТБ			

КДТ ТБ бойынша шешім/Заключение по МЛУ ТБ:  
1 - ЕҚП ем бастау/назначено лечение ПВР; 2 - ЕҚП ем бастамау/не назначено лечение ПВР ;  
ЕҚП емді бастамау себебі/Причины не назначение лечения ПВР:  
1 - ЕҚП жетіспеуі/недостаток ПВР; 2 - емнен бас тарту/отказ от лечения; 3 - қайтыс болды / у м е р ;  
КАДТ ТБ бойынша шешім/Заключение по ШЛУ:  
1 - Ем бастау/Начать лечение ПТР; 2 - Емін күтуде/Ожидают лечение; 3 - ҰҚП ем тағайындалмасын/не назначено лечение ПТР.  
Ем тағайындалмау және күтудегі себептері/Причины для не назначения и ожидания л е ч е н и я :  
1 - препараттардың жеткіліксіздігі/недостаток препаратов; 2 - емнен бас тарту/отказ от лечения; 3 - қайтыс болды/умер; 4 -тәртібін бұзушы/нарушитель режима; 5 - ауыр түрдегі ілеспелі ауру/тяжелые сопутствующие заболевания; 6 - ТҚП төзімсіздігі/непереносимость ПТП; 7 - ТБ және/немесе АҚТҚ/ТБ соңғы кезеңі/терминальная стадия ТБ и/или ТБ/ВИЧ  
Қысқартулар/Сокращение: ЕҚП - екінші қатардағы препараттар/ПВР - препараты второго ряда;  
ҰҚП - үшінші қатардағы препаратта/ПТР - препараты третьего ряда;

### 8. Ем туралы ақпарат

#### Информация о лечении

	Қарқынды кезеңдегі медұйым Медорганизация в интенсивной фаза	Ем бастаған күн Дата начала	Ем. аяқтаған күн Дата окончания	Ем* Лечение*
1				
2				
3				
4				















контролем; "vv" - при двукратном приеме препаратов под контролем;  
 "vvv" - при трехкратном приеме препаратов под контролем; "0" - пропустил прием суточной дозы препарата; "P" - при побочной реакции, если препараты отменены врачом  
 "X" - препарат отдан на руки больному без контроля; "-" день, когда больной не должен принимать ПТП (выходной день)

12. Емнің аяқталған күні/Дата окончания лечения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Ем нәтижелері/Исходы лечения: Сауықты/Вылечен Ем аяқталды/Лечение завершено  
 Сәтсіз ем/Неудача лечения  
 Ем тәртібі бұзылды/Нарушение режима лечения  
 Ауыстырылды/Переведен IV категорияға ауыстырылды/Переведен в категорию IV  
 Қайтыс болды/Умер: өлген күні/дата смерти \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;  
 Қайтыс болу себебі/Причина смерти: ТБ-ден өзге себептерден/другие причины  
 Қайтыс болған орны/Место смерти: стационарда/в стационаре стационардан тыс/не в стационаре

Ескертулер/Примечания \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Учаскелік фтизиатр/Участковый фтизиатр: Тегі/фам. \_\_\_\_\_ аты/имя \_\_\_\_\_  
 әкесінің аты/отчество \_\_\_\_\_  
 Қолы/ Подпись \_\_\_\_\_  
 Ем жүргізуші дәрігер/Лечащий врач: Тегі/фам. \_\_\_\_\_ аты/имя \_\_\_\_\_  
 әкесінің аты/отчество \_\_\_\_\_  
 Қолы/Подпись \_\_\_\_\_

Форма

А4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 03/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма ТБ 03/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ШАЛДЫҚҚАН  
 НАУҚАСТАРДЫ ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ (ОБЛЫС, ҚАЛА, АУДАН)  
 ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ  
 (ОБЛАСТЬ, ГОРОД, РАЙОН)**

сол жағы/левая часть

\_\_\_\_\_ облысы \_\_\_\_\_ ауданындағы туберкулезге шалдыққан \_\_\_\_\_ область  
 науқастарды тіркеу журналы  
 районный журнал регистрации больных  
 туберкулезом

Тіркелген күні Дата регистрации	Тіркеу № Регистрационный №	ТАӘ / ФИО	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Адрес	Ұйым Организация қарқынды кезең/ в интенсивной фазе жалғастыру кезеңі в поддерживающей фазе	Ем басталған күні/Дата начала лечения Ем категориясы / Категория лечения	Аурудың шоғырлануы/ Локализация заболевания (Ө/ӨТ-Л/ВЛ)

Науқас түрлері/Типы больных					
Жаңа жағдай Новый случай	Қайт. ауру Рецидив	Сәтсіз ем Неуд. лечение	Үзіліс. кей. ем Леч. пос. пер	Ауыст-лды Переведен	Басқалар Другие
ЖЖ НС	ҚА Р	СЕ НЛ	ҮКЕ ЛПП	А П	Б Д




оң жағы/правая часть

АҚТҚ ВИЧ	Ем нәтижелері/Исходы лечения ем аяқталған күні/дата окончания лечения Диагноз алынды (күні)/ Диагноз снят (дата)							Диагноз алынды (күні) Диагноз снят (дата)	Ескертулер Примечания
	Сауықты Вылечен	Ем аяқталды Леч.завершено	Сәтсіз ем Неуд.лечения	Ем тәртібі бұзылды Нарушения режима лечения	Ауыстырылды Переведен	IV категорияға ауысырылды Переведен на IV категирию	Қайтыс болды Умер		
—									
—									
—									
—									
—									

Форма

А4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген бұйрығымен бекітілген ТБ 09/е-нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма ТБ 09/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907













Дәрі-дәрмектердің қысқартылған атаулары (аббревиатура лекарств): Бірінші қатар ТҚП/ПТП первого ряда: Н – Изониазид R – Рифампицин Е – Этамбутол S-Стрептомицин Z-Пиразинамид  
 Екінші қатардағы ТҚП/ПТП второго ряда: Am – Амикацин; Km – Канамицин Cm – Капреомицин; Cfx-Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин; Lfx-Левифлоксацин; Mfx-Моксифлоксацин; Gfx-Гатифлоксацин; Pto-Протионамид; Eto – Этионамид; Cs – Циклосерин; PAS –П-аминосалицилдік қышқылы/П-аминосалициловая кислота; РҚТ-ретровирусқа қарсы терапия /АРТ – антиретровирусная терапия, КАТ – котримоксазолмен алдын-алу терапия/ПТК – профилактическая терапия котримоксазол

Форма

А4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 12/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма ТБ 12/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ПРЕПАРАТТАРДЫ (ТҚП) ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ  
 ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

Ұйымның атауы (Наименование организации): \_\_\_\_\_  
 Медицина ұйымының мекен жайы (Адрес медицинской организации): \_\_\_\_\_  
 «ТҚП есеп журналын» жүргізуді бастаған күн (Дата начала ведения «Журнала учета ПТП»): \_\_\_\_\_  
 Халықаралық патенттелмеген атауы мен мөлшері/\_\_\_\_Сауда атауы/  
 Торговое название \_\_\_\_\_  
 Международное непатентованное наименование и дозировка  
 Өндіруші/Производитель \_\_\_\_\_ Өндіріген ел/  
 Страна-производитель \_\_\_\_\_  
 Жеткізушінің жөнелтпе құжаты/Накладная поставщика  
 № \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ жылғы /года  
 Шығарылу үлгісі/Форма выпуска: ертінді, таблетка, капсула, блистер,  
 түйіршіктелген, ұнтақ, т.б.(астын сызу)/раствор, таблетка, капсула,

блистер, гранулы, порошок, другие (подчеркнуть)

Өлшем бірліктері/Единица измерения: таблетка, капсула, ампула, құты,  
пакет (астын сызу)/  
таблетка, капсула, ампула,  
флакон, пакетик (подчеркнуть)

Серия \_\_\_\_\_ Жарамдылық мерзімі/Срок годности \_\_\_\_\_

Р / с № № п / п	Күні , айы Дата ( день , месяц )	Жыл басындағы қалдығы, күні, айы Остаток на начало года, дня, месяца	Кіріс Приход Саны Количество				Барлық қалдық пен кіріс Всего приход с остатком	Шығыс Расход		
			Рұхсат қағазы бойынша По разнарядке	Анықтама қағазының № № накладной	Басқа ұымдардан, саладан Из других организаций , ведомств	Анықтама қағазының № № накладной		Саны Количество	Қайда (МСАК, ТҚМ, аудан, бөлімше, бөлім)/ Куда (ПМСП, ПТО, район, отделение , пост)	Анықтама қағазының № № накладной
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Барлық шығыстары Всего расход		Айдың соңындағы қалдық Остаток на конец дня, месяца	Ескерту (қайтару, шығыны) Примечания (возврат, потери)
ұйымның өзінде в самой организации	Басқа (аудан, ТҚМ, МСАК) В другие (район, ПТО ПМСП)		
12	13	14	15

Форма

A4 форматы Формат A4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	«23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 14/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ 14/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

**Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).**

Ұйымның атауы (Наименование организации)

Емдеуге алынатын науқастың ақпараттық келісімі  
 Мен, \_\_\_\_\_  
 науқастың ТАӘ, туылған жылы (егер бала болса, ата-анасын немесе қамқоршысынын көрсету)  
 Тұратын мекенжайы \_\_\_\_\_

## 1. Науқастың құқығы

1.1. Туберкулез деп сараптама қойылған күннен бастап, емдеуді толық аяқтағанға дейін кез келген уақытта тегін медициналық көмекке;

1.2. Туберкулездің көп дәріге төзімділігімен (КДТ ТБ) және адам инммунды тапшылық вирусымен ілеспелі туберкулез жағдайын қосқанда медициналық ем мен кеңес алу Халықаралық стандартқа сәйкес болады;

1.3.Туберкулез науқасымен қатынаста болған балалар мен басқада тұлғаларды туберкулезден тексеру мен алдын ала емдеуді тегін жүргізуге;

1.4. Емделушінің абройына, мәдени құндылықтары мен діни нанымдарына барлық медицина қызметкерлері мен денсаулық сақтау әкімшілігі жағынан орынды және әділетті қатынаста болуға;

1.5. Өзінің денсаулық жағдайы туралы (сараптамасын, ем әдісін, емделу уақытын, емге байланысты нәтижелері мен қауіп-қатерін) дер кезінде толық және маңызды ақпаратты алуға;

1.6. Туберкулезге қарсы препараттардың атауы және мөлшері туралы және олардың әсері мен жанама әсерін сонымен қатар қосымша диагностикалық және қандайда бір емнің араласуы туралы мәлімет алуға құқылы.

## 2. Науқастың міндеті:

2.1 Тағайындалған ем тәртібін сақтау. Өзінің денсаулығы мен айналасындағылардың денсаулығы үшін туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектерді қабылдауда үзіліс жасамау;

2.2. Медицина қызметкерлерінің тікелей бақылауымен барлық тағайындалған туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау;

2.3. Айналасына кері әсер етпеуі үшін «туберкулез науқасының мінез-құлқы ережесін» сақтау ;

2.4 Емдеу әдісін дұрыс таңдау үшін, өзінің денсаулық жағдайын, алдыңғы ем тәсілдерін, ілеспелі ауруын, ота жасалғандығын, жарақат алғандығын, аллергиялық әсері мен басқада мағлұматтар туралы барлық ақпаратты медицина қызметкерлеріне ұсыну;

2.5 Барлық отбасы мүшелері мен басқада қатынаста болған тұлғалар туралы туберкулезге

қарсы қызметтің мамандарына хабарлау;

2.6 Өз денсаулық жағдайының күрт өзгеруін, шағымын медицина қызметкерлеріне дер кезінде хабарлау;

2.7 Медицина қызметкерлері мен басқа емделушілердің құқығын құрметтеуге міндетті.

**Таныстым:**

- Туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау кезінде, дәрі қабылдағанда үзіліс болған жағдайда және есірткі мен алкоголь сияқты заттарды тұтыну нәтижесінде «емнің сәтсіз болуы, кейде дәрінің жанама әсері болуы мүмкін;

- Үнемі емдеу тәртібін бұзған кезде, ауру асқынып кетуі мүмкін, (туберкулездің көп дәріге тұрақтылық түрі қалыптасады) соның салдарынан қажетті дәрі-дәрмек шетелде сонымен қатар Қазақстанда жоқ болғандықтан өлім қаупін тудыруы мүмкін.

- Емдеу тәртібін бұзған немесе емді үзген және емнен ауытқыған жағдайда «Туберкулездің жұқпалы түріндегі азаматтарды мәжбүрлеп емдеу туралы» 10.12.1999 жылғы № 496 ҚР Заңнамасы бойынша мәжбүрлеп оқшаулау шараларын қолдануға немесе маған тағайындалған емдеу шаралары тоқтатылып, ешқашан жаңадан емдеу тағайындалмауы мүмкін.

Осы келісімнің барлық тарауларымен келісемін және оны орындауға борыштымын.

Емделушінің қолы \_\_\_\_\_ күні \_\_\_\_\_

Медицина мекемесі қызметкерінің ТАӘ \_\_\_\_\_

Қолы \_\_\_\_\_ күні \_\_\_\_\_

Учаскелік дәрігердің ТАӘ \_\_\_\_\_

Қолы \_\_\_\_\_ күні \_\_\_\_\_

**Информированное согласие больного на лечение**

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО, год рождения больного (если ребенок, указать родственника или опекуна)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Информирован(а) о правах и обязанностях больного, при лечении туберкулеза

**1. Больной имеет право:**

1.1. На бесплатную и общедоступную медицинскую помощь в любое время с момента постановки диагноза туберкулеза до завершения полного курса лечения.

1.2. На медицинскую консультацию и лечение в соответствии с Международными стандартами, включая случаи заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) и туберкулезом с сопутствующей инфекцией вируса иммунодефицита человека.

1.3. На бесплатное обследование и профилактическое лечение туберкулеза детей и других лиц, находившихся с ним в контакте.

1.4. На уважительное и беспристрастное отношение со стороны всех медицинских работников и администраторов здравоохранения, без ущемления достоинства пациента, с учетом его религиозных верований и культурных ценностей.

1.5. На своевременное получение полной и ясной информации о состоянии своего здоровья (диагнозе, методах и длительности лечения, возможном исходе и рисках связанных с лечением).

1.6. На получение сведений о названиях и дозах противотуберкулезных препаратов, об их действии, возможных побочных реакциях, а также о дополнительных диагностических и лечебных вмешательствах.

**2. Больной обязан:**



- 2.1. Соблюдать назначенный режим лечения. Не допускать перерывов приема лекарств, что будет способствовать защите собственного здоровья и здоровья окружающих.
- 2.2. Принимать все противотуберкулезные препараты под непосредственным контролем медицинского персонала.
- 2.3. Соблюдать «Правила поведения больного туберкулезом», чтобы не заражать окружающих.
- 2.4. Представлять медицинским работникам всю информацию о состоянии своего здоровья, предыдущих эпизодах лечения, сопутствующих заболеваниях, перенесенных операциях, травмах, аллергических реакциях и других сведениях, необходимых для выбора правильной тактики лечения.
- 2.5. Информировать работников противотуберкулезной службы обо всех членах семьи и других лицах, которые могли быть инфицированными в результате контакта.
- 2.6. Своевременно сообщать медицинским работникам об ухудшении своего состояния, появлении новых жалоб.
- 2.7. Уважать права других пациентов и медицинских работников

**Ознакомлен с тем, что:**

- при приеме противотуберкулезных препаратов могут иногда возникнуть побочные реакции, и возможен «неблагоприятный исход лечения», который чаще возникает в результате перерывов приема лекарства и других нарушений режима лечения, употребления алкоголя и наркотических средств;
- при постоянных нарушениях режима лечения заболевание становится неизлечимым (формируется лекарственно устойчивая форма туберкулеза) и порой смертельным, от которого лекарств в мире, в том числе и в Казахстане нет;
- в случае уклонения или отрывов (нарушение режима) от лечения ко мне возможно применение мер принудительной изоляции по Закону РК № 496-1 от 10.12.1999 г. «О принудительном лечении граждан, больных заразной формой туберкулеза» в специальном учреждении или мое лечение может быть прекращено и новое лечение никогда не будет назначено.

Согласен со всеми пунктами данного соглашения и обязуюсь выполнять его.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

ФИО должностного лица медицинской организации \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

ФИО участкового лечащего врача \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Форма

<p>A4 форматы Формат А4</p>		<p>ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 19/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>		<p>Медицинская документация Форма ТБ 19/у утверждена приказом и.о.Министра</p>

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ПРЕПАРАТТАРДЫҢ ҚОЗҒАЛЫСЫ ТУРАЛЫ СТЕЛЛАЖДЫ  
КАРТА  
СТЕЛЛАЖНАЯ КАРТА ДВИЖЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

1. Генеритикалық (халықаралық патенттелмеген атауы)/  
Генерическое (международное непатентованное) наименование

2. Саудалық атауы/Торговое название

3. ТҚП келіп түскен күні/Дата поступления ПТП

4. Құжат бойынша келіп түскені/Поступил по документу:

4.1. ҚР ДСМ бөлу қағазы туралы бұйрық/приказ о разрядке МЗ РК №

4.2. Өндіруші/Производитель

4.3. Өндірген ел/Страна производитель

4.4. Өлшем бірлігі: ампула, таблетка, капсула, құты, пакетті (астын сызу)/

Единица измерения: ампула, таблетка, капсула, флакон, пакетик  
(подчеркнуть)

Жіберу күні Дата отпуска	Қайда жіберілгені Куда отпущено	Саны Количество	Қалғаны Остаток	Жауапты тұлғаның қолы Подпись ответственного лица

5. Серия № \_\_\_\_\_ Саны/Количество \_\_\_\_\_

6. Жарамдылық мерзімі/Срок годности \_\_\_\_\_

7. ТҚП жіберілгені туралы мәлімет/Сведения об отпуске ПТП \_\_\_\_\_

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № ТБ 20/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № ТБ 20/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Медициналық ұйымның атауы \_\_\_\_\_  
Наименование медицинской организации

**ЖӨНЕЛТПЕ ҚҰЖАТ  
НАКЛАДНАЯ**

№ \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года) "\_\_\_" \_\_\_\_\_

Алушы (получатель) \_\_\_\_\_  
Сенімхат (доверенность) № \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года) "\_\_\_" \_\_\_\_\_

№	ТҚП атауы, мөлшері (Наименование ПТП, дозировка )	Өлш. бір. (Ед. Изм)	Сертификат № (көшірме) № Сертификата (копии)	Сериясы (Серия)	Жарамдылық мерзімі (Срок годности)	Босатылған ТҚП саны (Количество отпущенного ПТП)	Бағасы (Цена)	Сомасы (Сумма)

Барлық сомасы (итого на сумму): \_\_\_\_\_  
(жазбаша/ прописью)

Бекітемін (утверждаю) \_\_\_\_\_  
(медициналық ұйым басшысының қолы/ подпись руководителя медицинской  
организации)

Растаймын (подтверждаю) \_\_\_\_\_  
(мед. ұйымның бас бухгалтерінің қолы/ подпись главного бухгалтера  
мед. организации)

Босатым (отпустил) \_\_\_\_\_  
(ТҚП босатуға жауапты тұлғаның қолы/подпись лица, ответственного за

отпуск ПТП)

Қабылдап алдым (принял) \_\_\_\_\_

(ТҚП қабылдап алушы тұлғаның қолы /подпись лица, принявшего ПТП)

A4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № ТБ 002/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № ТБ 002/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Жүкті, босанатын және жаңа босанған әйелдерді  
қабылдауды есепке алу ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета приема беременных, рожениц и родильниц**

20 \_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ басталды (начат) 20 \_\_ жылғы (года)

" \_\_ " \_\_\_\_\_ аяқталды (окончен)

стр. 2 ф.№ 002/у  
№ 002/у е. 2 беті

Р \ с № п / п	Келіп түскен күні мен уақыты (күні, айы, сағ., мин.) Дата и время поступления (число, месяц, час, мин.)	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Тұрғылықты мекенжайы (басқа қалалықтар үшін - уақытша) және тел. № Постоянное (для иногородних - временное) место жительства и № телефона	Қандай ұйым жолдады немесе кім жеткізді Какой организацией направлена или кем доставлена	Емдеуге жатқызудан шеттету Отказ в госпитализации	Түскен кездегі диагнозы Диагноз при поступлении	Қай бөлімшеге жолданды Отделение, в которое направлена
1	2	3	4	5	6	7	8	

Босанған күні мен уақыты Дата и время родов		Туылған нәрестелер туралы мәліметтер Сведения о родившихся			Қорытынды диагнозы Заключительный диагноз	Аяқталуы: шығарылды, ауыстырылды (қайда), қайтыс болды (күні, уақыты) Исход: выписана, переведена (куда), умерла (дата, время)		Перинаталдық қайтыс болу куәлігінің АХАЖ органдарында тіркелуі туралы белгі Отметки о регистрации в органах ЗАГС перинатального свидетельства о смерти	Медициналық са жөнінде дең Данные по меди страхова	
Күні , айы Число месяц	сағ . мин . час , мин	Жынысы Пол	Салмағы Вес	Тірі, өлі ( жазыңыз ) Живой, мертвый ( вписать )		босанушы әйел родильница	жүкті әйел беременная		Сақтандыру полисінің № № страхового полиса	Сағ комг ата Наил ст к
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

A4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № ТБ 003/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № ТБ 003/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**СТАЦИОНАРЛЫҚ НАУҚАСТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ**

№ \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО**

Түскен күні мен уақыты (Дата и время поступления) \_\_\_\_\_  
Шыққан күні мен уақыты (Дата и время выписки) \_\_\_\_\_  
Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_ палата № \_\_\_\_\_  
Бөлімшеге ауыстырылды (Переведен в отделение) \_\_\_\_\_  
Төсек-күндер өткізілді (Проведено койко-дней) \_\_\_\_\_  
Тасымалдау түрлері (Виды транспортировки): арбамен (на каталке),  
орындықта (на кресле), өздігінен жүре алады (может идти) астын  
сызыңыз (подчеркнуть). АИТВ-ға тексеру (Исследование на ВИЧ)

Қан тобы (Группа крови) \_\_\_\_\_  
Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) \_\_\_\_\_  
Дәрілердің жағымсыз әсерлері (жақпауы) (Побочное действие лекарств  
(непереносимость) \_\_\_\_\_

дәрінің аты, жағымсыз әсерінің сипаты (название препарата, характер  
побочного действия)

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество  
больного) \_\_\_\_\_  
2. Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_

3. Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_ толық жасы, 1 жасқа дейінгі  
балалар үшін-айы, 1 айға дейінгі балалар үшін-күні (полных лет, для  
детей: до 1 года-месяцев, до 1 месяца-дней)

4. Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_

5. ЖСН (ИИН) |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

6. Медициналық тіркеу нөмірі |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

7. (Регистрационный медицинский номер)

8. Тұрғылықты мекенжайы (Постоянное место жительства): қала (город),  
ауыл (село) астын сызыңыз (подчеркнуть)

мекенжайын жазыңыз, сырттан келгендер үшін- облысын, ауданын, елді  
мекенін, туыстарының мекенжайы мен телефон № көрсетіңіз

вписать адрес, указав для приезжих - область, район, нас. пункт,  
адрес родственников и № телефона

9. Жұмыс орны, кәсібі немесе лауазымы (Место работы, профессия или  
должность) \_\_\_\_\_

10. Оқудағылар үшін- оқу орны, балалар үшін - балалар ұйымының,  
мектептің аты, мүгедектер үшін - түрі мен тобы \_\_\_\_\_  
для учащихся - место учебы, для детей - название детского учреждения,  
школы, для инвалидов - род и группа \_\_\_\_\_

11. ОСМ, ОСҚ, интернационалшыл-жауынгер (ИОВ, УОВ, воин -  
интернационалист) астын сызыңыз (подчеркнуть)

12. Медициналық сақтандыру компаниясының атауы (Наименование  
страховой компании): сақтандыру полисінің № (страхового полиса)

13. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер  
(служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы  
(работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы  
(учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 - жеке еңбекпен  
айналысатын тұлға (лицо, занят. индивид. трудом), 8 - табынушы  
(служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар  
(прочее).

14. Жеңілдік санаты (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) - 1; ҰОСҚ  
(УВОВ) - 2; интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) - 3;  
бала күнінен мүгедек (инвалид детства) - 4; ауруы бойынша мүгедек  
(инвалид по заболеванию) - 5; сәуле әсерін алған адам (лица,

подвергшиеся радиации) – 6; ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7; әскерге шақырылушы (призывник) – 8; еңбек мүгедегі (инвалид труда) – 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 11.

15. Науқасты кім жіберді (Кем направлен больной) \_\_\_\_\_  
медициналық ұйымының аты (название медицинской организации)

16. Стационарға шұғыл айғақтары бойынша жеткізілді (Доставлен в стационар по экстренным показаниям): иә (да), жоқ (нет), ауруы басталған соң, зақым алған соң (через) \_\_\_\_\_ сағаттан кейін (часов после начала заболевания, получения травмы), жоспарлы тәртіппен жатқызылды (госпитализирован в плановом порядке) астын сызыңыз (подчеркнуть), өз бетімен бару (самообращение) (астын сызыңыз) (подчеркнуть)

17. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) \_\_\_\_\_

18. Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении) \_\_\_\_\_

19. Клиникалық диагнозы (Диагноз клинический)

Қойылған күні (Дата установления)

20. \_\_\_\_\_

21. Қорытынды клиникалық диагнозы (Диагноз заключительный клинический):

а) негізгі (основной) \_\_\_\_\_

б) негізгі ауруының асқынуы (осложнение основного): \_\_\_\_\_

в) қосалқы (сопутствующий) \_\_\_\_\_

22. Осы ауруы салдарынан осы жылда жатқызылуы (Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые), қайталап (повторно) астын сызыңыз (подчеркнуть) барлығы (всего) \_\_\_\_\_ рет (раз).

23. Хирургиялық операциялар, ауырсынуды басу әдістері және операциядан кейінгі асқынулар (Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения)

Операцияның аты	Күні, сағаты	Ауырсынуды басу әдісі	Асқынулар
Название операции	Дата, час	Метод обезболивания	Осложнения

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Операция жасаған (Оперировал) \_\_\_\_\_

24. Емдеудің басқа түрлері (Другие виды лечения) \_\_\_\_\_

көрсетіңіз (указать)

Қатерлі ісікпен ауырған науқастар үшін: 1. Арнаулы ем; хирургиялық (ара қашықтықтық гамма-терапия, рентген терапиясы, жылдам электрондар, түйісуші және ара қашықтықтық гамма-терапия, түйісуші гамма-терапия мен терең рентген терапиясы); аралас (хирургиялық және

гамматерапия, хирургиялық және рентген терапиясы, хирургиялық және үйлестірілген сәулелік); химиялық препараттармен, гормон препараттарымен. 2. Паллиативтік. 3. Симптомдық емдеу.

Для больных злокачественными новообразованиями – 1. Специальное лечение: хирургическое (дистанционная гамматерапия, рентгенотерапия, быстрые электроны, контактная и дистанционная гамматерапия, контактная гамматерапия и глубокая рентгенотерапия); комбинированное (хирургическое и гамматерапия, хирургическое и рентгенотерапия, хирургическое и сочетанное лучевое); химиопрепаратами, гормональными препаратами. 2. Паллиативное. 3. Симптоматическое лечение.

25. Еңбекке жарамсыздық парағын беру туралы белгі (Отметка о выдаче листка нетрудоспособности)

№ \_\_\_\_\_ (с) \_\_\_\_\_ бастап (по) \_\_\_\_\_ дейін  
№ \_\_\_\_\_ (с) \_\_\_\_\_ бастап (по) \_\_\_\_\_ дейін  
№ \_\_\_\_\_ (с) \_\_\_\_\_ бастап (по) \_\_\_\_\_ дейін  
№ \_\_\_\_\_ (с) \_\_\_\_\_ бастап (по) \_\_\_\_\_ дейін

26. Ауру немен аяқталды (Исход заболевания): шығарылды (выписан) – жазылуымен (с выздоровлением), жақсаруымен (с улучшением), өзгеріссіз (без перемен), нашарлауымен (с ухудшением), қайтыс болу (смерть), басқа ұйымға ауыстырылды (переведен в другую организацию) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ емдеу ұйымының аты (название медицинской организации)

26. Қабылдау бөлімшесінде қайтыс болды, жүктілігі 28 аптаға дейінгі жүкті әйел қайтыс болды, жүктілігі 28 аптадан асқан соң, босанатын, жаңа босанған әйел қайтыс болды. (Умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица, родильница).

27. Еңбекке қабілеттілігі толық орнына келді, төмендеді, уақытша жоғалтты, осы ауруына, басқа себептерге байланысты біржолата жоғалтты (астын сызыңыз) (Трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть)).

28. Сараптамаға түскендер үшін – қорытынды (Для поступивших на экспертизу – заключение) \_\_\_\_\_

29. Ерекше белгілер (Особые отметки) \_\_\_\_\_

Бөлімше меңгерушісі  
(Зав. отделением)

Емдеуші дәрігер  
(Лечащий врач)



ҚАБЫЛДАУ БӨЛІМШЕСІ ДӘРІГЕРІНІҢ ЖАЗБАСЫ  
ЗАПИСЬ ВРАЧА ПРИЕМНОГО ПОКОЯ

---

---

---

003/е н. 4 беті  
Стр 4 ф. № 003/у

ШАҒЫМЫ, АНАМНЕЗ  
ЖАЛОБЫ, АНАМНЕЗ

патологиясы, болжанған диагнозы, тексеру жоспары (қазіргі жағдайы  
настоящее состояние, алдын ала диагноз предварительный диагноз,  
тексеру жоспары план обследования)

---

---

---

003/е н. 5, 6 беті  
стр 5, 6 ф. № 003/у

Күндері Даты	КҮНДЕЛІК	ДНЕВНИК

Карта № \_\_\_\_\_  
Науқастың ТАӘ, палата № (ФИО больного, № палаты)

ЭПИКРИЗ

---

---

---

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

№ 003/е н. 7 беті  
Стр. 7 ф. № 003/у

Патологиялық (гистологиялық) қорытынды (Патологическое  
гистологическое) заключение):

Патоморфологиялық диагноз (Патоморфологический диагноз)

а) негізгі (основной) \_\_\_\_\_

б) негізгі ауруының асқынуы (осложнения основного) \_\_\_\_\_

в) қосалқы (сопутствующий) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 003-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ЖҮКТІЛІКТІ ҮЗУДІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ**  
**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

№ 003-1/е нысаны медициналық айғақтары бойынша аборт жасау және ауыр қосалқы сырқаттар бар болудан басқа жүктілікті үзудің барлық жағдайларында толтырылады. Осындай жағдайларда № 003-1/е. нысанды стационарлық науқастың картасы толтырылады. Аборт операциясы кезінде немесе операциядан кейін әйелдің 3 күннен артық стационарда болуын талап ететін асқынулар болса, онда жазбалар № 003/е нысанының жапсырма парағына жазылады.

Картада көрсетілген барлық сұрақтардың жауабы, бірнеше мүмкін жауап көрсетілсе, дұрысының астын сызу және жетпегенін жазу арқылы берілуі тиіс.

Учетная форма № 003-1/у заполняется во всех случаях прерывания беременности, кроме абортов по медицинским показаниям и при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний. В этих случаях заполняется карта стационарного больного учетная ф. № 003.

В случаях осложнений, возникших во время или после операции аборта, требующих пребывания женщины в стационаре более 3-х дней, записи производятся на вкладном листе к учетной форме № 003у (карта стационарного больного).

Ответы должны быть даны на все указанные в карте вопросы путем подчеркивания, в случаях нескольких возможных ответов и вписывания

недостающего.

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

Қан тобы (Группа крови) \_\_\_\_\_ Резус фактор \_\_\_\_\_

АИТВ-ға зерттеу (Исследование на ВИЧ) \_\_\_\_\_

Вассерман реакциясы (Реакция Вассермана) \_\_\_\_\_ Соз ауруына

зерттеу (Исследование на гонорею) \_\_\_\_\_

Жолдамамен түсті (Поступила по направлению) \_\_\_\_\_

емдеу ұйымының аты (название лечебной организации)

Сан.тазартудан өтті (Санобработку прошла), жоқ (нет) астын сызыңыз

(подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Түскен күні (Дата поступления) \_\_\_\_ Шыққан күні (Дата выписки) \_\_\_\_

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Өткізген төсек күндері (Проведено койко-дней) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ отбасы жағдайы (семейное

положение): неке тіркелген (в браке зарегистрированном), тіркелмеген

(незарегистрированном), жалғыз басты (одинокая)

Мекенжайы (Место жительства): облыс (область) \_\_\_\_\_

Аудан (Район) \_\_\_\_\_ қала (ауыл) город (село) \_\_\_\_\_

Көшесі (Улица) \_\_\_\_\_ үй (дом) № \_\_\_\_ корп. \_\_\_\_ пәт.(кв.) \_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_ лауазымы (должность) \_\_\_\_\_

Медициналық сақтандыру жөнінде деректер сақтандыру полисінің № (№

страхового полиса) \_\_\_\_\_

(Данные по медицинскому страхованию) Сақтандыру компаниясының атауы

(Наименование страховой компании)

Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): негізгі (основной) \_\_\_\_\_

қосалқы (сопутствующий) \_\_\_\_\_

Акушердің қолы (Подпись акушерки) \_\_\_\_\_

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

Клиникалық диагнозы (Диагноз клинический)

Шыққан кездегі диагнозы (Диагноз при выписке): негізгі (основной)

қосалқы (сопутствующий) \_\_\_\_\_

Операцияның аты, күні (Название операции, дата) \_\_\_\_\_

Асқынулары (Осложнения) \_\_\_\_\_

Анамнез (Анамнез). Етеккірі бір қалыпқа түсуі (Менструация

установилась) (с) \_\_\_\_\_ жасынан бастап (лет

по) \_\_\_\_\_ күннен (дней) әр (через)

\_\_\_\_\_ күн сайын (дней). Аз, қалыпты, көп мөлшерде,

ауырсынғыштықпен (Скудные, умеренные, обильные, болезненные).

Соңғы қалыпты етеккірі (Последняя нормальная менструация) (с)

\_\_\_\_\_ бастап (по) \_\_\_\_\_ дейін

Жыныстық қатынасы (Половая жизнь) (с) \_\_\_\_\_ жасынан бастап

(лет), жүктіліктен сақтана ма (предохраняется ли от беременности):

иә, жоқ, қандай тәсілмен (да, нет, каким способом)

Нешінші жүктілік (Которая беременность) \_\_\_\_\_

Босанумен аяқталған жүктіліктер саны (Число беременностей,

закончившихся родами) \_\_\_\_\_ абортпен аяқталған

(абортами) \_\_\_\_\_

Соңғы жүктілігі (Последняя беременность была) в 20\_\_ ж.

(г). \_\_\_\_\_ айы (месяц)

Аяқталуы (Закончилась): мезгілінде босанумен (родами срочными), мезгілінен бұрын босанумен (преждевременными), медициналық айғақтары бойынша артифициальдық абортпен (абортом артифициальным по медицинским показаниям), криминалдық (криминальным), өздігінен түсік тастаумен (самопроизвольным выкидышем).

Босануларда асқынулар болды ма (Были ли осложнения в родах)

Босанудан кейін (После родов) \_\_\_\_\_ аборттан кейін (после абортов)

\_\_\_\_\_ қандай және жылдарын көрсетіңіз (указать, какие и годы)

Бастан өткерген аурулары (Перенесенные заболевания): Боткин ауруы (болезнь Боткина), мерез (сифилис), соз ауруы (гонорея), гинекологиялық сырқаттар (гинекологические заболевания) \_\_\_\_\_

Бастан өткерген операциялары, қан құюлар (Перенесенные операции, переливание крови) (болды, болмады) (было, не было)

Осы аборттың себебі (Причины настоящего аборта): баласы болуын қаламау (нежелание иметь ребенка), баспана жағдайы (жилищные условия), оқуы (учеба), бүлдіршіндер, бала бақшаларының болмауы (необеспеченность яслями (садами)), тұрмыс жағдайының төмендігі (материальная необеспеченность), көп балалы (много детей), ерінің болмауы (нет мужа) (астын сызыңыз, жетпегенін жазыңыз (подчеркнуть, недостающее вписать) \_\_\_\_\_

Түскен кездегі Дене Т<sup>0</sup> (тела) \_\_\_\_\_ жалпы жағдайы (общее жағдайы \_\_\_\_\_ состояние) \_\_\_\_\_

(Состояние при поступлении)

Жабыны, шырышты қабықтары (Наружные покровы, слизистые) \_\_\_\_\_

Сүт безінің жай-күйі Состояние молочных желез) \_\_\_\_\_

Қанайналым ағзалары (Органы кровообращения): тамыр соғуы (пульс) \_\_\_\_\_

Қан қысымы (Артериальное давление) \_\_\_\_\_

Жүрегі (тондары) сердце (тоны) \_\_\_\_\_

Тыныс алу ағзалары (Органы дыхания) \_\_\_\_\_

Ас қорыту ағзалары (Органы пищеварения) \_\_\_\_\_

Нәжісі (Стул) \_\_\_\_\_ Зәр бөлу ағзалары (Органы мочеотделения) \_\_\_\_\_

Қыныптық зерттеу Сыртқы жыныс ағзалары өзгеріссіз, қыныбы тар, кең (Наружные половые органы без особенностей, узкое, свободное).  
Влагалищное Жатыр мойны цилиндр, конус пішінді (Шейка матки исследование) цилиндрической, конической формы)

Қынып пен жатыр мойнының шырыш қабығы таза (Слизистая влагалища и шейки чистая)

Жатыр мойнында келесі өлшемді жалақ жара бар  
(На шейке матки имеется эрозия размером) \_\_\_\_\_

Сыртқы аңқа ашық, жабық (Наружный зев закрыт, открыт)  
Жатыр денесінің орналасуы (Тело матки в положении) \_\_\_\_\_

үлкеюі (увеличено до) жүктіліктің \_\_\_\_\_ аптасына дейін (недель беременности),  
консистенциясы жұмсақ (мягковатой консистенции)  
қозғалмалы (подвижно), қолғалыссыз (неподвижно), қолмен зерттегенде  
ауырсынуымен, ауырсынусыз (болезненно, безболезненно при пальпации).

Сол жақ қосалқылар өзгеріссіз (Левые придатки без особенностей)

Оң жақ қосалқылар өзгеріссіз (Правые придатки без особенностей)

Күмбезі бос (Своды свободны) \_\_\_\_\_

Шығынды (Выделения): шырышты (слизистые), іріңді (гнойные), қан  
аралас (кровянистые), қалыпты (умеренные), көп (обильные).

Диагноз: жүктілігі (беременность) \_\_\_\_\_ апта (недель)

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

Жүктілікті үзу 20\_\_ ж.(г.) \_\_\_\_\_ айы (месяц) \_\_ күні (число) \_\_  
операциясы \_\_\_\_\_ сағаты \_\_\_\_ (час) \_\_\_\_  
(Операция прерывания Ауырсынуды басу әдісі (Метод обезболивания) \_\_\_\_\_  
беременности)

Сыртқы жыныс ағзаларын, қыныпты және жатыр мойнын қажеттегідей  
тазартқаннан кейін жатыр мойны қысқашқа алынды. (После  
соответствующей обработки наружных половых органов, влагалища и шейки  
матки, шейка матки взята на пулевые щипцы)

Сүңгі бойымен жатыр ұзындығы (Длина матки по зонду) \_\_\_\_\_ см.  
Жатыр мойны өзегінің Гегар кеңейткішімен (Расширение цервикального  
канала расширителем Гегар до №) №-ге дейін кеңеюі \_\_\_\_\_ оңай  
(легко)

Вибродиллятатормен оңай (Вибродиллятатором) (легко) \_\_\_\_\_

Ұрық жұмыртқасы кюреткамен, абортцангпен, вакуумэксскохлеатормен  
бұзылды және алынып тасталды (Плодное яйцо разрушено и удалено  
кюреткой, абортцангом, вакуумэксскохлеатором).

Жатыр қабырғаларын бақылаулық қыру жүргізілді, жүргізілмеді  
(Контрольное выскабливание стенок матки произведено, нет)

Жатыр жиырылды, жиырылмады (Матка сократилась, нет) \_\_\_\_\_ қан  
шығыны (кровопотеря) \_\_\_\_\_ мл.

Жатыр мойны йодпен тазартылған (Шейка матки обработана йодом)

Тағайындалымдар (Назначение) \_\_\_\_\_

Хирургтың қолы (Подпись хирурга) \_\_\_\_\_

**ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД**

Күні Дата	Бірінші тәулік Первые сутки	Тағайындаулар Назначения
Т* Т (У) Т* К (В) Тамыр соғуы (Пульс) АҚҚ (АД)	Шағымы (Жалобы) _____ Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____ _____ Қолмен зерттегенде іші (Живот при пальпации):, ауырсынбайды (безболезненный), ауырсынады (болезненный), жұмсақ (мягкий), қатты (напряженный). Шығындылар (Выделения): қан аралас (кровянистые), сарысулы (серозные), көп (обильные), қалыпты (умеренные), аз (незначительные) Нәжісі (Стул) _____ Зәршығаруы (мочеиспускание) _____ Дәрігер (Врач) _____	
Күні Дата	Екінші тәулік Вторые сутки	Тағайындаулар Назначения
Т* Т (У) Т* К (В) Тамыр соғуы (Пульс) АҚҚ (АД)	Шағымы (Жалобы) _____ Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____ _____ Қолмен зерттегенде іші (Живот при пальпации): ауырсынбайды (безболезненный), ауырсынады (болезненный), жұмсақ (мягкий), қатты (напряженный). Шығындылар (Выделения): қан аралас (кровянистые), сарысулы (серозные), көп (обильные), қалыпты (умеренные), аз (незначительные) Нәжісі (Стул) _____ Зәршығаруы (мочеиспускание) _____ Дәрігер (Врач) _____	
Күні Дата	Үшінші тәулік Третьи сутки	Тағайындаулар Назначения
Т* Т (У) Т* К (В) Тамыр	Шағымы (Жалобы) _____ Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____ _____ Қолмен зерттегенде іші (Живот при пальпации): ауырсынбайды (безболезненный), ауырсынады (болезненный), жұмсақ (мягкий), қатты (напряженный). Шығындылар (Выделения): қан аралас (кровянистые), сарысулы (серозные), көп (обильные), қалыпты (умеренные), аз (незначительные)	

соғуы ( Пульс)	Нәжісі (Стул) _____	
АҚҚ (АД)	Зәршығаруы (мочеиспускание) _____	
	Дәрігер (Врач) _____	

20\_\_ жыл (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Қанағаттанарлық жағдайда шығарылды (Выписана в удовлетворительном состоянии) \_\_\_\_\_

Ауыстырылды (Переведена в) \_\_\_\_\_

Ұсынылды (Рекомендовано) \_\_\_\_\_

Жұмысқа жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) \_\_\_\_\_

бастап (с) \_\_\_\_\_ дейін (по) № \_\_\_\_\_ сериясы (серия) \_\_\_\_\_ алды (получила) \_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 004/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 004/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ТЕМПЕРАТУРА ПАРАҒЫ**  
**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

Карта \_\_\_\_\_ Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество  
больного)









Тағайындаулар Назначения	Орындаушылар Исполнители	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата
Режім	Дәрігер Врач											
	Мейірбике Сестра											
Емдәм Диета	Дәрігер Врач											
	Мейірбике Сестра											
	Дәрігер Врач											
	Мейірбике Сестра											
	Дәрігер Врач											
	Мейірбике Сестра											
Қолдары Подписи	Дәрігер Врач											
	Мейірбике Сестра											

Емделушінің немесе оның мүддесін білдіретін  
уәкілетті тұлғаның қолы \_\_\_\_\_  
Подпись пациента или уполномоченного лица,  
представляющего интересы пациента

№ 004-1/е ныс. 2-беті  
2 стр. ф. № 004-1 /у

**ЗЕРТТЕУГЕ ТАҒАЙЫНДАУЛАР ПАРАҒЫ**  
**(бюджеттік қаражат есебінен)**  
**ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ НА ИССЛЕДОВАНИЕ**  
**(за счет бюджетных средств)**

\_\_\_\_\_ карта №, (№ карты) \_\_\_\_\_ Науқастың тегі, аты, әкесінің аты, палата №  
(Фамилия, имя, отчество больного, № палаты)

\_\_\_\_\_ Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Зерттеудің атауы Наименование исследования	Орындаушылар Исполнители	Тағайындаулар мен олардың орындалуы туралы белгілер Отметка о назначении и выполнении							
		Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата



	Дәрігер Врач							
	Мейірбике Сестра							
	Дәрігер Врач							
	Мейірбике Сестра							
	Дәрігер Врач							
	Мейірбике Сестра							
	Дәрігер Врач							
	Мейірбике Сестра							
Қолдары Подписи	Дәрігер Врач							
	Мейірбике Сестра							

Емделушінің немесе оның мүддесін білдіретін  
уәкілетті тұлғаның қолы \_\_\_\_\_  
Подпись пациента или уполномоченного лица,  
представляющего интересы пациента

Форма

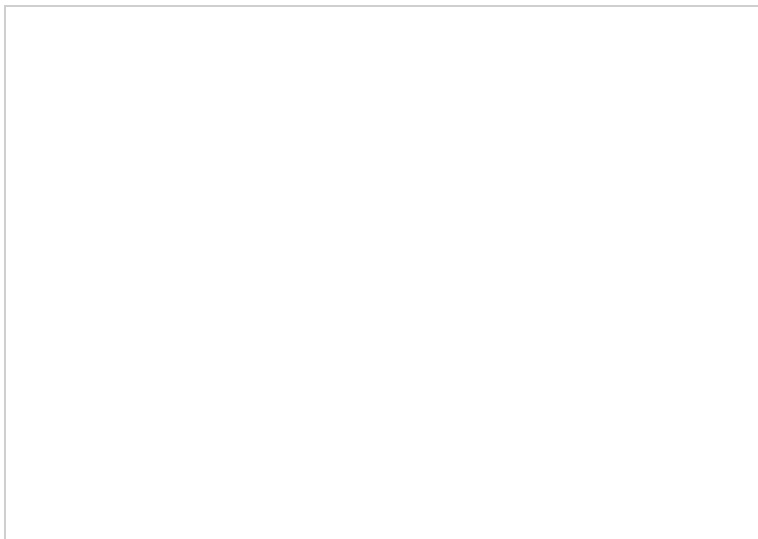
КҰЖЖ бойынша ұйым коды  
Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы
---	--

здравоохранения Республики Казахстан	«23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 005/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).



**ЭРИТРОЦИТҚҰРАМДЫ ЗАТТАР ТРАНСФУЗИЯСЫНЫҢ  
ХАТТАМАСЫ/ПРОТОКОЛ  
ТРАНСФУЗИИ ЭРИТРОЦИТОСОДЕРЖАЩИХ СРЕДСТВ**

Науқастың ТАӘ (ФИО больного) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Трансфузияны өткізген күні (Дата проведения трансфузии) \_\_\_\_\_

(күні, айы, жылы ( число, месяц, год))

Трансфузияны өткізген уақыты (Время проведения трансфузии):

басталды (начата) сағат (час)\_\_\_\_минут (минута)\_\_\_\_,

аяқталды (окончена) сағат (час)\_\_\_\_ минут (минута)\_\_\_\_\_.

Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность больного)

Трансфузия өткізілетін аурухана бөлімшесі (Отделение больницы, где проводится трансфузия)\_\_\_\_\_

Сырқатнама № (№ истории болезни)\_\_\_\_\_

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД) \_\_\_\_\_, Рs \_\_\_\_\_, t<sup>0</sup> \_\_\_\_\_  
Трансфузиялық сыртартпа (Трансфузионный анамнез) \_\_\_\_\_

Трансфузия көрсетілімдері (Показания к трансфузии) \_\_\_\_\_

Трансфузиялық заттың атауы (Наименование трансфузионной среды) \_\_\_\_\_

Донордың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность донора) \_\_\_\_\_

Трансфузиялық зат этикеткасының нөмірі (Номер этикетки трансфузионной среды) \_\_\_\_\_

Трансфузиялық затты дайындаушы ұйымның атауы (Наименование организации-заготовителя трансфузионной среды) \_\_\_\_\_

Трансфузиялық затты дайындау күні (Дата заготовки трансфузионной среды) \_\_\_\_\_

Үйлесу сыналасын өткізу (Проведение проб на совместимость):

-қан тобы арқылы (по группе крови) \_\_\_\_\_

- резус-тиістілігі арқылы (по резус-фактору) \_\_\_\_\_

Сынап көруді өткізген дәрігердің ТАӘ, қолы (қан тобы және резус) \_\_\_\_\_

(ФИО, подпись врача, проводившего пробы (группа крови и резус)

- биологиялық сыналасы арқылы (биологическая проба) \_\_\_\_\_

Құйылған (Перелито) \_\_\_\_\_ миллилитр (мл) (тамыр арқылы, тамшылатып, сорғалатып, тамшылатып - сорғалатып - керегінің астын сызу; внутривенно, капельно, струйно, капельно-струйно - нужное подчеркнуть) Трансфузиядан кейінгі серпіліс және/немесе асқну (Реакции и/или осложнения после трансфузии)

Қабылданған шаралар (Предпринятые меры) \_\_\_\_\_

Трансфузияны өткізген дәрігердің ТАӘ (ФИО врача, проводившего трансфузию) \_\_\_\_\_

(қолы, подпись)

Трансфузиядан кейін (После трансфузии):

Рs \_\_\_\_\_, АҚ (АД) \_\_\_\_\_, t<sup>0</sup> \_\_\_\_\_ (1 сағаттан кейін; через 1 час);

Рs \_\_\_\_\_, АҚ (АД) \_\_\_\_\_, t<sup>0</sup> \_\_\_\_\_ (2 сағаттан кейін; через 2 часа);

Рs \_\_\_\_\_, АҚ (АД) \_\_\_\_\_, t<sup>0</sup> \_\_\_\_\_ (3 сағаттан кейін; через 3 часа).

Несептің бірінші бөлігінің түсі (Цвет первой порции мочи) \_\_\_\_\_

Тәуліктік диурез (Суточный диурез) \_\_\_\_\_

Мейірбикенің ТАӘ (ФИО медсестры) \_\_\_\_\_

(күні, уақыты; дата, время)

(қолы; подпись)

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Казакстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 005-1/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

#### ҚАН КОМПОНЕНТТЕРІ, ПРЕПАРАТТАРЫ ТРАНСФУЗИЯСЫНЫҢ ХАТТАМАСЫ/ПРОТОКОЛ ТРАНСФУЗИИ КОМПОНЕНТОВ, ПРЕПАРАТОВ КРОВИ

Науқастың ТАӘ (ФИО больного)

Туған күні (Дата рождения)\_\_\_\_\_

Трансфузия өткізу күні (Дата проведения трансфузии)\_\_\_\_\_

(күні, айы, жылы; число, месяц, год)

Трансфузияны өткізген уақыты (Время проведения трансфузии):

басталды (начата) сағат (час)\_\_\_ минут (минута)\_\_\_,

аяқталды (окончена) сағат (час)\_\_\_ минут (минута)\_\_\_.

Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность больного)

Трансфузияны өткізген аурухана бөлімшесі (Отделение больницы, где проводится трансфузия)\_\_\_\_\_

Сықатнаманың № (№ истории болезни)\_\_\_\_\_

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД)\_\_\_\_\_, Ps\_\_\_\_\_, t<sup>0</sup>\_\_\_\_\_

Трансфузиондық сықатнама (Трансфузионный анамнез)\_\_\_\_\_

Трансфузияға көрсетілімдер (Показания к трансфузии)\_\_\_\_\_

Трансфузиялық заттың атауы (Наименование трансфузионной среды)\_\_\_\_\_



Донордың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность донора) \_\_\_\_\_

Трансфузиялық заттың этикеткасының нөмірі/сақтау мерзімі (Номер этикетки трансфузионной среды /срок годности) \_\_\_\_\_

Трансфузиялық затты дайындаушы ұйымның атауы (Наименование организации-заготовителя трансфузионной среды) \_\_\_\_\_

Трансфузиялық затты дайындау күні (Дата заготовки трансфузионной среды) \_\_\_\_\_

Үйлесу сынамасының өткізу (Проведение проб на совместимость):

- биологиялық сынама арқылы (биологическая проба) \_\_\_\_\_

Құйылған (Перелито) \_\_\_\_\_ мл (тамыр арқылы, тамшылатып, сорғалатып, тамшылатып - сорғалатып - керегінің астын сызу; внутривенно, капельно, струйно, капельно-струйно - нужное подчеркнуть)

Трансфузиядан кейінгі серпіліс және/немесе асқыну (Реакции и/или осложнения после трансфузии) \_\_\_\_\_

Қабылданған шаралар (Предпринятые меры) \_\_\_\_\_

Трансфузияны өткізген дәрігердің ТАӘ (ФИО врача, проводившего трансфузию) \_\_\_\_\_

(қолы, подпись)

Трансфузиядан кейін (После трансфузии):

Ps \_\_\_\_\_, АҚҚ (АД) \_\_\_\_\_,  $t^0$  1 сағаттан кейін; через 1 час);  
Ps \_\_\_\_\_, АҚҚ (АД) \_\_\_\_\_,  $t^0$  \_\_\_\_\_ (2 сағаттан кейін; через 2 часа);  
Ps \_\_\_\_\_, АҚҚ (АД) \_\_\_\_\_,  $t^0$  \_\_\_\_\_ (3 сағаттан кейін; через 3 часа).

Несептің бірінші бөлігінің түсі (Цвет первой порции мочи) \_\_\_\_\_

Тәуліктік диурез (Суточный диурез) \_\_\_\_\_

Мейірбикенің ТАӘ (ФИО медсестры) \_\_\_\_\_

(күні, уақыты; дата, время)

(қолы; подпись)

Форма

A4 форматы

Формат А4

КҰЖЖ бойынша ұйым коды  
Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрлігі

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрінің  
м.а. 2010 жылғы  
«23» қарашадағы № 907  
бұйрығымен бекітілген



--	--	--	--	--	--	--

Плазманың барлық түрлері , криопреципитат Плазма всех видов, криопреципитат	Тромбоциттер Тромоциты	Қан препараттары Препараты крови	Диагностикалық стандарттар Диагностические стандарты	Мөлшері (мл/мөлшерлеме) Количество (мл\доз)	Бөлімшеге берілді Выдано в отделении	Берген күні мен уақыты Дата и время выдачи
9	10	11	12	13	14	15

Өнімді берген адамның қолы Подпись лица, выдавшего продукт	Өнімді қабылдаған адамның қолы Подпись лица, получившего продукт
16	17

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 005-3/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

\_\_\_\_\_ науқасының трансфузиялық парағы  
Трансфузионный лист больного \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_

			Донордың қан тобы,			
--	--	--	--------------------	--	--	--

№	Күні Дата	Трансфузиялық заттың атауы Наименование трансфузионной среды	Мөлшері, мл Количес-тво , мл	Rh Группа крови, Rh донора	Көрсетілімдер Показания	Заттаңба №, өндіруші № этикетки, производитель	Асқын улыр Осложнения	Дәрігердің ТАӘ ФИО врача
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Форма

A4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО <hr/>
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 005-4/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 1 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Медициналық ұйымдарда қанның компоненттері мен препараттарын  
есептен шығаруды және жоюды тіркеу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**регистрации списания и утилизации компонентов и препаратов  
крови в медицинских организациях**

20\_\_\_\_ жылғы (года) «\_\_»\_\_\_\_\_ басталды (начато)

1. Медициналық ұйымдар трансфузиология бөлімшесінің (кабинетінің)  
жауапты тұлғасы толтырады.

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым  
басшысының қолымен бекітілуі тиіс.

20\_\_\_\_ жылғы (года) «\_\_»\_\_\_\_\_ аяқталды (окончено)

1. Заполняется ответственным лицом отделения (кабинета) трансфузиологии медицинских организаций.

2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Р/с №№ п/п	Бөлімше Отделение	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих код и другие)	Компоненттің атауы Наименование компонента	Дайын дау күні Дата заготовки	Жарамдылық мерзімі Годен до	Есептен шығарылды (мл/доза) Списано (мл\доз)	Есептен шығарудың себебі Причина списания
1	2	3	4	5	6	7	8

Есептен шығару күні Дата списания	Жою күні Дата утилизации	Акт № № акта	Жою тәсілі және көлемі Способ и объем утилизации	Жауапты тұлғаның ТАӘ, қолы ФИО ответственного лица, подпись
9	10	11	12	13

A4 форматы  
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Ұйымның атауы Наименование организации	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 006/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 006/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета сбора ретроплацентарной крови

за 20\_ жылы (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_ күні

\_\_\_\_\_

Қанды жинау күні Дата сбора крови	Босану сырқатнамасының № истории родов	Босанушының тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество роженицы	Туған күні Дата рождения	Бригада мүшелерінің тегі (дәрігердің, акушердің, санитардың) Фамилии членов бригады (врача, акушерки, санитарки)	Пробиркалар саны Количество пробирок	Мөлшері Количество		Ескерту Примечание
						қанның крови	сарысудың сыворотки	

Форма

А4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 007/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 007/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Науқастар мен стационардың төсек қорының  
қозғалыстарын есепке алу  
ПАРАҒЫ  
ЛИСТОК  
учета движения больных и коечного фонда стационара

---



Мейіргердің қолы  
(Подпись медсестры) \_\_\_\_\_

НАУҚАСТАР ТІЗІМІ  
СПИСОК БОЛЬНЫХ

Түскен науқастардың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество поступивших	Басқа стационарлардан ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты. Фамилия, имя, отчество переведенных из других стационаров	Осы аурухананың басқа бөлімшелерінен ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество переведенных из других отделений данной больницы	Шығарылған - дардың тегі, аты, әкесінің аты. Фамилия, имя, отчество выписанных	Ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты. Фамилия, имя, отчество переведенных		Қайтыс болғандың тегі, аты, әкесінің аты. Фамилия, имя, отчество умерших
				Осы аурухананың басқа бөлімшелеріне в другие отделения данной больницы	Басқа стационарларға в другие стационары	
1	2	3	4	5	6	7

Ағымдағы күннің басында бос төсектердің саны (1 күні) Свободное количество коек на начало текущего дня (1 день)	Жақын арадағы бес күндегі бос төсек орындардың болжамды саны Прогнозное количество свободных коек на ближайшие пять дней									
	2 күн 2 день		3 күн 3 день		4 күн 4 день		5 күн 5 день			
барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Бөлім меңгерушісінің қолы  
(Подпись заведующего отделением) \_\_\_\_\_  
Басшының қолы  
(Подпись руководителя) \_\_\_\_\_

Стационардағы төсек қоры мен науқастар қозғалысын есепке алу парағы жоғары тұрған денсаулық сақтау органының сметасы мен бұйрықтарына сәйкес аурухананың құрамында бөлінген әр бөлімшеде толтырылады. Аурухана бойынша бұйрықпен өз ішінде арнайы бейінге (мысалы, хирургиялық және гинекологиялық бөлімшелер құрамындағы онкотөсектер, неврология бөлімшесінде балаларға арналған төсектер) бөлінген төсектері бар бөлімшелерде, параққа бірінші жолмен барлық төсектер саны және барлық науқастар қозғалысы туралы мәлімет жазылады (арнайы бейіндер төсектері туралы



мәліметтерді қоса), ал арнайы бейіндердің төсектері мен науқастарының қозғалысы туралы мәлімет келесі жолдарда жазылады. Бөлімшелердің құрамынан арнайы бейіндерге бөлінген төсектер туралы жолдарды толтырғанда, бөлінген төсектердің бейініне сай келетін сырқатымен жатқан науқастар қозғалысы, бөлімшенің қай төсегінде жатқанына қарамастан көрсетіледі. Мысалы, хирургия бөлімшесінің құрамынан бұйрықпен урологиялық науқастарға 3 төсек бөлінді, ал іс жүзінде бөлімшеде 3 емес 5 урологиялық науқас жатқан жағдайда, бұл науқастар қозғалысы урологиялық төсектермен көрсетіледі. Сонымен қатар урологиялық сырқаты бар науқастар құрамында урологиялық төсектері жоқ басқа бөлімшелерге де жатқызылуы мүмкін. Бұл науқастар туралы деректер, тек олар жатқан бөлімшелердің мәліметінде көрсетіледі; құрамында урологиялық төсектері бар бөлімшенің урологиялық науқастары туралы мәліметке қосылмайды. Аурухана бойынша жиынтық мәлімет алу үшін, статистика бөлмесіне бөлімшелерден өткізіліп, тексерілген парақтардағы мәліметтерді бүкіл аурухана бойынша жүргізілетін науқастар мен төсек қорын есепке алу күнделігіне жазады. Ескерту: егер аурухана мен оның бөлімшелерінің есебін мейірбике жүргізетін болса, онда жеке-жеке парақтар толтыру керек емес. Мұндай ауруханаларда науқастар мен төсек қорын есепке алу күнделігі бүкіл аурухана бойынша жүргізіледі, арнайы бейіндегі бөлімшелер мен төсектер туралы деректер әр күн сайын толтырылып, айдың аяғында қосындысы шығарылады. 3 - бағанда жөндеу жұмыстарына, карантинге, басқа себептермен байланысты уақытша жиылған төсектерді қоса, смета аумағында іс жүзінде қанша төсек жазылғанын көрсетеді. Бұл санға бөлімшенің толып кетуіне байланысты палаталардың, дәліздердің және т.б. бос жерлерінде жазылған төсектер саны қосылмайды. 3 - бағанда көрсетілген төсектер санынан, 4 -бағанда жөндеуге және басқа себептермен жиылған төсектер саны көрсетіледі. 5 - 15 - бағандарда өткен тәуліктер, кешегі таңғы сағат 9-дан бүгінгі таңғы сағат 9-ға дейін (бұрыннан жатқан, жаңадан түскен, бір бөлімшеден екіншісіне ауысқан, ауруханадан шыққан, қайтыс болған) болған науқастар қозғалысы жазылады. 16-17 - бағандарда бөлімшеде бүгінгі сағат 9-дан жатқан науқастар саны жазылады. Өткен күннің 16 - бағандағы науқастар саны бүгінгі күннің 5- бағанына көшіріліп жазылады. Күнделікті науқастар санының тепе-теңдігін тексеріп отырған абзал, яғни бүгінгі күннің басында көрсетілген науқастар саны (16), өткен күннің басындағы (5), жаңа түскен (6), және басқа бөлімшеден ауыстырылған (9) науқастар санының қосындысынан басқа бөлімшелерге ауысқан (10), шығарылған (11), және қайтыс болған (15) науқастар санын шегергендегі санға тең,  $5 + 6 + 9 - 10 - 11 - 15 = 16$ . 20-21 бағандарда жақын арадағы бес күндегі бос төсек орындарының болжамды саны көрсетіледі. 22-31 бағандарда төсектердің бейіні бойынша ең жақын 5 күнге бос орындардың болжамды саны беріледі. Күнделікті деректерді бөлім меңгерушісі медициналық ұйымның статистика қызметіне беруі тиіс, олар одан әрі өңірлік емдеуге жатқызу бюросына ақпаратты жібереді. Стационардағы бос төсектерді есепке алу парағына бөлім меңгерушісі және басшысы қол қоюы тиіс.

Листок учета больных и коечного фонда стационара заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа здравоохранения. По отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказом по больнице койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделений, койки для детей в составе неврологического отделения и т.д.), в листке записываются первой строкой сведения о числе коек и движении больных в целом по отделению (включая и сведения по койкам узких специальностей), а последующие строки выделяются для сведения о койках и движении больных по узким специальностям. При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение больных с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических больных; фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических больных - движение этих больных показывается по урологическим койкам. В то же время больные с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих больных показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических больных, лежавших в отделении, имевшем урологические койки. Для получения суммарных данных по больнице сведения из листов отделений, полученных и проверенных

в кабинете статистики, вносятся в дневник учета больных и коечного фонда, ведущийся по больнице в целом.

Примечание: Если учет в больнице и имеющихся в ней отделениях ведется сестрой, то заполнение отдельных листков нецелесообразно. В таких больницах ведется дневник учета больных и коечного фонда по стационару в целом, имеющимся в нем отделениям и койкам узкого профиля последовательно за каждый день месяца с последующим суммированием месячных сведений.

В гр. 3 листа показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая и койки, временно свернутые в связи с ремонтом, карантинном и другими причинами. В это число не включаются приставные койки, развертываемые в палатах, коридорах и т.д. в связи с переполнением отделения. Из числа коек, показанных в гр. 3. в гр. 4 выделяются койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами. В графах 5-15 даются сведения о движении больных за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (числе состоявших и поступивших больных; числах переведенных из отделения в отделение выписанных и умерших) и в гр. 16 и 17 о числе больных, состоявших в отделении на 9 часов утра текущего дня. Число больных, показанное в гр. 16 предыдущего дня должно быть переписано в гр.5 текущего дня. Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы числа больных балансировались, т.е. чтобы число больных, показанное на начало текущего дня (гр. 16) было равно сумме чисел больных, состоявших на начало предыдущего дня (гр. 5), поступивших (гр.6) и переведенных (гр. 9), за минусом чисел, переведенных в другие отделения (гр. 10). выписанных (гр. 11) и умерших (гр. 15). т.е. числам в гр. 5 + 6 + 9 - 10 - 11 - 15 = гр. 16.

В графах 20-21 указывается количество свободных коек на начало текущего дня в разрезе профилей коек. В графах 22-31 даются сведения о прогнозном количестве свободных мест на ближайшие 5 дней в разрезе профилей коек. Данные ежедневно заведующим отделением передаются в статистическую службу медицинской организации, которая далее представляет информацию в региональное бюро госпитализации. Листок учета свободных коек в стационаре должен подписываться заведующим отделением и руководителем медицинской организации.

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 007-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 007-1/е утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Стационардағы бос төсектерді есепке алу

ПАРАҒЫ

ЛИСТОК

Учета свободных коек в стационаре

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

A4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 008/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 008/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**записи оперативных вмешательств в стационаре**

**20\_\_ жылғы (года) «\_\_»\_\_\_\_\_ күні**

ОПЕРАЦИЯ № \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года)\_\_\_\_\_ басталды (начата)\_\_\_ сағат (час)\_\_\_ минут (минута)

20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ аяқталды (окончена) \_\_\_сағат (час)\_\_\_ минут (минута).

Науқастың ТАӘ (ФИО больного)

Туған күні (Дата рождения)\_\_\_\_\_

Операцияға дейінгі диагноз (Диагноз до операции)\_\_\_\_\_

Операциядан кейінгі диагноз (Диагноз после операции) \_\_\_\_\_

Ауырсынуды басу (Обезболивание) \_\_\_\_\_

Стационарлық науқас картасының

№ \_\_\_\_\_

№ карты стационарного  
больного

Операция күні (Дата операции)

20\_\_ жылғы (года) "\_\_\_\_"

\_\_\_\_\_  
Хирург

\_\_\_\_\_  
Ассистенттер

(Ассистенты) \_\_\_\_\_

Анестезиолог \_\_\_\_\_

**ОПЕРАЦИЯ СИПАТТАМАСЫ  
ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Препараттың (алынып тасталған ағзаның, ағза бөлігінің) сипаттамасы (Описание препарата (удаленного органа, части органа))

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Операцияның аяқталуы (Исход операции): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Форма

A4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 009/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 009/у утверждена приказом и.о. Министра

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы**  
**Журнал регистрации переливания инфузионно-трансфузионных сред Аурухана бөлімшесі ( отделение больницы ) \_\_\_\_\_**

20\_\_ жылғы(года) «\_\_» \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_\_ жылғы(года) «\_\_» \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

- Ірі ұйымдарда трансфузиялық заттардың жеке түрлеріне жеке журнал жүргізуге болады: қанға, оның компоненттері мен препараттарына, қаналмастыру заттарына. Журналға тіркеуден басқа әр трансфузия стационарлық науқастың медициналық картасында жазылу тиіс.

- В крупных организациях на отдельные виды трансфузионных сред можно вести отдельные журналы: на кровь, ее компоненты и препараты, кровезаменители. Кроме регистрации в журнале, каждая трансфузия должна быть записана в медицинскую карту стационарного больного.

р/с № п/п	Құю күні Дата переливания	Бірінші рет немесе қайталап құю Переливание первичное или повторное	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты ФИО больного	Науқастың туған күні Дата рождения больного	Науқастың мекенжайы Домашний адрес больного	Сырқатнама № № истории болезни	Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі Группа крови и резус принадлеж- ности больного	Құю көрсеті- лімдері Показания к переливанию
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Құйылатын донор қаны мен оның компоненттерінің тобы мен резус-тиістілігі Группа крови и резус принадлежности переливаемой крови и ее	Консервіленген қан мен оның компоненттері Кровь консервированная и ее компоненты	Қан препараттары Препараты крови	Дезинтоксикациялық әсердегі қаналмастырғыштар Кровезаменители дезинтоксикационного действия	Гемодинамикалық әсердегі қаналмастырғыштары Кровезаменители гемодинамического действия	Парентералдық тамақтандыру қаналмастырғыштары Кровезаменители для

компонентов донора					парентерального питания
10	11	12	13	14	15

Құйылған қан мөлшері Количество перелитой среды	Заттаңба №, сериясы № этикетки, серия	Шығарған ұйым Организация- изготовитель	Құйылатын (шығарылатын) заттың дайындалу күні/сақтау мерзімі Дата заготовки/срок годности (выпускаемой) переливаемой среды	Құю тәсілі Способ переливания	Посттрансфузиялық реакция және/немесе асқынулар Посттрансфузионные реакции и/или осложнения	Қан құйған дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты , қолы Фамилия врача, проводившего переливание и его подпись
16	17	18	19	20	21	22

Форма

A4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды <hr/> Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 009-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 009-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 1 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета реципиентов крови и ее компонентов**

20\_\_\_\_ жылғы (года) «\_\_»\_\_\_\_\_ басталды (начато)

20\_\_\_\_ жылғы (года) «\_\_»\_\_\_\_\_ аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

1. Заполняется ответственным лицом
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

р/с № п/п	ТАӘ (толық және анық) ФИО (полностью и разборчиво)	Туған жылы, айы, күні Число, месяц и год рождения	Мекенжайы (облыс, аудан, қала, көше, үй, пәтер) Домашний адрес (область, район, город, улица, дом, квартира)	Жұмыс, оқу орны, жоғары оқу орны, мектеп Место работы, учебы, высшее учебное заведение, школа	Тұрғылықты жері бойынша емхана Поликлиника по месту жительства	Стационарда болған мерзімі Сроки пребывания в стационаре	Гемотрансфузия күні Дата гемотрансфузии
1	2	3	4	5	6	7	8

Құйылған қан компоненттерінің атауы, әрқайсысы бойынша заттаңба № көрсете отырып, әр компонент бойыншатрансфузия көлемі Наименование перелитых компонентов крови, количество трансфузий по каждому компоненту с указанием номера этикетки по каждому отдельно					Науқастың диагнозы Диагноз больного	Адамның иммундық тапшылық вирусы - болған жағдайда (бұдан әрі - АИТВ) - инфекцияларына, В және С гепатиттеріне тексеру күні, нөмірі, нәтижесі Дата, номер, результат обследования на вирус иммунодефицита человека -инфекции при наличии (далее - ВИЧ), гепатиты В и С
Құрамында эритроцит бар Эритроцит-содержание	Жаңа мұздатылған плазма - болған жағдайда (бұдан әрі - ЖМП) Свежезамороженная плазма - при наличии (далее - СЗП)	Қан препараттары Препараты крови	Гемакон № № гемакона	Дозасы Доза		
9	10	11	12	13	14	15

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 010/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 010/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**СТАЦИОНАРДА БОСАНУДЫ ЖАЗУ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
ЗАПИСИ РОДОВ В СТАЦИОНАРЕ**

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ басталуы (начат)  
20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ аяқталуы (окончен)

Р / с № п / п	Түскен күні Дата Дата поступления	Босану тарихының № истории родов	Босанушының тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество роженицы	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Қала немесе ауыл тұрғыны Житель города, сельской местности	Нешінші жүктілік, нешінші босану Которая беременность, которые роды	Босануға психикалық профилактикалық Даярлау. Дәрі-дәрмекпен босанудағы ауырсынуды басу (қандай дәрімен, көрсетіңіз) Психопрофилактическая подготовка к родам. Медикаментозное обезболивание родов (указать чем)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

№ 010/е н., 3-беті  
стр 3 ф. № 010/у

Операциялар, босануларда	Босанған күні мен уақыты (	Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер Сведения о новорожденном			
--------------------------	----------------------------	--	--	--	--



көрсетілген жәрдем ақша ( қайсысы, көрсетіңіз) Операции, пособия в родах ( указать какие )	күні, айы, сағ, мин.) Дата и время родов ( число, месяц, час, минута)	Тірі, өлі туды ( жазыңыз) Родился живой, мертвый ( вписать)	Жынысы Пол	Салмағы Масса ( вес)	Бойы Рост	Қай бөлімшеге жолданды В какое отделение направлена	Босандырған кімдер ( дәрігер, акушерка,) қолы Кто принимал роды (врач, акушерка) подпись	Ескертпе Примечание
10	11	12	13	14	15	16	17	18

A4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Реанимация және жіті терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы)  
тағайындаулар мен науқас жағдайының негізгі  
көрсеткіштерінің картасы  
Карта основных показателей состояния больного  
и назначений в отделении (палате) реанимации и  
интенсивной терапии**

Күні (дата) \_\_\_\_\_  
Науқас (больной) \_\_\_\_\_ Жасы (возраст): \_\_\_\_\_ Жынысы (пол): \_\_\_\_\_  
Сықатнаманың № (Номер истории болезни) \_\_\_\_\_ Қанның тобы (Группа крови) \_\_\_\_\_  
Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Қосалқы (Сопутствующий): \_\_\_\_\_  
Операциялық әрекет (Оперативное вмешательство): \_\_\_\_\_  
Препаратты көтере алмауы (Непереносимость препаратов) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Жағдайы (Состояние): \_\_\_\_\_  
Катетер енгізу (Катетеризация): \_\_\_\_\_





№	Препараттар Препараты	Дозасы Доза	Ерітінді құрамында В составе раствора	Н/фл	Жылдамдығы Скорость	Құйылды перелито

Қосымша тағайындаулар (Дополнительные назначения):		
Емдәм (Диета):		
Кеңеске шақыру (Пригласить на консультацию):	1. 2.	
	3. 4.	
Аспаптармен тексеру (Инструментальные исследования):	1.	
	2.	
	3.	
Келесі тәулікке талдаулар (Анализы на следующие сутки):	<input type="checkbox"/> ҚЖТ(ОАК) <input type="checkbox"/> ЗЖТ(ОАМ) <input type="checkbox"/> Плазма электролиті (Электролиты плазмы) <input type="checkbox"/> Коагулограмма <input type="checkbox"/> Креатинин, несепнәр (Креатинин, мочеви́на) <input type="checkbox"/> Бауыр анықтағышы (Печеночные пробы)	<input type="checkbox"/> RW <input type="checkbox"/> Қанның қанты (Сахар крови)

Зертханалық мәліметтер (лабораторные данные)

Уақыт/көрсету					
Эр., млн/мл					
Нв, г/л					
Нт, %					
Лейкоц., мың/мл(тыс/мл)					
п/я нейтр., %					
СОЭ, мм/сағ(мм/ч)					
Ж. ақуыз, г/л/(Общий белок, г/л)					
Креат., мкмоль/л					
Несеп., ммоль/л (Мочевина, ммоль/л)					





Ұйымның атауы  
Наименование организации

Министра здравоохранения  
Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года №  
907

**Науқасты операциядан кейін бақылау картасы**  
**Карта послеоперационного наблюдения пациента**

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Стационарлық науқастың  
медициналық картасының № \_\_\_\_\_ Жынысы(Пол) \_\_\_\_\_

(Номер карты стационарного больного)

Түскен күні (Дата поступления) \_\_\_\_\_

Түскен уақыты (Время поступления) \_\_\_\_\_ Профилі (Профиль) \_\_\_\_\_

Ауыстырылған күні (Дата перевода) \_\_\_\_\_

Ауыстырылған уақыты (Время перевода) \_\_\_\_\_

Диагнозы (Диагноз) \_\_\_\_\_

Операциясы (Операция) \_\_\_\_\_

Анестезияның түрі (Вид анестезии) \_\_\_\_\_

Респираторлық жәрдем көрсету (Проведение респираторной поддержки) Респиратор:

МТК (МОД), л/мин \_\_\_\_\_ ТК(ДО), мл \_\_\_\_\_

Түтікті алып тастау (Экстубация) \_\_\_\_\_

Науқастың жағдайы тұрақталды, профильді бөлімшеге емделу үшін  
ауыстырылады (Состояние больного стабилизировалось, для дальнейшего  
лечения больной переводится в профильное отделение)

Ауыстыру кезіндегі науқастың жағдайы (Состояние больного на момент  
перевода): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ауыстыру кезіндегі көрсеткіштері (Показатели на момент перевода):

ҚА (АД), мм. рт. ст \_\_\_\_\_ ЖЖЖ, екпіні/мин. (ЧСС, уд/мин) \_\_\_\_\_

Т., град.С \_ \_\_\_\_\_ ТАЖ (ЧДД), мин<sup>-1</sup>. \_\_\_\_\_

Қосымша енгізілді (Дополнительно вводилось):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Бақылау уақытында (За время наблюдения):

Инфузиялық ерітінділер құйылды (Перелито инфузионных растворов), мл

\_\_\_\_\_

Диурез: \_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач): \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

--	--

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**АНЕСТЕЗИОЛОГТЫҢ КОНСУЛЬТАЦИЯСЫ  
КОНСУЛЬТАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГА**

1. Тексерілген күні 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_, уақыты \_\_\_\_ с.  
\_\_\_\_ мин.

Дата обследования \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_ ч \_\_\_\_ мин.

2. Анестезиолог дәрігер \_\_\_\_\_, қызметі \_\_\_\_ . Код \_\_\_\_

3. Науқастың ТАӘ \_\_\_\_\_, арурудың тарихы № \_\_, жынысы \_\_\_\_, жасы \_\_\_\_  
ФИО больного \_\_\_\_\_ № истории болезни \_\_\_\_\_ пол \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_

4. Шағымы \_\_\_\_\_  
Жалобы \_\_\_\_\_

5. Анамнездер:

а) бастан өткерген аурулары (ия/жоқ) \_\_\_\_\_  
перенесенные заболевания(да/нет)

ә) бастан өткерген операциялары (ия/жоқ), асқынулары (ия/жоқ) \_\_\_\_  
перенесенные операции, осложнения(да/нет)

б) бұрынғы анестезиялары (ия/жоқ), асқынулары (ия/жоқ) \_\_\_\_\_  
предыдущие анестезии, осложнения(да/нет)

в) қосалқы аурулары (ия/жоқ) \_\_\_\_\_  
сопутствующие заболевания(да/нет)

г) аллергиясы(ия/жоқ) \_\_\_\_\_  
аллергия(да/нет)

ғ) үнемі дәрі қолдануы (ия/жоқ) \_\_\_\_\_  
постоянный прием лекарств(да/нет)

д) қан құю (ия/жоқ), асқынулары (ия/жоқ) \_\_\_\_\_  
переливание крови (да/нет), осложнения(да/нет)

е) зиянды әдеттері: - темекі шегу (ия/жоқ), ішімдікті, есірткіні  
шектен тыс тұтыну (ия/жоқ) \_\_\_\_\_  
вредные привычки: - курение(да/нет), злоупотребление алкоголем,  
наркотиков(да/нет)

6. Объективті статусы: а) дене салмағы \_\_\_\_\_ кг., бойы \_\_\_\_\_ см.  
Объективный статус: масса тела рост

ә) денесі дұрыс қалыптасқан (ия/жоқ) \_\_\_\_\_  
телосложение правильное(да/нет)

б) аяқ көктамырының патологиясы (ия/жоқ) \_\_\_\_\_  
патология вен нижних конечностей(да/нет)

в) мойны қысқа (ия/жоқ) \_\_\_\_\_ г) ауыз қуысы (ерекшеліктері:  
ия/жоқ) \_\_\_\_\_  
шея короткая(да/нет) полость рта (особенности: да/нет)



ғ) тері жабындысы \_\_\_\_\_

кожные покровы

д) демалу жүйесі: \_\_\_\_\_

система дыхания:

-бос (ия/жоқ) \_\_\_\_\_

- свободное(да/нет)

-ЧД \_\_\_\_\_ 1 минутте, везикулярлы (ия/жоқ) \_\_\_\_\_

-қорылы (ия/жоқ) \_\_\_\_\_

-хрипы (да/нет)

е) Қанайналымы жүйесі: \_\_\_\_\_

Системы кровообращения

-тамыр соғуы \_\_\_\_\_ 1 мин. екпіні, ырғақтығы (ия/жоқ) \_\_\_\_\_

- пульс ритмичный

-АҚҚ \_\_\_\_\_ мм.рт.ст., -ЦВД \_\_\_\_\_ мм.вод.ст. \_\_\_\_\_

-АД

-жүрек дыбысы (таза: ия/жоқ) \_\_\_\_\_

- тоны сердца (чистые: да/нет)

ж) ішперде қуысы органы: іші (жұмсақ: ия/жоқ; кебуі: ия/жоқ) \_\_\_\_\_

органы брюшной полости: живот (мягкий: да/нет, вздут:да/нет)

з) нервтік-психикалық статусы (ерекшеліктері: ия/жоқ) \_\_\_\_\_

нервно-психический статус (особенности:да/нет)

7.Зертханалық мәліметтері: \_\_\_\_\_

Лабораторные данные:

а) қан талдауы (анализ крови): -тобы (группа крови) \_\_\_\_\_

-қанның резус-факторы (резус-фактор) \_\_\_\_\_, -RW

-Hb \_\_\_\_\_ г/л.,

-эритр. \_\_\_\_\_  $\times 10^9$ /л, -Ht \_\_\_\_\_ %, қант(глюкоза) \_\_\_\_\_ ммоль/л,

- Ж. ақуыз (О.белок) \_\_\_\_\_ г/л.,

- зәрі (мочевина) \_\_\_\_\_ ммоль/л., креатинин(креатинин) \_\_\_\_\_ ммоль/л., -

K \_\_\_\_\_ ммоль/л., - ПТИ \_\_\_\_\_

-фибриноген \_\_\_\_\_ -г/л., - жалпы билирубин(общий билирубин)

\_\_\_\_\_ ммоль/л., -

Тікелей (прямой) \_\_\_\_\_ ммоль/л,

ә) ЭКГ \_\_\_\_\_

б) кеуденің рентгенографиясы \_\_\_\_\_

рентгенография грудной клетки

8. Қорытынды: 1) тұлғалық статусы ASA (ASAI, ASAIL, ASALIII, ASALIV, ASALV) \_\_\_\_\_

Заключение: физический статус по ASA (ASAI, ASAIL, ASALIII, ASALIV, ASALV)

2) операциялық килігудің түрін болжамдау \_\_\_\_\_

предполагаемый вид оперативного вмешательства

3) Рябов бойынша жансыздандырудың қаупі (I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IV) \_\_\_\_\_

анестезиологический риск по Рябову (I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IV)

9. Тағайындаулар: а) \_\_\_\_\_

Назначения: ә) \_\_\_\_\_

б) \_\_\_\_\_

в) \_\_\_\_\_

г) \_\_\_\_\_

д) \_\_\_\_\_

10. Анестезиялық көмекке пациенттің ерікті ақпараттандырылған алған емделушінің келісімі ("Азаматтардың денсаулығын қорғау туралы" ҚР Заңының 11-20-бабы). Маған берілген мағлұматтың нақтылығын растаймын және анестезия көмегімен жасалатын операцияға өз еркімен келісімімді беріп, осы құжатқа қолымды қоямын. Анестезияда мүмкін болатын нұсқаулар маған түсіндірілді. Анестезия әдісін таңдауды анестезиолог дәрігерімен бірге жасадым. Асқынудың мүмкіндігі туралы мағлұмат алдым және операцияны анестезиямен қамтамасыз етуін жасауына қажет инвазивті манипуляцияға келісімімді беремін, сондай-ақ операцияда және анестезияда, негізгі аурудың асқынуларын емдегенде туындайтын қажет манипуляцияға келісімімді беремін.

Добровольное информированное согласие пациента на анестезиологическое пособие (Ст.11-20 Закона РК об охране здоровья граждан). Подписывая данный документ, я подтверждаю достоверность представленной мной информации и даю добровольное согласие на проведение анестезиологического обеспечения операции. Мне разъяснены возможные варианты анестезии. Выбор метода анестезии осуществлен мною совместно с анестезиологом. Я информирован(а) о возможности осложнений и даю согласие на проведение инвазивных манипуляций, необходимых для проведения анестезиологического обеспечения операции, а также манипуляций, необходимость в которых может возникнуть при лечении осложнений основного заболевания, операции и анестезии.

Науқастың қолы (қамқоршы) \_\_\_\_\_      Анестезиолог-дәрігердің қолы \_\_\_\_\_  
Подпись больного (опекуна)                      Подпись анестезиолога

#### АНЕСТЕЗИЯЛЫҚ КӨМЕК ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

1. Күні 20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
Дата

2. Анестезиолог дәрігер \_\_\_\_\_,  
Врач-анестезиолог  
Коды \_\_\_\_\_  
Код \_\_\_\_\_

3. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество больного

4. Диагноз: а) негізгі \_\_\_\_\_  
Диагноз: а) основной \_\_\_\_\_

ә) қосылған дерттері \_\_\_\_\_  
сопутствующая патология \_\_\_\_\_

5. Операция \_\_\_\_\_

6. Ауырсындырмау-шұғыл: ия/жоқ \_\_\_\_\_

Обезболивание-экстренное: да/нет

7. Ауырсындырмау түрі (анестезия компоненттерін көрсету) \_\_\_\_\_

Вид обезболивания (указать компоненты анестезии)

а) біріктірілген \_\_\_\_\_  
комбинированный

ә) ингаляциялық \_\_\_\_\_

в) ішкі \_\_\_\_\_  
внутренний

г) өңірлік (деңгейі) \_\_\_\_\_

регионарный (уровень)

д) бөгеу \_\_\_\_\_  
блокада

8. Операция үстеліне дайындау \_\_\_\_\_

Премедикация на операционном столе

9. Кіріспе наркоз (ия/жоқ; препараттары, саны) \_\_\_\_\_

Вводный наркоз (да/нет препараты количество)

10. Кеңірдекке түтік қою (ия/жоқ), ауыз (мұрын арқылы), манжет(-сіз) түтігі № \_\_\_\_\_

Интубация трахеи (да/нет) через рот (нос) трубкой с (без) манжетой №

Ерекшеліктері және асқынулары \_\_\_\_\_

Особенности и осложнения

11. Өкпені жасанды желдету (ия/жоқ, өзді демалу): Респиратор \_\_\_\_

Искусственная вентиляция легких (да/нет, спонтанное дыхание):Респиратор

б) МТК(МОД) \_\_\_\_ л/мин., в) ТК (ДО) \_\_\_\_ л, г) демалу қысымы (давление на вдохе) \_\_\_\_ см.вод.ст., д)  $\dot{V}O_2$  \_\_\_\_ л/мин

12. Негізгі наркоз (препараты, саны) \_\_\_\_\_

Основной наркоз (препараты, количество)

13. Бұлшық ет босаңсуы (ия/жоқ, босаңсытқыш, саны) \_\_\_\_\_

Миолераксация (да/нет, релаксант, количество)

14. Демалуы барлық бөліктерінде тыңдалады (ия/жоқ, әлсіз, қиын, білінбейді - қай жерінде) \_\_\_\_\_

Дыхание прослушивается во всех отделах (да/нет, ослаблено, затруднено, отсутствует - где)

15.Қанайналымы (тұрақты: ия/жоқ) \_\_\_\_\_

Гемодинамика (стабильная: да/нет)

а) АҚҚ шамасында \_\_\_\_ мм рт.ст., б) тамыр соғуы шамасы \_\_\_\_ 1 мин.

АД в пределах пульс в пределах

16. Анестезия ерекшеліктері (ия/жоқ, қандай) \_\_\_\_\_

Особенности анестезии (да/нет, какие)

17. Дәрі-дәрмектік қолдау (ия/жоқ, препараттары, саны, егудің жолдары) \_\_\_\_\_

Медикаментозная поддержка (да/нет, препараты, количество, пути введения)

18. Қансырау (ия/жоқ, саны) \_\_\_\_\_

Кровопотеря (да/нет, количество)

19. Сұйықты енгізу-тамызу демеуі (ия/жоқ, ортасы, саны) \_\_\_\_\_

Инфузионно-трансфузионная поддержка (да/нет, среды, количество)

Барлығы \_\_\_\_\_ мл.  
Всего

20. Асқынулар:

Осложнения:

- а) анестезия (ия/жоқ, қандай) \_\_\_\_\_  
анестезии (да/нет, какие)  
ә) операции (ия/жоқ, қандай) \_\_\_\_\_  
операции (да/нет, какие)

21. Ұзақтығы:

Продолжительность:

- а) анестезияның: - басталуы \_\_\_ с. \_\_\_ мин ә) Операциялар: -  
анестезии: - начало басталуы \_\_\_ с. \_\_\_ мин.  
- аяқталуы \_\_\_ с. \_\_\_ мин. Операции: начало  
- конец б) - аяқталуы \_\_\_ с. \_\_\_ мин.  
- конец

22. Науқас ауыстырылды:

Больной переведен в:

- а) кәсіби бөлімше \_\_\_\_\_  
профильное отделение  
ә) ОАРИТ ИВЛ (ия/жоқ) \_\_\_\_\_  
ОАРИТ на ИВЛ (да/нет)  
б) ояну бөлмесіне \_\_\_\_\_  
палату пробуждения

\_\_\_\_\_ с. \_\_\_\_\_ мин.

Анестезиолог дәрігердің қолы \_\_\_\_\_

Подпись анестезиолога

A4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Реанимация және жіті терапия бөлімшесі (палатасы) науқасының  
ЗЕРТХАНАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР ПАРАҒЫ  
ЛИСТ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
больного отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ТЕКСЕРУ ПАРАҒЫ  
ЛИСТ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А 4

Формат А4

ф о р м а т ы

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Жаңа туған нәрестенің реанимация және жіті терапия  
бөліміндегі науқас жағдайының негізгі көрсеткіштері мен  
тағайындаулары  
Карта основных показателей состояния больного и**









CPAP – спонтанное дыхание с постоянным положительным давлением в дыхательных путях
IPPV/IMV – режим принудительной перемежающей вентиляции
SIMV – синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция
SIPPV/AC/PTV – искусственная вентиляция легких с перемежающимся положительным давлением, синхронизируемая с самостоятельным дыханием пациентом
PSV – режим вентиляции с поддержкой давления
VIVE – раздельное регулирование потока на вдохе и выдохе

Примечание:

ФПЖ – физиологическая потребность в жидкости

Per os – внутрь

к/т – кек тамырға (в/в – внутривенно)

к – көмірсу (угл – углеводы)

м – май (жиры)

м.т. – масса тела

T <sub>in</sub> – время вдоха
T <sub>ex</sub> – время выдоха
f – set (IMV) – установленная частота аппаратного дыхания
f <sub>iO2</sub> – концентрация подаваемого кислорода
IMV peak – пиковое давление
MAP – среднее давление в дыхательных путях
PEEP – положительное давление в конце выдоха
HFO frequency – частота высоко частотной вентиляции
HFO amplitude – амплитуда высокочастотной вентиляции
IMV im – измеряемый на вдохе минутный объем, создаваемый принудительными вдохами во время высокочастотной вентиляции
DCO <sub>2</sub> – коэффициент вывода углекислого газа
V <sub>t</sub> – im – измеряемый дыхательный объем во время вдоха, создаваемый высокочастотными импульсами
V <sub>thf</sub> – усредненный дыхательный объем при высокочастотном вентиляции
pH – степень кислотности
pO <sub>2</sub> – парциальное напряжение кислорода
pCO <sub>2</sub> – парциальное напряжение углекислого газа
BE – дефицит основания
Sat O <sub>2</sub> – сатурация
Пульс
АД – артериальное давление
ЧД – частота дыхания ребенка
Температура

CPAP – спонтанное дыхание с постоянным положительным давлением в дыхательных путях
IPPV/IMV – режим принудительной перемежающей вентиляции
SIMV – синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция
SIPPV/AC/PTV - искусственная вентиляция легких с перемежающимся положительным давлением, синхронизируемая с самостоятельным дыханием пациентом
PSV – режим вентиляции с поддержкой давления
VIVE – раздельное регулирование потока на вдохе и выдохе

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 012/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 012/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Жүрек-қан тамырларына операция жасаудағы  
ОПЕРАЦИЯ КЕЗЕҢІНІҢ КАРТАСЫ  
КАРТА ОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА  
при проведении сердечно-сосудистых операций**

Қан тобы (Группа крови) \_\_\_\_\_

20\_\_ жыл (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Ұюы (Свертываемость) \_\_\_\_\_

Қан ағу ұзақтығы (Длительность кровотечения) \_\_\_\_\_

ТАӘ

(ФИО) \_\_\_\_\_

Сықатнаманың № (История болезни №) \_\_\_\_\_ Шұғыл (экстренный) ия, жоқ

(да,нет) \_\_\_\_\_ Протротромб индексі(Индекс протротромб) \_\_\_\_\_

Жалпы жағдайы (Общее состояние) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Салмағы (Вес) \_\_\_\_\_

Бойы (Рост) \_\_\_\_\_ Тістері (Зубы) \_\_\_\_\_

Тромбоциттер (Тромбоциты) \_\_\_\_\_

Операцияға дейінгі диагнозы  
(Диагноз до операции)

Болжанған операция  
(Предполагаемая операция)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**НАУҚАСТЫҢ ОПЕРАЦИЯ АЛДЫНДАҒЫ ЖАҒДАЙЫ  
СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ**

Арт. қысымы (Арт. давление) \_\_\_\_ Веналық қысымы (Вен. давление) \_\_\_\_

Тамыр соғуы (Пульс) \_\_\_\_\_

Жүрек (Сердце) \_\_\_\_\_

ЭКГ \_\_\_\_\_

Рентген \_\_\_\_\_

Қан (Кровь): Гемоглобин \_\_\_\_ Эритроциттер (Эритроциты) \_\_\_\_\_

Лейкоциттер (Лейкоциты) \_\_\_\_\_ ЭШЖ (СОЭ) \_\_\_\_\_

Өкпе (Легкие) \_\_\_\_\_ O<sub>2</sub> тұтыну (Потребление O<sub>2</sub>) \_\_\_\_\_

Оң жақ өкпеқап (Плевра справа) \_\_\_\_\_ сол жақ (слева) \_\_\_\_\_

Ентігудің пайда болуы (Одышка возникает при) \_\_\_\_\_

Негізгі заталмасу (Осн. обмен) \_\_\_\_\_ Қандағы билирубин (Билирубин

крови) \_\_\_\_\_ Қандағы қант (Сахар крови) \_\_\_\_\_

Бауыр (Печень) \_\_\_\_\_ Несеп (Мочевина) \_\_\_\_\_

Қалдық азот (Ост. азот) \_\_\_\_\_ Белок \_\_\_\_\_

Бүйректер (Почки) \_\_\_\_\_ Несеп талдауы (Анализ мочи) \_\_\_\_\_

Диурез \_\_\_\_\_ Гормондық терапия (Гормональная терапия) \_\_\_\_\_

Аллергия \_\_\_\_\_ Бұрынғы наркоздар (Предыдущие наркозы) \_\_\_\_\_

Толықтыру (Дополнение) \_\_\_\_\_

Бітелуге, ЖҚ-на төзу мүмкіндігі (Возможная переносимость окклюзии, ИК) \_\_\_\_\_

Операция мен анестезия қаупі (Риск операции и анестезии)

---

---

\*Жасанды қан айналуы

**АУЫРСЫНУДЫ БАСУ ТҮРЛЕРІНЕ АЙҒАҚТАР МЕН ҚАРСЫ АЙҒАҚТАР  
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВИДУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ**

**НАРКОЗҒА ДАЯРЛАУ  
ПОДГОТОВКА К НАРКОЗУ**

Операция қарсаңындағы кеште  
Накануне вечером

Операция күні таңертең  
Утром в день операции







Наркозбен операция кезіндегі асқынулар - емдеу іс-шаралары  
Осложнения по ходу наркоза и операции - лечебные мероприятия

Интубацияға әрекеттену саны (Число попыток интубации)

\_\_\_\_\_ Венесекция, катетерлеу (Венесекция, катетеризация) \_\_\_\_\_

Бұлшық ет жыпылықтауы (Фибрилляция до) \_\_\_\_\_

дейін Тоқтауы (Остановка) \_\_\_\_\_

АҚ төмендеуі (Снижение АД до) \_\_\_\_\_ дейін, торр. на \_\_\_\_\_ мин.

Шок \_\_\_\_\_

Қан шығыны (Кровопотеря) \_\_\_\_\_ Қан құю (Переливание крови) \_\_\_\_\_

Басқа сұйықтар бітелуге дейін, ЖҚ (Др. жидкостей до окклюзии, ИК) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ кейін (после) \_\_\_\_\_ Қайталу (Возврат) \_\_\_\_\_ Жеңілдету (Разгрузка) \_\_\_\_\_

Диурез \_\_\_\_\_

Операция кезінде арнайы әдістер көмегімен бақылау  
Наблюдение с помощью специальных методов по ходу операции

ЭКГ \_\_\_\_\_

гемодинамика \_\_\_\_\_

Электроэнцефалограмма \_\_\_\_\_

Белсенді салқындату қарқыны (Темп охлаждения активного) \_\_\_\_\_

селқос (пассивного) \_\_\_\_\_

ЖҚ, бітелудің ұзақтығы (Длительность окклюзии, ИК) \_\_\_\_\_

Қатар ЖҚ (Параллельного ИК) \_\_\_\_\_

Қалпына келу кезеңі (Восстановит. период) \_\_\_\_\_

Белсенді жылыту тәсілі мен қарқыны (Темп и способ активного согревания) \_\_\_\_\_

АНЕСТЕЗИОЛОГТЫҢ ЕСКЕРТУІ  
ЗАМЕЧАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГА

Анестезиологтың қолы (Подпись анестезиолога) \_\_\_\_\_

Анестезист мейірбике (медсестра анестезистка) \_\_\_\_\_

Наркотиктер (Наркотики): \_\_\_\_\_

Кардиоплегия: құрамы (Кардиоплегия: состав) \_\_\_\_\_

Тәсілі (Способ) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 013/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 013/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Патологоанатомиялық зерттеу  
ХАТТАМАСЫ (картасы)  
№ \_\_\_\_\_  
ПРОТОКОЛ (карта)  
патологоанатомического исследования  
2010 жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_**

Хаттаманы толтырған ұйымның мекенжайы (Адрес организации,  
составившего протокол):

Республика (облыс, өлке) (Республика (область, край)) \_\_\_\_\_

Аудан (қала) (Район (город)) \_\_\_\_\_

Аурухана (больница) \_\_\_\_\_ Бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_

Науқас картасының (Карта больного) № \_\_\_\_\_

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество): \_\_\_\_\_

2. Жынысы Е. Ә. (Пол М. Ж.) \_\_\_\_ 3. Туған күні (Дата рождения): \_\_\_\_

4. Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства): \_\_\_\_\_

5. Кәсібі (зейнетке дейін) (Профессия ( до пенсии)): \_\_\_\_\_

6. Ауруханаға әкелінді (Доставлен в больницу): \_\_\_\_\_ сағаттан

(күннен) кейін сырқаты басталғаннан соң (часов (дней) после начала  
заболевания)

7. Өткізілген (Проведено) \_\_\_\_\_ төсек-күн (койко - дней)

8. Қайтыс болған күні (Дата смерти): \_\_\_\_\_

жылы, айы, күні, сағаты (год, мес, число, час)

9. Мәйітті ашу күні мен уақыты (Дата и время вскрытия): \_\_\_\_\_

жылы, күні, айы (год, мес., число, час)

10. Емдеуші дәрігер (Лечащий врач): \_\_\_\_\_

11. Мәйітті ашуға қатысқандар (Присутствовали на вскрытии): \_\_\_\_\_

Кодтар (Коды):

12. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации): \_\_\_\_\_

13. Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): \_\_\_\_\_

14. Стационардағы клиникалық диагноздары және олардың қойылған күні (Клинические диагнозы в  
стационаре и даты их установления): \_\_\_\_\_

15. Қорытынды клиникалық диагноз және оны қойған күні (Заключительный клинический диагноз и  
дата его установления)

Негізгі (Основное): \_\_\_\_\_



Негізгі аурудың асқынуы (Осложнение основного заболевания) \_\_\_\_\_

Қосалқы аурулары (Сопутствующие заболевания): \_\_\_\_\_

Қайтыс болу себебі (Причина смерти): \_\_\_\_\_

№ 013/е н. 2 беті  
стр.2 ф.№ 013/у

16. Клиникалық-зертханалық зерттеулер нәтижелері (Результаты клиническо-лабораторных исследований): \_\_\_\_\_

17. Патологоанатомиялық диагноз (негізгі ауруы, асқынуы, қосалқы аурулары) (Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания)): \_\_\_\_\_

18. Клиникалық диагностикалау қателері (астын сызыңыз, жазыңыз) (Ошибки клинической диагностики (подчеркнуть, вписать))  
Негізгі ауруы бойынша айырмашылықтар (Расхождение диагнозов по основному заболеванию) \_\_\_\_\_

Кеш диагностикалау (Запоздалая диагностика)  
негізгі ауруының (основного заболевания) \_\_\_\_\_  
асқынулары бойынша (по осложнениям) \_\_\_\_\_  
қайтыс болуға әкелген асқынуының (смертельного осложнения) \_\_\_\_\_  
қосалқы аурулары бойынша ( по сопутствующим заболеваниям) \_\_\_\_\_

Диагноз айырмашылықтарының себептері  
Причины расхождения диагнозов

Диагностикадағы объективті қиындықтар Объективная трудность диагностики	Аз уақыт болуы Кратковременное пребывания	Науқастың толық қаралмауы Недообслед. больного	Қарау деректерін асыра бағалау Переоценка данных обследования	Аурудың сиректігі Редкость заболевания	Диагнозының дұрыс ресімделмеуі Неправильное оформление диагноза
--	--	---	--	---	--

19. Қайтыс болу себептері (Причина смерти) № \_\_\_\_\_ қайтыс болғаны туралы дәрігерлік куәлікте мынадай жазбалар жасалған (во врачебном свидетельстве о смерти № \_\_\_\_\_ сделана следующая запись)

Кодтар (Коды) \_\_\_\_\_

1. а) \_\_\_\_\_
- б) \_\_\_\_\_
- в) \_\_\_\_\_
- п. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ беттегі хаттама бөлімі қоса берілген  
(Протокольная часть на \_\_\_\_\_ страницах прилагается)



(Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются)

Гистологиялық зерттеу нәтижелері (Результаты гистологического исследования):

Қосымша \_\_\_\_\_ парақ  
(Приложение на \_\_ листах)

Сызбалар, кестелер, фотосуреттер (қанша (Схемы, таблицы, фото, рис. (сколько)) \_\_\_\_\_)

Конференцияда талқылану күні (Дата обсуждения на конференции) \_\_\_\_\_

Патологоанатомның тегі \_\_\_\_\_  
(Фамилия патологоанатома) қолы (подпись)

A5 форматы  
Формат A5

	ҚҰЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 014/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 014/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Патологиялық-гистологиялық зерттеуге**  
**ЖОЛДАМА\***  
**(материалдың жолданған күні мен сағаттары)**  
**НАПРАВЛЕНИЕ\***  
**на патолого-гистологическое исследование**  
**(дата и часы направления материала)**

20\_\_ жыл (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_ сағат (час.)

Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_ Науқастың стационарлық  
(амбулаторлық) картасының № (Карта стационарного больного  
(амбулаторная карта)) № \_\_\_\_\_

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество  
больного) \_\_\_\_\_
2. Жынысы Е/Ә (Пол М /Ж) \_\_\_\_\_
3. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_
4. Биопсия бірінші рет, екінші рет, (керегінің астын сызыңыз).

(Биопсия первичная, вторичная, (нужное подчеркнуть))

5. Қайталанғанда бірінші жолғы биопсияның № мен күнін көрсетіңіз (При повторной биопсии указать № и дату первичной) \_\_\_\_\_

6. Операцияның күні және түрі (Дата и вид операции) \_\_\_\_\_

7. Материалды маркілеу, объектілер саны (Маркировка материала, числа объектов) \_\_\_\_\_

8. Клиникалық деректер (Клинические данные) \_\_\_\_\_

(Сырқаттың ұзақтығы, ісік болса-жүргізілген ем, - анық орналасуы, өсу жылдамдығы, өлшемдері, консистенциясы, қоршаған тіндермен байланысы, метастаздары, басқа ісік түйіндерінің бар болуы, арнаулы ем: лимфа түйіндерін зерттегенде қан талдауын, эндометрия кырындысын; сүт бездерін зерттегенде - әдеттегідей келген соңғы етеккірдің басталуы мен аяқталуын, етеккір функциясының бұзылу сипатын, қан кетуінің басталуын көрсетіңіз).

(продолжительность заболевания, проведенное лечение при опухолях - точная локализация, темпы роста, размеры, консистенция, отношение к окружающим тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов, специальное лечение; при исследовании лимфоузлов - указать анализ крови, соскобов эндометрия, молочных желез - начало и окончание последней нормальной менструации, характер нарушения менструальной функции, дата начала кровотечения)

9. Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз) \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігердің тегі (Фамилия лечащего врача) \_\_\_\_\_

қолы (подпись) \_\_\_\_\_

Патологиялық зерттеу (Патологическое исследование) № \_\_\_\_\_

Түскен күні мен сағаттары (Дата и часы поступления) \_\_\_\_\_

Диагностикалық биопсия (Биопсия диагностическая) \_\_\_\_\_

Жедел биопсия (Биопсия срочная) \_\_\_\_\_

Операциялық материал (Операционный материал) \_\_\_\_\_

Кесектер саны (Количество кусочков) \_\_\_\_\_ блоктар (блоков) \_\_\_\_\_

Бояу әдістемесі (Методика окраски) \_\_\_\_\_

Макро және микроскопиялық сипаттау (Макро-и микроскопическое описание): \_\_\_\_\_

Патологогистологиялық қорытынды (диагноз) (Патологогистологическое заключение (диагноз)) \_\_\_\_\_

Код \_\_\_\_\_

Зерттеу күні (Дата исследования) 20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Патологоанатомның тегі (Фамилия патологоанатома) \_\_\_\_\_

қолы (подпись)

Зертханашының тегі (Фамилия лаборанта) \_\_\_\_\_

қолы (подпись)

\* Көшірме қағазбен екі дана толтырылады (Заполняется под копиру в двух экземплярах)

Қажеттісін жазып, астын сызыңыз (Необходимое вписать, подчеркнуть)

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 015/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 015/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Мәйіттердің түсуі мен берілуін тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации поступлений и выдачи трупов

за 20\_\_ жыл (год) \_\_\_\_\_ күні

Р / С	Мәйіттің түскен	Қайтыс болған адамның тегі, аты,		Мәйітті кім қабылдап алды (Т.А.Ә	Мәйіт әкелінген аурухана бөлімшесінің немесе осы аурухананың	Стационарлық науқас	Қайтыс болған адам жерленетін
-------------	--------------------	---	--	--	---	------------------------	--

№ п / п	күні Дата / поступления трупа	әкесінің аты Фамилия, имя, отчество умершего	Туған күні Дата рождения	Жынысы (ер, әйел) ) Пол (муж ,жен.)	.) Кем принят труп (Ф.И.О )	аты Название отделения данной больницы или больницы откуда поступил труп	картасының № № карты стационарного больного	зират атауы Название кладбища, где будет захоронен умерший
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Мәйіттерді беруді негіздеу Обоснование выдачи трупов	Мәйітті кім берді (Т.А.Ә.) Кем выдан труп (Ф.И.О.)	Мәйітті беру немесе ауруханада жерлеген күн Дата выдачи трупа или захоронения больницей	Кімнің өкімі бойынша мәйіт ашусыз берілді По чьему распоряжению выдан труп без вскрытия	Мәйіт жерлеуге берілген туыстарының немесе басқа адамдардың қолхаты және олардың төлқұжатының №, сериясы Расписка родственников или лиц, кому выдан труп для захоронения и №, серия паспорта	Ілесушінің тегі мен қолы Фамилия и роспись сопровождающего
10	11	12	13	14	15

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 016/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 016/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Стационар, бөлімше немесе төсек бейіні бойынша науқастар  
мен төсек қоры қозғалысын есепке алудың  
ЖИЫНТЫҚ ВЕДОМОСЫ  
СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ  
учета движения больных и коечного фонда по стационару,  
отделению или профилю коек**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

<p>А 5 Формат А5 ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ — Код организации по ОКПО</p>	<p>А5 форматы Формат А5 ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО</p>								
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="110 472 370 615">Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі</td> <td data-bbox="376 472 662 825">Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а .2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 017/е нысанды медициналық құжаттама</td> </tr> <tr> <td data-bbox="110 623 370 825">Министерство здравоохранения Республики Казахстан</td> <td></td> </tr> </table>	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а .2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 017/е нысанды медициналық құжаттама	Министерство здравоохранения Республики Казахстан		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="669 472 1052 615">Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі</td> <td data-bbox="1058 472 1438 825">Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 018/е нысанды медициналық құжаттама</td> </tr> <tr> <td data-bbox="669 623 1052 825">Министерство здравоохранения Республики Казахстан</td> <td></td> </tr> </table>	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 018/е нысанды медициналық құжаттама	Министерство здравоохранения Республики Казахстан	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а .2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 017/е нысанды медициналық құжаттама								
Министерство здравоохранения Республики Казахстан									
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 018/е нысанды медициналық құжаттама								
Министерство здравоохранения Республики Казахстан									
<p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>	<p>Медицинская документация Форма № 017/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907</p> <p>Ұйымның атауы Наименование организации</p> <p>Медицинская документация Форма № 018/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907</p>								
<p>Биологиялық өлімді констатациялау АКТІСІ АКТ констатации биологической смерти ТАӨ (ФИО) _____ Сырқатнаманың№. (№ истории болезни) _____ Емдеу ұйымының атауы (Наименование лечебной организации) _____</p>	<p>Транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу АКТІСІ АКТ об изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации Биологиялық өлімді констатациялау уақыты (Время констатации биологической смерти) _____ Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____ _____ _____ Өлімнің себебі (Причина смерти) _____ _____ 1. Донорлық ағзалар мен тіндердің алынуы ( бүйректер, жүрек, өкпелер, бауыр, т.б.) (Изъятие донорских органов и тканей (почки, сердце, легкие, печень, т.д.) _____ _____ _____ науқастың өлімі (ми өлімі) констатацияланған соң</p>								

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Негізгі диагнозы (Основной диагноз) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Өлім себебі (Причина смерти) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Комиссия құрамы (Состав комиссии):  
Реанимация бөлімшесінің меңгерушісі (Заведующий реанимационным отделением)

\_\_\_\_\_

Дәрігер-реаниматолог (Врач-реаниматолог) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сот-медицина сарапшысы (Судебно-медицинский эксперт) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Азаматтың биологиялық өлімін констатациялады (Констатировали биологическую смерть гражданина(ки) \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ сағат(час) \_\_\_\_\_ мин. (дәл уақыты) \_\_\_\_\_ ) (точное время) 20 ж. (г). «\_\_» \_\_\_\_\_

Қолдары: (Подписи): \_\_\_\_\_  
20 ж. (г). «\_\_» \_\_\_\_\_

, рұқсат берген адам произведено после констатации смерти (смерти мозга) больного по разрешению) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ұйымын, лауазымын, ТАӘ. көрсетіңіз)  
(указать организацию, должность, фамилию, имя, отчество)

2. Донорлық ағзалар мен тіндерді алуды жүргізген дәрігер (лер)-хирург (тар) (Производил (и) изъятие донорских органов и тканей врач (и)-хирург (и)) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ұйымын, лауазымын, ТАӘ. көрсетіңіз)  
(указать организацию, должность, фамилию, имя, отчество)

3. Донорлық ағзаларды алу тәсілі (құрал қолдану әрекеттері мен операциялардың сипаттамасы) (Способ изъятия донорских органов (описание инструментальных вмешательств и операции)) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Донорлық ағзалар мен тіндерді алу кезінде қатысқандар (При изъятии донорских органов и тканей присутствовали):  
-сот-медицина сарапшысы (судебно-медицинский эксперт) \_\_\_\_\_  
-реаниматолог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Донорлық ағзалар мен тіндер қайда салынды, кімге берілді (Куда помещены и кому переданы донорские органы и ткани) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Алудың басталған уақыты (Время начала изъятия) \_\_\_\_\_

7. Алудың аяталған уақыты (Время окончания изъятия) \_\_\_\_\_

Қолдары:  
(Подписи):  
Реаниматолог \_\_\_\_\_  
Сот-медициналық сарапшысы (Судебно-медицинский эксперт) \_\_\_\_\_  
Хирург-дәрігер (лер) \_\_\_\_\_  
(Врач (и)-хирург (и) \_\_\_\_\_



	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 019/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 019/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Ми өлімі негізінде өлімді констатациялау  
АКТИСІ  
АКТ  
констатации смерти на основании смерти мозга**

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
Сықатнама № (№ истории болезни) \_\_\_\_\_  
Емдеу ұйымының атауы (Наименование лечебной организации) \_\_\_\_\_

Ми өліміне әкеп соққан ауруының диагнозы (Диагноз заболевания,  
приведшего к смерти мозга) \_\_\_\_\_

Комиссия құрамы (Комиссия в составе):  
Емдеуші анестезиолог-реаниматор дәрігер (Лечащего  
врача-анестезиолога-реаниматолога) \_\_\_\_\_  
невропатолог (невропатолога) \_\_\_\_\_

маман-дәрігер (врача-специалиста)

азаматтың жағдайын қарап анықтады (обследовала состояние гражданина и  
установила):

1. Сананың жай-күйі мен сыртқы әсерлерге мақсатты серпілістері  
бойынша (По состоянию сознания и целенаправленных реакций на внешнее воздействие) \_\_\_\_\_

2. Өз еркімен дем алуы бойынша (По состоянию самостоятельного  
дыхания) \_\_\_\_\_

2.1. Ажырату тесті кезінде (При разъединительном тесте) \_\_\_\_\_

3. Бұлшық еттер тонусы бойынша (По состоянию тонуса мышц) \_\_\_\_\_

4. Қарашықтар жағдайы бойынша (По состоянию зрачков) \_\_\_\_\_

5. Ми деңгейінде тұйықталатын сыртқы әсерлерге рефлекстік серпілістер  
бойынша (зерттелген серпілістерді көрсетіңіз, жұлын тарапынан жауап  
бар-жоғын көрсетіңіз) (По рефлекторным реакциям на внешние  
воздействия, замыкающиеся на уровне головного мозга (перечислить  
исследованные реакции, указать наличие спинальных ответов)) \_\_\_\_\_

6. Дене температурасы (При температуре тела) \_\_\_\_\_  
7. Артериялық қан қысымы (При артериальном давлении) \_\_\_\_\_  
8. Электроэнцефалографиялық зерттеулер деректері бойынша (По данным электроэнцефалографических исследований) \_\_\_\_\_

9. Ангиография деректері бойынша (По данным ангиографии) \_\_\_\_\_

10. Бақылау мерзімі (При сроке наблюдения в течение) \_\_\_\_\_ сағат, дүркін-дүркін неврологиялық қарау әр (часов с периодичностью неврологических осмотров через каждые) \_\_\_\_\_ сағат сайын (часов).

11. Қосымша зерттеулердің деректерін (токсикологиялық, мидың зат алмасуын анықтау және.т.б.) ескере отырып (с учетом данных дополнительных исследований (токсикологических, определения метаболизма мозга и др.)) \_\_\_\_\_

Ми өлімі нысанында өлімнің болуын констатациялады (Констатировала наступление смерти в форме смерти мозга)

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ сағ.(час.) \_\_\_\_\_ мин.

Қолдары (Подписи):

019/е нысанының артқы беті  
Оборотная сторона ф. № 019/у

Ескерту: қосымша зерттеулер туралы 8, 9, 11- тармақтардағы толтыру өлім себебін констатациялау мен таңдап алынған бақылау режиміне байланысты (Нұсқауды қараңыз) жасалады.

Примечания: Заполнение п.п. 8.9. и пункта 11 о дополнительных исследованиях производится в зависимости от констатации причины смерти и избранного режима наблюдения (см. Указания)

### НҰСҚАУ

Ми қызметінің толық, біржолата тоқтауы нәтижесінде қайтыс болуды анықтау.

1. Қайтыс болу – ми қызметінің толық, біржолата тоқтауымен сипатталатын дененің тұтастай өлу жағдайы.

Қайтыс болуды анықтауда ми қызметінің тоқталуы және оның біржолата тоқтағаны дәлелденуімен қосылып шешуші анықтауыш болып табылады.

2. Қайтыс болудың келесі, болуы шартты және жеткілікті, ми қызметінің тоқтауын және оның біржолата тоқтағанын, жүрек қызметің жасанды түрде реанимациялық көмек (өкпені жасанды түрде желдету, жүрек-қан тамырларын ширату) шараларына қарамастан орын алған комплекс-белгілер негізінде анықталады.

Сананың толық және орнықты түрде жоғалуы.

Өкпені жасанды түрде желдету аппаратынан ажыратқанда өз еркімен тыныс алуының орнықты түрде жоғалуы.

Барлық бұлшық еттердің тонусын жоғалтуы.

Жұлыннан жоғары деңгейде түйісетін сыртқы әсерлерге барлық серпілістер мен барлық рефлексдердің жоғалуы.

Көз қарашығының орнықты түрде кеңеюі мен серпілісінің жоғалуы; олардың ортадағы қалыпта бекітілуі.

Гипотензиялық беталыс – с б.б. 80 мм және одан төмен, өздігінен дене қызуының төмендеуі.

2.2. Барлық көрсетілген белгілер, егер олар 12 сағат бойы сақталса, егер осы уақыттан кейін электроэнцефалографияда мидың өзіндік және шақырылған (жасанды) электрлік белсенділігі жоғалса, онда олар қайтыс болуды анықтауға негіз болады.

Электроэнцефалографияны қолдану мүмкіндігі болмаған жағдайда бақылау мерзімі 24 сағатқа дейін ұзартылады.

2.3. 2.1.1.-2.1.6. -тармақтарының белгілерін қайтыс болуды белгілеу мақсатында қолдану, қайтыс болу себебін тек құжаттау арқылы анықтаған жағдайда қолданылады.

2.4. 2.1.1.-2.1.6. белгілері жарамсыз:

- дене қызуы  $32^{\circ}$  C және одан төмен болса
- ішкі – және сыртқы улармен улану белгілері болса, оның ішінде есірткілік және седативті препараттар мен миорелаксанттар әсерінен болса.
- 6 жасқа дейінгі балаларға, олар үшін сәйкес келетін диагностика әлі қалыптаспаған.

2.5. Қайтыс болуды ми өлімі негізінде анықтау кезінде, бұл жағдайдың себебі бұлыңғыр болса, оның ішінде улануы туралы күдік болса, онда маңызды әдіс болып табылатын төрт магистральді артерия бойынша (екі күре тамыр мен екі омыртқа тамыры) мидағы қан айналымының тоқтауы. Бұл жағдайда ми өлімінің барлық белгілері болса (2.1.1.-2.1.6. т.т.) тамырлармен қан айналымының тоқтауы ангиографиялық әдіспен әр 30 минут сайын үш рет расталады. Электроэнцефалографиялық тіркеу міндет емес.

3. Сыртқы улармен улану жағдайында, улы заттың табиғаты анықталған соң, қайтыс болу ми өлімі негізінде анықталу мүмкіндігі:

3.1. 2.1.1.-2.1.6.- тармақтарында көрсетілген клиникалық белгілердің сақталуы 3 тәуліктен кем болмаса;

3.2. Жоғарыда көрсетілген (2.1.1.-2.1.6. т.т.) клиникалық белгілер қанда улы заттар жоғалғаны зертханалық зерттеулер деректерімен құжатталған соң 24 сағат бойы сақталса.

3.3. Көрсетілген клиникалық белгілер (2.1.6. т.) болса және 4 магистральді тамырда 30 минут бойы қан айналымының тоқтауы ангиографиялық әдіспен дәлелденсе.

4. Ішкі улармен уланған жағдайда (бауыр энцефалопатиясы, гипосмостық кома, уремияның соңғы сатысы және т.б.), ми өлімі диагнозы зат алмасуының бұзылуын түзеуге арналған барлық шаралар қолданылып біткен соң ғана қойылады. Мұндайда диагноз сыртқы улармен улану жағдайында көрсетілген ми өлімін диагностикалаудың 3.1. және 3.2. тармақтары негізінде қойылады.

5. Бақылау мерзімін санауды бастауды 2.1.1.-2.1.6. -тармақтарының белгілері мен егер тіркелсе электроэнцефалография деректері негізінде емдеуші дәрігер мен невропатолог анықтайды.

6. Бақылау мерзімі кезінде науқас тұрақты қадағалауда болады: 12 және 24 сағаттық қадағалау мерзімінде неврологиялық қарау 2 сағатта 1 реттен кем болмауы, 3 тәуліктік қадағалау мерзімінде – 3 сағатта 1 реттен кем болмауы тиіс.

7. Қайтыс болуы ми өлімі формасы бойынша болғаны жайлы шешімді құрамы төмендегідей дәрігерлер комиссиясы қабылдайды: емдеуші дәрігер-анестезиолог-реаниматолог және невропатолог.

Реаниматологтың жұмыс тәжірибесі 5 жылдан кем болмауы керек. Арнаулы зерттеулер жүргізілгенде (электроэнцефалографиямен тіркеу, ангиография) комиссия құрамына сол зерттеулер маманы кіреді. Шешімді реанимация бөлімшесінің меңгерушісі немесе оны алмастырушы адам бекітеді. Комиссия мүшелері ми өлімі негізінде қайтыс болуды анықтау туралы акт құрастырып, оған қолдарын қояды. Комиссияға трансплантолог-дәрігер кіре алмайды.

8. Қайтыс болу кезі жоғарыда көрсетілген қадағалау мерзімінің бітуіне сәйкес дәрігерлер комиссиясының есебі бойынша саналады.
9. Қайтыс болуы анықталған соң реанимациялық шараларды тоқтату және өкпені жасанды түрде желдету аппаратынан ажыратуды науқасты емдеген дәрігер жүзеге асыра алады.

#### **УКАЗАНИЯ**

##### **По констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функции головного мозга (к ф. № 019/у)**

1. Смерть – это состояние гибели организма как целого с полным необратимым прекращением функций головного мозга. Решающим для констатации смерти является сочетание прекращения функции головного мозга с доказательствами необратимости этого прекращения.

2. Смерть констатируется на основании следующего комплекса-признаков, наличие которых необходимо и достаточно для установления как факта полного прекращения функционирования головного мозга, так и необратимости этого состояния даже при искусственно поддерживаемой с помощью реанимационных мероприятий сердечной деятельности (искусственная вентиляция легких, сердечно-сосудистые стимуляторы):

Полное и устойчивое отсутствие сознания;

Устойчивое отсутствие самостоятельного дыхания при отключении аппарата искусственной вентиляции легких;

Атония всех мышц;

Исчезновение любых реакций на внешнее раздражение и любых видов рефлексов, замыкающихся выше уровня спинного мозга;

Устойчивое расширение и реактивность зрачков и их фиксация в среднем положении;

Тенденция к гипотензии – 80 мм. рт.ст. и ниже, спонтанная гипотермия.

- 2.2. Все указанные признаки дают основания для констатации смерти при условии, если сохраняются в течение не менее 12 часов и если по истечению этого времени на электроэнцефалографии зарегистрировано полное отсутствие спонтанной и вызванной электрической активности мозга. При невозможности использования электроэнцефалографии срок наблюдения продлевается до 24 часов;
- 2.3. Использование признаков в п. 2.1.1.-2.1.6. в целях установления смерти возможно только при условии документированного определения причины смерти;
- 2.4. Признаки 2.1.1.-2.1.6. не действительны:
  - при температуре тела 32°C и ниже
  - при наличии признаков эндо- и экзогенной интоксикации, в частности, при действии наркотических и седативных препаратов и миорелаксантов;
  - у детей до 6 лет, для которых соответствующая диагностика еще не разработана.

- 2.5. Существенным способом констатации смерти на основании смерти мозга в случаях неясности причин этого состояния, в том числе и при подозрении на интоксикацию, является установление прекращения кровообращения в мозге по всем четырем магистральным артериям (двум сонным и двум позвоночным). В этом случае факт прекращения циркуляции по сосудам подтверждается ангиографически трижды с интервалом времени 30 минут при наличии всех признаков смерти мозга (пп. 2.1.1.-2.1.6.). При этом регистрация электроэнцефалографией не обязательна.
3. В случаях экзогенной интоксикации после определения природы токсического вещества смерть на основании мозга может быть констатирована:  
При сохранении указанных выше (пп. 2.1.1.-2.1.6.) клинических признаков в течение не менее 3 суток;  
При сохранении указанных выше клинических признаков (пп. 2.1.1.-2.1.6.) в течении 24 часов после исчезновения токсических веществ в крови, что документируется данными лабораторных исследований;  
При наличии указанных клинических признаков (пп 2.1.6.) и ангиографически доказанном прекращении кровообращения по 4-м магистральным сосудам в течение 30 минут.
4. В случае эндогенной интоксикации (печеночная энцефалопатия, гипоосмолярная кома, терминальная уремия и др.) диагноз смерти мозга устанавливается после принятия всех возможных мер, направленных на коррекцию метаболических нарушений. В этом случае такой диагноз устанавливается на основании пп. 3.1. и 3.2., указанных для диагностики смерти мозга в случае экзогенной интоксикации.
5. Начало отсчета срока наблюдения устанавливается лечащим врачом и невропатологом на основании признаков 2.1.1.-2.1.6. и данных электроэнцефалографии, если она регистрировалась.
6. В течение контрольного срока больной находится под постоянным наблюдением с периодичностью неврологического осмотра не реже, чем 1 раз в два часа при 12 и 24 часовом сроке наблюдения и не реже 3 часов – при 3-х суточном сроке наблюдения.
7. Решение о наступлении смерти в форме смерти мозга принимается комиссией врачей в составе: лечащего врача – анестезиолога – реаниматолога с опытом работы по реанимации не менее 5 лет и невропатолога. При проведении специальных исследований (регистрация электроэнцефалографией, ангиография) в состав комиссии включается соответствующий специалист. Решение утверждается зав. отделением реанимации или лицом его заменяющим. Члены комиссии составляют и подписывают акт о констатации смерти на основании смерти мозга. В комиссию не может входить врач-трансплантолог.
8. Момент смерти отсчитывается от времени, когда по расчетам комиссии врачей истекают указанные выше сроки наблюдения.
9. После констатации смерти могут быть прекращены реанимационные мероприятия и выключен аппарат искусственной вентиляции легких, что осуществляет врач, лечивший больного.

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 021/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 021/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстана от 23 ноября 2010 года № 907

**Республикалық деңгейде жоғары мамандандырылған  
консультациялық-диагностикалық көмек алуға  
ЖОЛДАМА  
НАПРАВЛЕНИЕ  
на получение высокоспециализированной  
консультативно-диагностической помощи на республиканском уровне**

Жолдама нөмірі/Номер направления |\_|\_|\_|\_|\_| жылы(год) |\_|\_|\_|\_|\_|

Жіберген медициналық ұйымның атауы/Наименование направляющей  
медицинской организации \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Пациент туралы деректер/Данные о пациенте

Тегі/Фамилия \_\_\_\_\_ Аты/Имя \_\_\_\_\_ Әкесінің аты/Отчество \_\_\_\_\_  
Туған жылы/Год рождения |\_|\_|\_|\_| Күні/Дата |\_|\_| Айы/Месяц |\_|\_|  
Жынысы/Пол |\_е/м\_|\_ә/ж\_|  
Тұрғылықты жері/Место жительства \_\_\_\_\_  
Жұмыс, үй телефоны/Рабочий, домашний телефон \_\_\_\_\_  
Жұмыс немесе оқу орны/Место работы или учебы \_\_\_\_\_

Жіберген кездегі диагнозы/Диагноз при направлении

Негізгі/Основной \_\_\_\_\_ /ХАЖ-10 диагноз коды/код диагноза МКБ 10\_\_\_\_  
Қосалқы/Сопутствующий \_\_\_\_ /ХАЖ-10 диагноз коды/код диагноза МКБ 10 \_\_\_\_  
Күні/Дата \_\_\_\_\_

Республикалық деңгейде көрсетілетін консультациялық-диагностикалық  
көмектің өңірлік комиссия төрағасы/Председатель региональной комиссии  
консультативно-диагностической помощи, оказываемой  
на республиканском уровне \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

(қолы)/(подпись)

(ТАӘ)(ФИО)

Республикалық деңгейде жоғары мамандандырылған  
консультациялық-диагностикалық көмек көрсететін медициналық ұйым  
толтырады/Заполняется медицинской организацией, оказывающей  
высокоспециализированную консультативно-диагностическую помощь на  
республиканском уровне

1) Мамандар консультациясы/Консультации специалистов \_\_\_\_\_

2) Зерттеу(зерттеу түрі көрсетілсін)/Исследования (указать вид  
исследования) \_\_\_\_\_

Қорытынды диагноз/Окончательный диагноз \_\_\_\_\_

Негізгі/Основной \_\_\_\_\_

ХАЖ-10 диагноз коды/код диагноза МКБ 10 \_\_\_\_\_

Қосалқы (Сопутствующий) \_\_\_\_\_

ХАЖ-10 диагноз коды/ код диагноза МКБ 10 \_\_\_\_\_

Күні/Дата \_\_\_\_\_

Республикалық деңгейде жоғары мамандандырылған  
консультациялық-диагностикалық көмек көрсететін  
медициналық ұйымның басшысы/  
Руководитель медицинской организации,  
оказывающей высокоспециализированную  
консультативно-диагностическую помощь  
на республиканском уровне \_\_\_\_\_/  
(қолы)/(подпись) (ТАӘ/(ФИО))

Мөр орны  
Место печати

XX.XXX.XXX.XXXXX
------------------

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 022/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 022/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымдағы (бөлімшедегі)  
оқиғаларды тіркеу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**учета происшествий в наркологической организации для  
принудительного лечения (отделении)**

20\_\_ жылы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ басталды(начат)

20\_\_ жылы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ аяқталды(окончен)

	<p><b>Журналды жүргізу тәртібі/Порядок ведения журнала</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Журнал беттеріне нөмір қойылады, тігіледі, мөрмен бекітіледі, ұйымның бас дәрігерімен куәландырылады.</li> <li>2. Журнал "Психикалық белсенді заттарды (ПБЗ) пайдаланудан пайда болған психикалық және мінез-құлықтың бұзылуынан зардап шеккен науқастар контингенттері туралы есеп" №37 жылдық есеп нысанын құру үшін есеп нысаны болып табылады (2602 және 2603 кесте ішіндегі жолдар).</li> <li>3. 3 бағанда барлық оқиғалар жазбасы жүргізіледі.</li> <li>4. Журналға міндетті түрде ықтиярсыз емдеуге арналған наркологиялық ұйымдардағы (бөлімшелердегі) жіберілген кім жасаса да тәуелсіз барлық қылмыстар, өзіне қол жұмсау немесе өзіне қол жұмсағысы келгендер, топпен және бір өзі тағамнан бас тарту, апаттық жағдайлар, өрт, от жіберу, эпидемиялық аурулар, өлімге әкеліп соқтырған бақытсыз жағдайлар, ықтиярсыз емдеуге арналған наркологиялық ұйым қызметкерлері мен ондағы орналасқан тұлғаларды жарақаттау және зиян келтіру, заңды бұзу фактілері енгізіледі.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Страницы журнала нумеруется, прошнуровывается, скрепляется печатью, заверяется главным врачом организации.</li> <li>2. Журнал является учетной формой для составления годовой отчетной формы №37 "Отчет о контингентах больных психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (ПАВ)" (подтабличные строки 2602 и 2603).</li> <li>3. В графе 3 производятся записи всех происшествий.</li> <li>4. В обязательном порядке в журнал заносятся все</li> </ol>
--	---



допущенные в наркологической организации для принудительного лечения (отделении) преступления, независимо от того, кем они совершены, самоубийства и покушения на самоубийства, групповые неповиновения, групповые и одиночные отказы от пищи, стихийные бедствия, пожары, поджоги, эпидемические заболевания, несчастные случаи, повлекшие гибель, ранения и увечья работников наркологической организации для принудительного лечения и лиц находящихся в них, факты нарушения законности.

Р.с. № пп	Күні, сағаты және минуты Дата, часы и минуты	Оқиға сипаты және оның салдары Характер происшествия и его последствия	Оқиғаға байланысты қабылданған шаралар Меры, принятые в связи с происшествием	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5

А 4  
Формат А4

ф о р м а т ы

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 022-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 022-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымның (бөлімшенің)  
изоляциясында тұратын тұлғаларды есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета лиц, содержащихся в изоляторе наркологической  
организации для принудительного лечения (отделении)**

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ басталды (начат)  
20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ аяқталды (окончен)

№	ТАӘ ФИО	Бұзу сипаты Характер нарушения	Қамау мерзімі Срок водворения	Қамау уақыты Время водворения		Аяқталған күні/Дата окончания		Кезекші күзетшінің қолы /Роспись дежурного охраны
				Күні/ Дата	Сағаты/ Часы	Күні/ Дата	Сағаты/ Часы	

A4 форматы  
 Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 024/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 024/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Консервіленген сүйек кемігін есепке алу  
 ЖУРНАЛЫ  
 ЖУРНАЛ УЧЕТА  
 консервированного костного мозга**

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ басталды (начат)  
 20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ аяқталды (окончен)

№	Донордың Р тегі, / аты, с әкесінің № аты п Фамилия / , имя, п отчество донора	Қан тобы Группа крови	Резус-тиістілігі Резус принадлежность	Дайындалған күні Дата заготовки	Заттаңба № этикетки	салқындатқыш ерітінді охлаждающий раствор	қанның (сарысудың) № мен дайындалған күні АВ (N ) топтары № и дата заготовки крови (сыворотки) АВ (N) группы	контейнерлер № № контейнеров	Подг
									конте с кем өлц к с костн Е В КС
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

024/е н. артқы беті  
 Разворот ф. № 024/у

Мұздату күні Дата замораживания	ЕРІТУ РАЗМОРАЖИВАНИЕ				
	Күні Дата	Контейнерлер № контейнеов	Транспланттауға дайындалған сүйек миының көлемі мен құтылардың саны Объем костного мозга, подготовленного к трансплантации и количество флаконов	Ядролы клеткалардың саны млрд-пен Количество ядродержащих клеток в млрд.	Клеткалардың өм қабілеттілігі (ε сынамасы) Жизнеспособность (эозиновая проба)
15	16	17	18	19	20

A4 форматы  
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды  
Код формы по ОКУД

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Қатерлі ісікпен ауырған стационарлық науқастың  
медициналық картасынан  
КӨШІРМЕ\***

(барлық стационарларда толтырылады)

**ВЫПСКА\***

**из медицинской карты стационарного больного  
злокачественным новообразованием  
(заполняется всеми стационарами)**

Көшірмені берген ұйымның мекенжайы \_\_\_\_\_

(Адрес организации, выдавшего выписку) \_\_\_\_\_

Көшірме жолданған ұйымның аты мен мекенжайы \_\_\_\_\_

(Название и адрес организации, куда направляется выписка) \_\_\_\_\_

Қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылды (Диагноз злокачественного новообразования установлен впервые в жизни): Иә (Да) - 1, Жоқ (Нет) - 2  
Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество больного)

Жынысы (Пол): Е (М) -1, Ә (Ж) - 2 \_\_\_\_\_ Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_

Кәсібі (Профессия) \_\_\_\_\_

Науқастың мекенжайы (толық) (Адрес больного (полностью)) \_\_\_\_\_

Стационарға түскен күні (Дата поступления в стационар) \_\_\_\_\_  
күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Шыққан немесе қайтыс болған күні (Дата выписки или смерти) \_\_\_\_\_  
күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Стационарда болу ұзақтығы (күнмен) (Длительность нахождения в стационаре (в днях)) \_\_\_\_\_

Арнаулы емдеудің басталған күні (Дата начала специального лечения)

Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)

Сатысы (Стадия) \_\_\_\_\_

Диагноздың расталуы (Диагноз подтвержден): морфологиялық (морфологически) -1, цитологиялық (цитологически) -2 рентгенологиялық (рентгенологически) -3, эндоскопиялық (эндоскопически) -4, изотоптық әдіспен (изотопным методом) - 5, тек клиникалық (только клинически) -6, - ИГХ-7, миелограмма (миелограмма)-8, иммунофенотиптеу (иммунофенотипирование)-9, иммунологиялық (иммунологический)-10, цитогенетика (цитогенетика)-11, цитохимия (цитохимия) -12, Қан/несептегі М-гардиент (М-градиент в крови/моче) -13, Көпше иеломадағы Lg (Lg пр множественной миеломе) -14, рентгенография (рентгенография) -15.

(С81-96) -нұсқаулықты көрсету(указать вариантность): -L1; -L2;  
-L3; -L4; -L5; -M0; -M2; -M3; -M4; -M5; -M6; -M7

(С81-96) қауіп тобы (группа риска): 1-стандартты (стандартный);  
2-жоғары (высокая); 24.9-резистілік (резистентность): 1-бірінші (первичная); 2-екінші (вторичная).

Ісіктің гистологиялық құрылысы (Гистологическая структура опухоли)

Емдеу (Лечение): радикалді (радикальное) - 1, паллиативті (паллиативное) - 2 \_\_\_\_\_

1. Тек хирургиялық (Только хирургическое) \_\_\_\_\_  
операция күні, аты, көлемі (дата операции, название и объем) \_\_\_\_\_

2. Тек сәулелік (Только лучевое) \_\_\_\_\_  
әдістемесі, қолданылу кезегі, сәулелеудің әр түрлері үшін дозасын жеке көрсетіңіз

(методика, последовательность применения, доза отдельно для различных видов облучения)

а) қашықтықтық гамматерапия (дистанционная гамматерапия) \_\_\_\_\_

б) рентген терапиясы (рентгенотерапия) \_\_\_\_\_

в) жылдам электрондар (быстрые электроны) \_\_\_\_\_

г) біріктірілген (сочетанное): 1-түйісуші және қашықтықтық гамматерапия (контактная и дистанционная гамматерапия) \_\_\_\_\_

д) 2-түйісуші гамматерапия мен терең рентген терапиясы (контактная гамматерапия и глубокая рентгенотерапия) \_\_\_\_\_

3. Аралас (Комбинированное): операция күні мен оның сипаты, сәулелік әдістемесі мен түрі, қолданылу кезегі, сәулеліудің әр түрлері үшін дозасын жеке көрсетіңіз (дата операции и ее характер, методики и вид облучения, последовательность применения, доза отдельно для каждого вида облучения) \_\_\_\_\_

а) хирургиялық және гамматерапия (хирургическое и гамматерапия) \_\_\_\_\_

б) хирургиялық және рентген терапиясы (хирургическое и рентгенотерапия) \_\_\_\_\_

в) хирургиялық және біріктірілген сәулелік (хирургическое и сочетанное лучевое) \_\_\_\_\_

4. Тек химиятерапиялық (Только химиотерапевтическое): дәрілердің атауы, дозалары (название лекарств, дозы) \_\_\_\_\_

4.1. С91-95.9) үшін химиятерапия бойынша емдеу сатылары (Этапы лечения по химиотерапии для: (С91-95.9)) а) индукция (индукция);

б) консолидация (консолидация); в) реиндукция (реиндукция);

г) қолдаушы терапия (поддерживающая терапия); д) қайталануға қарсы курс (противорецидивный курс); е) симптоматикалық терапия (симптоматическая терапия)

4.2. В гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита В): | \_ | - химия

терапияға дейін (до химиотерапии); | \_ | - химия терапия кезінде (На фоне химиотерапии); П-химия терапиядан кейін (После химиотерапии) С

гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита С): | \_ | - химия терапияға дейін (до химиотерапии); П-химия терапия кезінде (На фоне

химиотерапии); | \_ | - химия терапиядан кейін (После химиотерапии) тек гормондармен (только гормональное) \_\_\_\_\_

5. Комплекстік емдеу (Комплексное лечение) \_\_\_\_\_

6. Жүргізілген емдеу (операция түрі, көлемі) (проведенное лечение (вид операции, объем)) \_\_\_\_\_

7. Емдеудің басқа түрлері (Другие виды лечения) \_\_\_\_\_

8. Ұсыныстар (Рекомендации) \_\_\_\_\_

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты мен қолы \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество и подпись врача) \_\_\_\_\_

20\_жылғы (года) " \_ " \_\_\_\_\_

\*Көшірме науқастың мекенжайы бойынша онкологиялық диспансерге (бөлмеге) жіберіледі

\*Выписка пересылается в онкологический диспансер (кабинет) по месту жительства больного.

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Науқаста асқынған түрдегі қатерлі ісік (IV клиникалық топ)  
жағдайға толтырылатын

анықталған

**ХАТТАМА\***  
**ПРОТОКОЛ\***

**на случай выявления у больного запущенной формы  
злокачественного новообразования (клиническая группа IV)**

(2 дана толтырылады: біріншісі стационарлық науқастың медициналық картасында, амбулаторлық картасында қалады. Екіншісі науқастың мекенжайындағы онкологиялық диспансерге жіберіледі.)

(составляется в 2-х экземплярах: первый остается в медицинской карте стационарного больного, амбулаторной карте. Второй пересылается в онкологический диспансер по месту жительства больного).

Стационарлық науқастың медициналық картасының № (амбулаторлық картасының) (№ медицинской карты стационарного больного (амбулаторной карты )) \_\_\_\_\_

1. Қай емдеу ұйымында толтырылды (Составлен лечебной организацией

\_\_\_\_\_ )  
(аты мен орналасқан жері)

\_\_\_\_\_ )  
(название и его местонахождение)

2. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество  
больного) \_\_\_\_\_

3. Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_ 4. Жынысы (Пол) Е (М) 1 - Ә (Ж) - 2

\_\_\_\_\_ | \_ |

5. Науқастың тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного местожительства  
больного) \_\_\_\_\_

6. Диагноз \_\_\_\_\_ | \_ | \_ | \_ |



12. Асқыну себептерін анықтау үшін келесі сұрақтардың жауабын хронологиялық тәртіппен толтырыңыз (В хронологическом порядке заполнять следующие вопросы для выяснения причин запущенности):

12.1. Науқастың медициналық көмек алуға емдеу ұйымына дер кезінде қаралмауы (керегінің астын сызыңыз) (Несвоевременное обращение больного за медицинской помощью в лечебную организацию (нужное подчеркнуть)):

- а) ФАП-ке, ЖДА-ға, АДА-ға, аудандық (қалалық) емханаға 3 ай, 6 ай, 1 жыл бұрын қаралды (обратился (-лась) в ФАП, СВА, СВБ, районная (городская) поликлиника 3 мес., 6 мес., 1 год тому назад)
- б) дәрігерге ешқашан қаралмаған немесе бірінші рет қаралуы (никогда не обращался (-лась) к врачу или обратился (-лась) впервые) күні (дата) \_\_\_\_\_.

12.2. Науқастың медициналық көмек алуға онкологиялық ұйымға дер кезінде қаралмауы (керегінің астын сызыңыз)

Несвоевременное обращение больного за медицинской помощью в онкологическую организацию (нужное подчеркнуть):

- а) 2 ай, 3 ай, 6 ай және одан ұзақ онкобөлмеге, онкодиспансерге (онкокабинет, онкодиспансер за 2 мес., 3 мес., 6 мес. и более месяцев).
- б) расталған күні (дата подтверждения) \_\_\_\_\_ немесе "обыр" диагнозының жоққа шығарылған күні (или дата исключения диагноза "рак") керегінің астын сызыңыз және күнін жазыңыз (нужное подчеркнуть и вписать дату) \_\_\_\_\_.

12.3. Жалпы емдеу желісінде ұзақ тексерілуі (аудандық, облыстық емхана – керегінің астын сызыңыз) (Длительное обследование в общей лечебной сети (районная, областная поликлиника - нужное подчеркнуть)):

- а) мерзімдері (жазыңыз) (сроки (вписать)) \_\_\_\_\_

12.4. Онкологиялық ұйымда ұзақ тексерілуі (диспансер, институт – керегінің астын сызыңыз) (Длительное обследование в онкологических организациях (диспансер, институт - нужное подчеркнуть)):

- а) тексеру мерзімдері 1 ай, 2 ай, 3 ай және одан ұзақ (керегінің астын сызыңыз) (сроки обследования 1мес., 2 мес., 3 мес. и более месяцев (нужное подчеркнуть)).

12.5. Ауру ағымының астыртын өтуі (керегінің астын сызыңыз) Скрытое течение болезни (нужное подчеркнуть):

- а) ешқашан ауырмаған (никогда не болел)
- б) ұзақ ауырған (гастрит, ойық жара ауруы, пневмония, бронхит, туберкулез, көтеу, түймешік, тері аурулары, сүт безінде ісік немесе жаңа пайда болымдар болуы, жатыр мойнының жалақ жарасы және т.б.) (долго болел (гастрит, язвенная болезнь, пневмония, бронхит, туберкулез, геморрой, полип, кожные болезни, наличие опухоли или образования в молочной железе, эрозия шейки матки и др.))
- в) обыр бірінші рет аудандық, облыстық, республикалық емханада, диспансерде, институтта қойылды (рак установлен впервые в районной, областной, республиканской поликлинике, диспансере, институте) күні (дата) \_\_\_\_\_.

12.6. Диагностика қателігі (керегінің астын сызыңыз) (Ошибка в диагностике (нужное подчеркнуть)): а) клиникалық (клинической), б) рентгенологиялық (рентгенологической), в) патогистологиялық





	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Материалды цитологиялық зерттеуге  
ЖІБЕРУ  
Направление  
материала на цитологическое исследование**

Квитанция № (квитанции) \_\_\_\_\_  
Квота № (квоты) \_\_\_\_\_

Материал АЛҒАШҚЫ, ҚАЙТАЛАП алынған (астын сызыңыз)  
Материал ПЕРВИЧНЫЙ, ПОВТОРНЫЙ (подчеркнуть)

Алғашқы зерттеудің № (первичного исследования) \_\_\_\_\_  
Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_  
Сықатнаманың № (истории болезни) \_\_\_\_\_  
Науқас (Больной) \_\_\_\_\_

тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)  
Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз) (Пол: (муж, жен - подчеркнуть))  
Науқастың жасы (возраст больного) \_\_\_\_\_ жаста (лет)  
Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз)

Сықатнама, объективті статусы (История заболевания, объективный статус) \_\_\_\_\_

Параклиникалық зерттеу әдістерінің (ФГДС, УДЗ, КТ, МРТ, рентгенография және т.б. басқалары) деректері  
(Данные параклинических методов исследования (ФГДС, УЗИ, КТ, МРТ, рентгенография и др.)) \_\_\_\_\_

Зертханалық зерттеу әдістерінің деректері (Данные лабораторных методов исследования): \_\_\_\_\_

Емдеу түрі, дозасы, тиімділігі (Вид лечения, доза, эффект):

Материалды алу орны мен сипаттамасы (Место взятий материала и его характеристика)

Жіберілген әйнектер саны (Количество посылаемых стекол)

Материал жолданған күн (Дата направления материала)

20\_\_ жыл (год) "\_\_" \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) \_\_\_\_\_  
қолыңыз анық болсын (подпись разборчиво)

A5 форматы  
Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 033/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 033/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Транспланттау үшін мәйіттің бүйрегін алу туралы**

**АКТ**

**АКТ**

**об изъятии почки у трупа для трансплантации**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 034/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 034/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**КОНСЕРВИРОВАННОЕ ДОНОРСКОЕ ТКАНИ И (ИЛИ) ОРГАНА (ЧАСТИ ОРГАНА) ПАСПОРТ**

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алған денсаулық сақтау ұйымы (Организация здравоохранения, где производилось изъятие ткани и (или) органа (части органа)) \_\_\_\_\_

Тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) атауы, саны (Наименование, количество ткани и (или) органа (части органа)) \_\_\_\_\_

Тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) алынған күні және уақыты (Дата и время изъятия ткани и (или) органа (части органа)) \_\_\_\_\_

Донордың ТАӘ жасы, жынысы (ФИО донора, возраст, пол) \_\_\_\_\_

Қан тобы, резус (Группа крови, резус) \_\_\_\_\_

Түскен уақыты (Дата поступления) \_\_\_\_\_

Сырқатнаманың № (№ истории болезни) \_\_\_\_\_

Диагноз (Диагноз) \_\_\_\_\_

Өкпенің жасанды ауаны жаңартуда болу уақыты (Время нахождения на искусственной вентиляции легких) \_\_\_\_\_

Гипотензия уақыты (Время гипотензии) \_\_\_\_\_

Соңғы тәуліктегі, сағаттағы диурез (Диурез в последние сутки, часы) \_\_\_\_\_

Донорды фармдайындау (Фармподготовка донора) \_\_\_\_\_

Ишемия кезеңі (Период ишемии) \_\_\_\_\_

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алу ерекшеліктері (Особенности изъятия ткани и (или) органа (части органа)) \_\_\_\_\_

Жуу кезіндегі қысым (Давление при отмывке) \_\_\_\_\_

Жуу сатысы (Степень отмывки) \_\_\_\_\_

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) консервілеу әдісі, консервілейтін ерітіндінің атауы (Способ консервации органа (части органа), название консервирующего раствора): \_\_\_\_\_

Консервілейтін ерітіндінің пайдалану мерзімі (Срок годности консервирующего раствора): \_\_\_\_\_

ИФА және (немесе ) ПЦР өткізу күні және зерттеу нәтижелері (Дата проведения и результаты исследования иммуноферментного анализа - при наличии (далее - ИФА ) и (или) полимеразной цепной реакции - при наличии (далее - ПЦР) на:

- АИТВ (ВИЧ): \_\_\_\_\_
- Гепатит В: \_\_\_\_\_
- Гепатит С: \_\_\_\_\_
- Сифилис: \_\_\_\_\_

Консервілеу кезеңі: оң (Период консервации):

Бүйректің оң (правой) \_\_\_\_\_ сол (левой) \_\_\_\_\_

Өкпенің оң (правой) \_\_\_\_\_ сол (левой) \_\_\_\_\_

Жүректің \_\_\_\_\_

Бауырдың \_\_\_\_\_

Басқа (Другое) \_\_\_\_\_

Реципиенттердің ТАӘ (ФИО реципиентов) 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Жасы, қан тобы (Возраст, группа крови) 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Донордың иммунологиялық көрсеткіштері (Иммунологические показатели донора) \_\_\_\_\_

Реципиенттердің (Реципиентов) 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Трансплантат функциялары (Функции трансплантата) \_\_\_\_\_

Денсаулық сақтау ұйымының атауы, тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алған және консервілеген тұлғалардың қызметі, ТАӘ (Название организации здравоохранения, ФИО, должность лиц, проводивших изъятие и консервацию органа (части органа)): \_\_\_\_\_

Консервілеуге жауапты тұлғалардың ТАӘ, қолы (ФИО, подпись ответственных лиц за консервацию): \_\_\_\_\_

Күні, айы, жылы, уақыты (День, месяц, год, время) : «\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_ 20\_\_ жыл (год) « \_\_\_\_\_» сағат (час) «\_\_\_\_\_» минут (минута)

A5 форматы

Формат A5

--	--

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 041/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 041/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**БҮЙРЕК ТРАСПЛАНТАНТЫ БАР НАУҚАСТЫҢ КАРТАСЫ  
КАРТА БОЛЬНОГО С ПОЧЕЧНЫМ ТРАСПЛАНТАНТОМ**

Науқастың ТАӘ (ФИО больного) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_  
Диагноз \_\_\_\_\_  
Диализдер саны (Количество диализов) \_\_\_\_\_  
Операция күні (Дата операции) \_\_\_\_\_  
Жылы ишемия кезеңі (Период тепловой ишемии) \_\_\_\_\_  
Консервация түрі (Вид консервации) \_\_\_\_\_  
Қол ишемия кезеңі (Период ручной ишемии) \_\_\_\_\_  
Алдыңғы антиденелер % (% предшествующих антител) \_\_\_\_\_  
Қан тобы (Группа крови) реципиенттің (реципиента) \_\_\_\_\_  
донордың (донора) \_\_\_\_\_  
НІА реципиенттің (реципиента) \_\_\_\_\_  
донордың (донора) \_\_\_\_\_  
Иммуносупрессия түрі (Вид иммуносупрессии) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
О/к диализ (саны) (П/о диализ (число) \_\_\_\_\_  
О/к асқынулар, олардың түрі (послеоперационные осложнения, их вид)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Трасплантанттың алыну себебі (Причина удаления трасплантанта) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Трансплантант қойылған адамның қайтыс болу себебі (Причина смерти  
больного с трансплантантом) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Шығарылыпқан күні (Дата выписки) \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 056/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 056/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Адамды психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп тану туралы  
комиссиялық куәландырудың № \_\_\_\_\_ медициналық  
қорытындысының түбіртегі  
Корешок медицинского заключения № \_\_\_\_\_  
по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении  
которого решается вопрос о признании его больным с  
психическим расстройством (заболеванием)  
(от) 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ күні**

стационарлық науқастың медициналық картасына, амбулаторлық картаға  
тігіледі. (подшивается в медицинскую карту стационарного больного,  
амбулаторную карту)

Дәрігерлер комиссиясының құрамы:  
Врачебная комиссия в составе:

Төраға (Председателя) \_\_\_\_\_  
лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)  
Комиссия мүшелері (Членов комиссии) \_\_\_\_\_  
лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)  
бұйрығымен құрылды (созданная приказом) \_\_\_\_\_  
Денсаулық сақтау органы (Орган здравоохранения)  
№ \_\_\_\_\_ (от) 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ күні  
азаматты куәландырды (освидетельствовала гр) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ мекенжайы, (проживающего по адресу): \_\_\_\_\_  
күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Стационарлық науқастың медициналық картасы (амбулаторлық картасы)  
Медицинская карта стационарного больного (амбулаторная карта)

ұйымның атауы мен № (наименование и № организации)

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	---

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 056/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>	<p>Медицинская документация Форма № 056/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907</p>

**Адамды психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп тану туралы  
комиссиялық куәландырудың  
медициналық қорытындысы № \_\_\_\_\_  
Медицинское заключение № \_\_\_\_\_  
по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении  
которого решается вопрос о признании его больным с  
психическим расстройством (заболеванием)  
(от) 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ күні**

Жергілікті маслихаттар әкімшілігіне немесе мекенжайындағы учаскелік  
сайлау комиссиясына жіберіледі  
Направляется в администрацию местных маслихатов или в участковую  
избирательную комиссию по месту жительства.  
Дәрігерлер комиссиясының құрамы:  
Врачебная комиссия в составе:

Төраға (Председателя) \_\_\_\_\_  
лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)  
Комиссия мүшелері (Членов комиссии) \_\_\_\_\_  
лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)  
\_\_\_\_\_  
лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)  
\_\_\_\_\_  
бұйрығымен құрылды (созданная приказом) \_\_\_\_\_  
денсаулық сақтау органы (орган здравоохранения)  
№ \_\_\_\_\_ (от) 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ күні  
Тұлға куәландырды (освидетельствовала лицо) \_\_\_\_\_  
ТАӘ (ФИО)

\_\_\_\_\_ күні, айы, жылы (число, месяц, год)  
мекенжайы (проживающего по адресу) \_\_\_\_\_

Қорытынды (Заключение): Жеке тұлға (физическое лицо) \_\_\_\_\_

Қысқа сыртартпа (Краткий анамнез) \_\_\_\_\_



Психикалық статусы (Психический статус) \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Қорытындысы (Заключение): Жеке тұлға (физическое лицо) \_\_\_\_\_  
ТАӘ (ФИО)

дәрігерлік комиссиясымен өзінің психикалық жағдайы бойынша психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп танылды, танылмады (керексізін сызып тастаңыз) және заң бойынша сайлаушылар қатарында бола алады, бола алмайды (керексізін сызып таста) (по своему психическому состоянию признан, не признан (ненужное вычеркнуть) врачебной комиссией больным с психическим расстройством (заболеванием) и в соответствии с законом, может, не может (ненужное вычеркнуть), быть включен в списки избирателей по выборам в) \_\_\_\_\_  
сайлаулар атауы (наименование выборов)

М.О. Комиссия төрағасы (Председатель комиссии) \_\_\_\_\_  
қолы (подпись)

М.П. Комиссия мүшелері (Члены комиссии) \_\_\_\_\_  
қолы (подпись)

№ 056/е н.артқы беті

Т.А.Ә (Ф.И.О)

дәрігерлік комиссиясымен өзінің психикалық жағдайы бойынша психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп танылды, танылмады (керексізін сызып тастаңыз) және заң бойынша сайлаушылар қатарында бола алады, бола алмайды (керексізін сызып таста) (по своему психическому состоянию признан, не признан (ненужное вычеркнуть) врачебной комиссией больным с психическим расстройством (заболеванием в соответствии с законом, может, не может (ненужное вычеркнуть), быть включен в списки избирателей по выборам) \_\_\_\_\_  
сайлаулар атауы (наименование выборов)

М.О. Комиссия төрағасы (Председатель комиссии) \_\_\_\_\_  
қолы (подпись)

М.П. Комиссия мүшелері (Члены комиссии) \_\_\_\_\_  
қолы (подпись)



елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный район)  
елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, квартира)

9. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1- қызметкер (служащий), 2- жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6- үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 - жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10- басқалар (прочее).

10. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): Ұлы отан соғысының мүгедегі - болған жағдайда (бұдан әрі - ҰОСМ) (инвалид Великой Отечественной войны - при наличии (далее - ИВОВ) - 1, Ұлы отан соғысының қатысушы - болған жағдайда (бұдан әрі - ҰОСҚ) (инвалид Великой Отечественной войны - при наличии (далее - УВОВ) - 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) - 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) - 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) - 5, радиация әсерін алған тұлғалар (лица, подвергшиеся радиации) - 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) - 7, әскерге шақырылушы (призывник) - 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9, қоныс аударушылар (переселенцы) - 10, басқалар (прочие) - 99.

11. Пациент бағытталды (Пациент направлен): медициналық-санитралық алғашқы көмек - болған жағдайда (бұдан әрі - МСАК) (Первичная медико-санитарная помощь - при наличии (далее - ПМСП) - 1, КДЕ (КДП)-2, өзі қаралды (сам обратился)-3, жедел жәрдемнен (скорой помощью)-4, басқа стационардан (другим стационаром)-5, әскери комиссариаттан (военкоматом)-6, перзентханамен (роддомом) -7, басқалар (прочие)-8, (астын сызыңыз (подчеркнуть)).

12. Жолдаған медициналық ұйымның болған жағдайда (бұдан әрі - МҰ) коды мен атауы: Код и название, направившей медицинской организации - при наличии (далее - МО):

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

13. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) \_\_\_\_\_ АХЖ-10 коды (код МКБ-10)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

14. Тіркелген, МСАК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен атауы (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

15. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начала

заболевания), 3 - шұғыл түрде 7- 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7- 24 часов),  
4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов)

16. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2

17. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

\_\_\_\_\_

18. Баланың туған кездегі салмағы (Масса ребенка при рождении) \_\_\_\_\_ гр, бойы  
(рост) \_\_\_\_\_ см (1-жасқа дейінгі балаларға толтырылады (заполняется на детей до 1  
года))

19. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), 1 жасқа дейінгі баланы  
емізетін анамен (бар/жоқ)/Госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком (да/нет), с  
кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет).

20. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

21. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты: (Дата и время выписки

(смерти))\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

22. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) \_\_\_\_\_

23. Бөлімше (Отделение): \_\_\_\_\_ Код  
\_\_\_\_\_ атауы (наименование)

\_\_\_\_\_

24. Төсек бейіні (Профиль койки): \_\_\_\_\_ Код

\_\_\_\_\_

25. Реанимацияда болды ма (Находился в реанимации): иә (да), жоқ (нет) күндері  
(дней) \_\_\_\_\_

26. Жарақаттың түрі: тұрмыстық, көшедегі, спорттық, мектептегі, мектепке дейінгі, жол-көлік, өндірістік (астын сызыңыз)  
 Вид травмы: бытовая, уличная, спортивная, школьная, дошкольная, дорожно-транспортная, производственная (подчеркнуть)

27.	Диагноз	АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)
Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз		1. 2.
Асқынулары Осложнения		
Ілеспелі ауру 1 Сопутствующее заболевание 1		
Ілеспелі ауру 2 Сопутствующее заболевание 2		
Патолого-анатомиялық диагноз/өлуінің себебі Патолого-анатомический диагноз/причина смерти		

28. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да)-1, жоқ (нет)-2;  
 28.1 Жазба актісінің (№, дата акта записи) № \_\_\_\_\_ күні \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 кк/аа/жж (дд/мм/гг)

29. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция)

Күні Дата Уақыты Время	Операцияның атауы мен коды Название и код операции	Анестезия (коды) Анестезия (код)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2- жоспарлы Тип операции: 1-экстрен. 2-плановая	Операциядан кейінгі асқынулар После-операционное осложнение	Арнаулы аппаратура (коды) Специальная аппаратура (код)	Дәрігерлердің коды Коды врачей
Хирургиялық операциялар			Хирургические операции			
___/___/___ __:__						хирург ассистент

Код						анестезиолог	
___/___/___						хирург	
___:___						ассистент	
Код						анестезиолог	
___/___/___						хирург	
___:___						ассистент	
Код						хирург	
___/___/___						ассистент	
___:___						хирург	
Код						ассистент	

30. МЭТ (МЭТ) № \_\_\_\_\_, КШТ (КЗГ) № \_\_\_\_\_

31. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

31.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количество
1	2	3	4	5	6

32. RW-ға тексеру (Обследован на: RW)  оң (положительно)  теріс (отрицательно)

АИТВ инфекция (ВИЧ-инфекцию)  оң (положительно)  теріс (отрицательно)

33. Қан тобы (Группа крови) \_\_\_\_\_ Резус-фактор \_\_\_\_\_

34. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) (астын сызыңыз) (подчеркнуть)

35. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания): шықты (выписан) – 1, ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер) – 3, өздігінен кетуі (самовольный уход) – 4.

36. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): сауығумен (выздоровление) – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) – 5.

37. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)				
№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	
Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)				
№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	
Қолданылған операциялық және анестезиологиялық дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)				
№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	
Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов по реанимации)				
№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	





2. Туған күні (Дата рождения) /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

3. Жынысы (Пол): ер (муж) - 1, әйел (жен) - 2

4. Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_

5. Тұрғыны (Житель): қаланың (города) - 1, ауылдың (села) - 2

6. ЖСН (ИИН)

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

7. Медициналық тіркеу нөмірі

|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

(Регистрационный медицинский номер)

8. Мекенжайы (Место жительства) \_\_\_\_\_

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна,  
область, административный район)

\_\_\_\_\_ елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

9. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 - жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом), 8 - табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочие).

9А. Соңғы 30 күнде кіммен тұрды? (С кем проживает последние 30 дней?): жалғыз/ один - 1, отбасымен (с семьей) - 2, досымен (құрбымен) (с другом (подругой) - 4, туысқандарымен (с родственниками) - 5, белгісіз (не известно) - 6.

9Б. Білімі (образование): орта мектепте неше сынып бітірді (число законченных классов средней школы), оқымады (не учился) - 1, ми қабілетінің кемшілігі бар балаларға арнаулы мектеп (школа для умственно отсталых) - 2, арнайы орта (среднее специальное) - 3, аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее) - 4, жоғары (высшее) - 5, тағы басқа (прочее) - 6.

10. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) - 1, ҰОСҚ (УВОВ) - 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) - 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) - 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) - 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) - 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) - 7, әскерге шақырылушы (призывник) - 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9, қоныс аударушылар (переселенцы) - 10, басқалар (прочее) - 99.

11. Пациент жолданды (Пациент направлен): БМСК (ПМСП) - 1, КДК (КДП) - 2, өзі қаралды (сам обратился) - 3, жедел жәрдемнен (скорой помощью) - 4, басқа стационардан (другим стационаром) - 5, әскери комиссариаттан (военкоматом) - 6, басқалар (прочие) - 8, нарколог-дәрігер (врачом наркологом) - 9, сот органдары (судебные органы) - 10, құқық қорғау органдары (правоохранительными органами) - 11, үкіметтік емес ұйымдар (неправительственные организации) - 12 (астын сызыңыз (подчеркнуть)).

11А. Жолдаудың мақсаты (Цель направления): детоксикация (детоксикация) - 1, медициналық әлеуметтік оңалту (медико-социальная реабилитация) - 2, мәжбүрлеп емдеу (принудительное лечение) - 3, наркологиялық сараптама (наркологическая экспертиза) - 4, жолдаудың басқа мақсаттары (другие цели направления) - 5, (астын сызыңыз (подчеркнуть)).

12. Жолдаған ЕПҰ-ның коды мен аты:

Код и название направившего ЛПО: \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

13. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) (10-ХАЖ коды (код МКБ-10) \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

14. Тіркелген, БМСК көрсететін, МҰ-ның коды мен аты (Код и название МО прикрепления, оказывающей ПМСП) \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

15. Ауруханаға жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начало заболевания), 3 - шұғыл түрде 7 - 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7 - 24 часов), 4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов)

16. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2, (астын сызыңыз ( подчеркнуть)).

16А. Осы ауру салдарынан өмірінде алғашқы рет ауруханаға жатуы (Госпитализация по поводу данного заболевания впервые в жизни) - 1, қайталап (повторно) – 2, (астын сызыңыз ( подчеркнуть))

16Б. Бұрынғы ауруханаға жатуларының саны (Число предыдущих госпитализаций) \_\_\_\_\_  
|\_\_\_\_\_|

16В. Осының алдында стационардан шыққан күні - күн, ай, жыл (Дата предыдущей выписки из наркологического стационара - день, месяц, год)

16Г. Ауруханада жатуы/госпитализация: осы стационарға алғашқы рет (первично в данный стационар) - 1, осы стационарға қайталап (повторно в данный стационар) - 2, (астын сызыңыз ( подчеркнуть)).

17. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении) (10 - ХАЖ коды (код по МКБ - 10)

18. Ауруханаға жатқызу күні мен уақыты ( Дата и время госпитализации)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

19. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты:(Дата и время выписки

(смерти))\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

20. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) \_\_\_\_\_

21. Бөлімше (Отделение):\_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

атауы (наименование) |\_\_\_\_\_|

22. Төсек бейіні (Профиль койки):\_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

|\_\_\_\_\_|

24. Реанимацияда болды ма (Находился ли в реанимации): иә (да), жоқ (нет), күндері (дней) \_\_\_\_\_.

25.	Диагноз	10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)
1. Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз		
2. Асқынулары Осложнения		
3. Қосалқы сырқаты 1 Сопутствующее заболевание 1		
4. Қосалқы сырқаты 2 Сопутствующее заболевание 2		
5. Патологоа- натомиялық диагноз Патологоанатоми-		

чешский диагноз/причина смерти		
--------------------------------------	--	--

25A. Есірткіні пайдалану түрі (Вид употребляемого наркотика):

	Есірткінің түрі (Вид наркотика)	Тұрақты пайдалану мерзімі (жыл) (Срок регулярного употребления (год))	Есірткіні алғашқы пайдаланған жасы (Возраст первой пробы наркотика)	Пайдалану тәсілі (Способ употребления)	Пайдалану жиілігі (Частота потребления)
Негізгі есірткі Основной наркотик					
Басқа есірткі (1) Другой наркотик (1)					
Басқа есірткі (2) Другой наркотик (2)					
1-каннабис (каннабис) 2-героин (героин) 3- апиын (опий) 4-басқа апиындар (другие опиаты) 5-эфедрон (эфедрон) 6-амфетаминдік қатардағы заттар (экстази, метамфетамин, амфетамин) (вещества	амфетамин-нового ряда (экстази, метамфетамин, амфетамин) 7-колдан жасалған стимуляторлар (норэфедрон, фенилпропаноламин және	жаңа басқа) (кустарно изготовленные стимуляторы (норэфедрон, фенилпропаноламин и другие) 8-кокаин (кокаин) 9-барбитураттар (барбитураты) 10-басқа седативтілер (другие седативные)	11-барлық галлюциногендер (все галлюциногены) 12-ЛСД (ЛСД) 13-ұшып кететін заттар мен ингалянттар (летучие вещества и ингалянты)	1-ине арқылы (инъекции) 2-шегу арқылы (курение) 3-пероральды (перорально) 4-демалу арқылы (путем вдыхания)	1-әр күн сайын (ежедневно) 2-аптасына 2-6 күн (2-6 раз в неделю) 3-аптасына 1 күн және кем (1 раз в неделю и меньше) 4-сонғы 30 күн пайдаланбады (не употреблял последние 30 дней) 9-белгісіз (неизвестно)

25Б. Жалпы жабдықты жиі пайдалануы (шприцтер, инелер, жалпы ыдыс және т.б.) (Частота использования общего инструментария (шприцы, иглы, общая посуда и т.д.): ешқашан пайдаланбаған (никогда не использовал) - 1, соңғы 30 күнде пайдаланбады (не использовал в последние 30 дней) - 2, соңғы 30 күнде пайдаланды, бірақ сирек (использовал в последние 30 дней, но редко) - 3,

соңғы 30 күнде жиі пайдаланды (часто использовал в последние 30 дней) - 4, белгісіз (не известно) - 9, (астын сызыңыз (подчеркнуть)).

26. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да) - 1, жоқ (нет) - 2.

26.1 Жазба актісінің (№, дата акта записи) № \_\_\_\_\_

күні \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

27. МЭХ (МЭТ) № \_\_\_\_\_,

КШТ (КЗГ) № \_\_\_\_\_

28. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

28.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количе- ство
1	2	3	4	5	6

29. RW-ға тексеру (Обследован на RW):  оң (положительно)   
теріс (отрицательно)

АИТВ инфекциясы (ВИЧ-инфекцию):  оң (положительно)   
теріс (отрицательно)

Гепатит В (гепатит В):  оң (положительно)   
теріс (отрицательно)

Гепатит С (гепатит С):  оң (положительно)   
теріс (отрицательно)

Туберкулез (туберкулез):  оң (положительно)   
теріс (отрицательно)

30. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) (астын сызыңыз) (подчеркнуть)

31. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания): шықты (выписан) - 1, ауыстырылды (переведен) - 2, қайтыс болды (умер) - 3, өздігінен кетуі (самовольный уход) - 4

32. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): (жазылумен) выздоровление - 1, жақсарумен (улучшение) - 2, өзгеріссіз (без перемен) - 3, нашарлаумен (ухудшение) - 4, қайтыс болу (смерть) - 5

32А. Выбыл / Шықты: басқа наркологиялық (психикалық стационар) (в другой наркологический (психиатрический) стационар) - 1, басқа стационарға (психиатрикалық емес) (в другой стационар (непсихиатрический) - 2, в СЛПУ (АЕААҰ) - 3, басқалар (прочее) - 9.

32Б. Аурухана ішілік демалыс күндерінің саны (Число дней внутрибольничных отпусков): \_\_\_\_\_

33. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов):

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы  
(Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Өлшем бірлігі Количество	

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_



03. Жынысы (Пол):

ер (мужской); әйел (женский)

04. Бойы (Рост) \_\_\_\_\_ 05. Салмағы (Вес) \_\_\_\_\_ 06. Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_

07. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), бір жасқа дейінгі баланы емізетін анамен (бар/жоқ)/Госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком (да/нет), с кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет).

08. Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): қызметкер (служащий); жұмысшы (рабочий); ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), зейнеткер (пенсионер); оқушы (учащийся); үй шаруасындағы әйел (домохозяйка); жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом); табынушы (служитель культа); жұмыссыз (безработный); басқа (иное).

09. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): почтовый индекс \_\_\_\_\_, обл. \_\_\_\_\_, ауданы (район) \_\_\_\_\_, елді мекені (населенный пункт) \_\_\_\_\_, көшесі (улица) \_\_\_\_\_, үйінің (дом) № \_\_\_\_\_, пәтерінің (кв.) № \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_

10. Тұрғыны (Житель): қаланың (города); ауылдың (села);

10.1. Тіркелген, МСАК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен аты (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП) \_\_\_\_\_

11. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСҚ (УВОВ); ҰОСМ (ИВОВ); интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист); басқа (иное);

12. Кім жолдады (Кем направлен): МСАК (ПМСП); КДЕ (КДП); жедел жәрдем (скорой помощью); басқа стационар (другим стационаром); басқалар (прочие);

13. Науқасты жолдаған МҰ-ның коды мен атауы (Код и название направившей МО) \_\_\_\_\_

13.1. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) \_\_\_\_\_

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-0) \_\_\_\_\_

14. Стационарға түскен күні (Дата поступления в стационар): күні (число) \_\_\_\_\_ айы (месяц) \_\_\_\_\_ жылы (год) \_\_\_\_\_

15. Стационардан шыққан немесе қайтыс болған күні (Дата выписки из стационара или смерти): күні (число) \_\_\_\_\_ айы (месяц) \_\_\_\_\_ жылы (год) \_\_\_\_\_

Өткізген төсек күндері (Проведено койко-дней): \_\_\_\_\_

16. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): бюджет; квота; ақылы (платный); ЕМҚ келісім шарт бойынша (по договору ДМС), басқа (прочий)

17. Бөлімше (Отделение): \_\_\_\_\_

18. Төсек бейіні (Профиль) койки: \_\_\_\_\_

19. Ауруханаға жатқызу түрі (Вид госпитализации): жоспарлы (плановый); жедел (экстренный)

20. Үстіміздегі жылы осы ауру салдарынан ауруханаға жатқызылуы (Госпитализирован в текущем году по поводу данного заболевания впервые): иә (да); жоқ (нет)

20.1. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), бір жасқа дейінгі баланы емізетін анамен (бар/жоқ)/Госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком (да/нет), с кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет).

21. Осы қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет осы жолы ауруханаға жатқан кезеңде қойылды (Диагноз данного злокачественного новообразования установлен впервые в жизни в период данной госпитализации): иә (да); жоқ (нет)

22. Жатқызылу мақсаты (Цель госпитализации):

алғашқы ісікті емдеу (лечение первичной опухоли); алғашқы ісікті емдеуді жалғасты (продолжение лечения первичной опухоли); аурудың қайталануын емдеу (лечение рециди

заболевания); аурудың қайталануын емдеуді жалғастыру (продолжение лечения рецидива заболевания); қосымша тексеру (дообследование); кейінгі асқынуларды емдеу (лечение поздних осложнений); еңбекке жарамды ету (реабилитация); басқа (другая);

23. Реанимация бөлімшесінде, бөлмесінде болды (Находился в реанимационном отделении, палате): иә (да); жоқ (нет)

23.1.Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней): \_\_\_\_\_

24. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) \_\_\_\_\_

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_

(С81-96) – түрлілігін көрсету (указать вариантность) \_\_\_\_\_ резистенттік (резистентность) \_\_\_\_\_

24.1. Ісіктің орналасуы (Локализация опухоли) \_\_\_\_\_ АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-0) \_\_\_\_\_

24.2. Ісіктің морфологиялық түрі (Морфологический тип опухоли) \_\_\_\_\_ АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-0) \_\_\_\_\_

24.3. Ісік процесінің сатысы (Стадия опухолевого процесса):

I а	II а	III а	IV а	in situ
I б	II б	III б	IV б	қолданылмайды
I с	II с	III с	IV с	(неприменимо)
I сатысы (стадия)	II сатысы (стадия)	III сатысы (стадия)	IV сатысы (стадия)	белгісіз (неизвестно)

24.4. TNM жүйесі бойынша сатысы (Стадия по системе TNM): T<sub>(0-4)</sub> \_\_\_\_\_; N<sub>(0-4x)</sub> \_\_\_\_\_; M<sub>(0, 1, x)</sub> \_\_\_\_\_

24.5. Алыс метастаздардың орналасуы (Локализация отдаленных метастазов):

24.5.1. Асқынған сатыда алғаш рет анықталған ісіктер үшін (для первичной опухоли запущенного процесса):

алыс лимфа түйіндері (отдаленные лимфатические узлы)	ми (головной мозг)	сүйек миы (костный мозг)	ішперде (брюши)
сүйектер (кости)	бауыр (печень)	бүйрек (почка)	аналық бездер (яичники)
өкпе мен/немесе өкпеқап (легкие и/или плевра)	басқа ағзалар (другие органы)	тері қабаты (кожа)	көп санды (множественные) белгісіз (неизвестна)
24.24.5.2. Процестің өрістеуі кезінде (при прогрессировании процесса):			
алыс лимфа түйіндері (отдаленные лимфатические узлы)	ми (головной мозг)	сүйек миы (костный мозг)	ішперде (брюшин)
сүйектер (кости)	бауыр (печень)	бүйрек (почка)	аналық бездер (яичники)



өкпе мен/немесе өкпеқап (легкие и/или плевра)	басқа ағзалар (другие органы)	тері қабаты (кожа)	көпсанды (множественные) белгісіз (неизв)
--	----------------------------------	--------------------	--

24.6. Диагнозды растау әдісі (Метод подтверждения диагноза):

морфологиялық (морфологический); цитологиялық (цитологический); рентгенологиялық (рентгенологический). изотопты (изотопный); эндоскопиялық (эндоскопический); УДЗ (УЗИ); КТ ЯМРТ (КТ(ЯМРТ)); тек клиникалық (только клинический); мәйітті ашу (вскрытие); миелограмма (миелограмма); иммунофенотиптеу (иммунофенотипирование); иммунологиялық(иммунологический); цитогенетика(цитогенетика); цитохимия(цитохимия); Қан/несептегі М-гардиент (М-градиент в крови/моче); Көпше миеломадағы Lg (Lg при множественной миеломе); ИГХ (ИГХ); лабораторлық диагностика (Онкомаркерлер) (лабораторная диагностика (Онкомаркеры)); ПЭТ-КТ (ПЭТ-КТ).

24.7 (С81-96) – нұсқалықты көрсету (указать вариантность):-L1; -L2; -L3; -L4; -L5; -M0; -M1; -M2; -M3; -M4; -M5; -M6; -M7

24.8 (С81-96) – қауіп тобы (группа риска): 1- стандартты (стандартный); 2-жоғары (высокая);

24.9 – резистілік (резистентность):1-бірінші; 2-екінші.

25. Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания): \_\_\_\_\_

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_

25.1.

Қосалқы сырқаттардың кезеңі (период сопутствующих заболеваний): уақытша сауығу (ремиссия); өршуі (рецидив); сауығу (реконвалесценция).

26. Патологоанатомиялық диагнозы (Патологоанатомический диагноз): \_\_\_\_\_

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_

26.1.Қайтыс болу себебі (Причина смерти)\_\_\_\_\_

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_

26.2 Мәйітті ашпай (Без вскрытия)\_\_\_\_\_

27. Осы жатқызылу кезеңінде жүргізілген емнің сипаты (Характер проведенного лечения за период данной госпитализации):

радикалды (радикальный)	паллиативті (паллиативный)	симптоматикалық (симптоматический) басқасы (прочий)
----------------------------	-------------------------------	--

27.1. Емдеу көлемі (Объем лечения): толық (полный) толық емес (неполный)

27.2. Толық емделмеу себебі (Причина неполного лечения): науқастың емдеуді жалғастырудан бас тартуы (отказ больного от продолжения лечения) емдеу үстінде аурудың үдеуі (прогрессирование заболевания на фоне лечения) емдеудің асқынулары (осложнения лечения)

28. Емдеу түрі (Вид лечения): хирургиялық (хирургическое), сәулелік (лучевое),

химиятерапиялық (химиотерапевтическое), біріктірілген (хирургиялық+сәулелік) комбинированное (хирургическое+лучевое)), кешенді (хирургиялық+химиятерапиялық, хирургиялық+химиятерапиялық+сәулелік) комплексное (хирургическое+химиотерапия, хирургическое+химиотерапия+лучевое), химиясәулелі (химиолучевое), симптоматикалық (симптоматическое), басқасы (прочее)

29. Өткізілген операция (Проведенная операция): \_\_\_\_\_

АХЖ-9 шифрі (шифр МКБ-9) \_\_\_\_\_

күні (дата(\_\_\_\_жыл (года)/ \_\_\_\_/\_\_\_\_ Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) \_\_\_\_\_  
АХЖ-9 шифрі (шифр МКБ-9)

күні (дата(\_\_\_\_жыл (года) /\_\_\_\_/\_\_\_\_ Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) \_\_\_\_\_  
АХЖ-9 шифрі (шифр МКБ-9)

күні (дата(\_\_\_\_жыл (года)/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) \_\_\_\_\_

29.1. Арнаулы құралдарды қолдану (Использование специальной аппаратуры) \_\_\_\_\_

29.2. Анестезия: \_\_\_\_\_

Дәрігер-анестезиолог (Врач анестезиолог) \_\_\_\_\_

29.3. Хирургиялық емдеудің асқынулары (Осложнения хирургического лечения): \_\_\_\_\_

30. Сәулемен емдеу (Лучевое лечение): операция алдында (предоперационное);

операциядан кейін (послеоперационное);

өздігінен (самостоятельное).

30.1. Сәулемен емдеу курсының басталған күні (Дата начала курса лучевого лечения):

күні (число) \_\_\_\_\_ айы (месяц) \_\_\_\_\_ жылы (год) \_\_\_\_\_

30.2. Сәулелеу тәсілі (Способ облучения):

Сыртқы сәулелендіру (Облучение внешнее):

Қашықтықтан (дистанционное) , Қуыс ішілік сәулелендіру (Облучение  
внутриполостное) ,

Тін ішілік сәулелендіру (Облучение внутритканевое): .

Тіркескен сәулелендіру (Облучение сочетанное): қашықтықтан + қуыс ішілік (дистанционное + внутриполостное) , қашықтықтан+ тін ішілік (дистанционное + внутритканевое) , сыртқы аппликациялық (внешнее аппликационное облучение) ;

Сәулелендірудің басқа түрі (другие способы облучения) ;

30.3. Сәулелік ем түрі (Вид лучевой терапии):

Фотондық (Фотонная): жақын фокустық рентгендік (рентгеновская близкофокусная); терең рентгендік (рентгеновская глубокая); жоғарғы энергиялы тежеулік сәулелендіру (тормозное излучение высоких энергий), терең энергиялы фотонды-тежеулік сәулелендіру (фотонно-тормозное излучение глубоких энергий);

Бетта-терапия;

Корпустық (Корпускулярная): электрондар (электроны), ауыр зарядталған бөлшектермен терапия (терапия тяжелыми заряженными частицами), нейтрондармен корпускулярлы терапия (корпускулярная терапия нейтронами);

Тіркескен (Сочетанная): фотондық + электрондар (фотонная + электроны); протондар + гамма (протоны + гамма); нейтрондар + гамма (нейтроны + гамма);

Гамматерапия; Басқа (Другая)

30.4. Сәулелік ем әдісі (Методы лучевой терапии):

Үздіксіз (Непрерывная): тін ішілік (внутритканевая); қуыс ішілік (внутриполостная);  $I^{131}$ ;  $Au^{198}$  ; басқа (другая).

Фракциялау (Фракционирование): дәстүрлі (традиционное); толық өтетін курспен (со сквозным курсом); бөлшектенген курспен (с расщепленным курсом); Дәстүрлік емес фракциялау (Фракционирование нетрадиционное): дозаны күндізгі бөлшектеу (дневное дробление дозы); іріленген (укрупненное); динамикалық (динамическое); ірі-сәулелік терапиямен фракциялау (>5ГР) (фракционирование лучевой терапии – крупное) (>5ГР);

Сәулелік ем (Лучевая терапия): тотальді (тотальная); субтотальді (субтотальная); нысананы бірқалыпсыз сәулелендіру (с неравномерным облучением мишени);

30.5. Радиомодификаторларды қолдану (Использование радиомодификаторов):

ГБО–радиомодификатор (радиомодификатор-ГБО); электронды- акцепторлы байланысқан радиомодификатор (радиомодификатор - электроноакцепторное соединении); радиомодификатор-гипертермия (радиомодификатор-гипертермия); радиомодификаторгипоксия (радиомодификаторгипоксия); радиомодификатор-гипотермия (радиомодификатор-гипотермия); радиомодификатор - дәрілік препараттар (радиомодификатор-лекарственные препараты); радиомодификатор – иммуномодуляторлар (радиомодификатор- иммуномодуляторы); радиофармпрепараттар ( радиофармпрепараты); АОК - антиоксидантты комплекс (АОК-антиоксидантный комплекс); тіркескен радиомодификаторлар (сочетание радиомодификаторов); басқалар (другие);

30.6. Сәулелендірудің қосынды ошақтық дозасы (Суммарная очаговая доза облучения): ісікке (2 таңба) (на опухоль (2 знака)) \_\_\_\_\_ топ (гр); метастаздарға (3 таңба) (на метастазы (3 знака))\_\_\_\_\_ топ (гр);

30.7. Сәулелік емдеудің асқынулары (Осложнения лучевого лечения): жергілікті (местные); регион арлық лимфа түйіндер (на регионарные лимфоузлы);

жалпы (общие); асқынусыз (без осложнений). Сәулелік ем терапевті (аты-жөні) Лучевой терапевт (ФИО): \_\_\_\_\_

31. Химиятерапиялық емдеу курсының басталған күні (Дата начала курса химиотерапевтического лечения): күні (число \_\_\_\_\_ айы (месяц) \_\_\_\_\_ жылы (год) \_\_\_\_\_

31.1. Химиятерапия түрі (Вид химиотерапии): емдік (лечебная); адьювантты (профилактикалық) (адьювантная (профилактическая)) ; адьювантты емес (неадьювантная);

31.2. Химиятерапия схемасы (Схема химиотерапии) \_\_\_\_\_

31.3. С91-95.9) үшін химиятерапия бойынша емдеу сатылары (Этапы лечения по химиотерапии для: (С91-95.9)) а) индукция (индукция); б) консолидация (консолидация); в) реиндукция (реиндукция); г) қолдаушы терапия (поддерживающая терапия); д) қайталануға қарсы курс (противорецидивный курс); е) симптоматикалық терапия (симптоматическая терапия);

31.4.

Препаратты атауы (Наименование препарата)	Қабылдау басталған күні (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения)*	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)	Жиынтық мөлшері (Суммарная доза)

\*) 1-бұлшық ет ішіне (внутримышечно); 2- вена ішіне (внутривенно); 3- артерия ішіне (внутриартериально); 4- қуыс ішіне (внутриполостное); 5- ауыз арқылы (перорально); 6- басқа (другой);

31.5. Химиятерапиясы кезінде тағайындалған протекторлық дәрілік заттар Протекторные лекарственные средства, назначенные при химиотерапии:	Өлшем бірлігі Единицы измерения	Қосынды до Суммарная д

31.6. Таргентты терапия (таргентная терапия):

Препараттың атауы (Наименование препарата)	Қабылдау басталған күні (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения) *	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)	Жиынтық мөлшері (Суммарная доза)

\*) Таргетты терапияның жанама әсерлері (побочные эффекты таргетной терапии): терілік реакциялар (кожные реакций); гастроинтестинальды (гастроинтестинальные); кардиотоксикалық (кардиотоксичность); қан кетулер (кровотечения); басқалар (другие); жоқ (нет);

31.7. Сүйек резорбциясының ингибиторларымен терапия (терапия с ингибиторами костной резорбции):

Препарат аты (Наименование препарата)	Қабылдау басталған уақыты (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған уақыты (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения) *	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)	Жиынтық мөлшері (Суммарная доза)

\*) Сүйек резорбциясының ингибиторлары терапиясының жанама әсерлері (побочные эффекты терапии с ингибиторами костной резорбции): Тұмау тәріздес синдром (гриппоподобный синдром); гастроинтестинальды синдром (гастроинтестинальный синдром); бүйрек функциясының бұзылу синдромы (нарушение функции почек); бауырлық көрсеткіштердің өзгерісі (изменение печеночных показателей); басқалар (другие); жоқ (нет).

32. Гормон терапиясының түрі (Вид гормонотерапии): қолданылмады (не применялась); дәрілік (лекарственная);

дәрілік емес (нелекарственная); аралас (смешанная)

32.1.

Препараттың атауы (Наименование препарата)	Қабылдау басталған күні (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения) **	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)	Жиынтық мөлшері (Суммарная доза)

\*\*\*) 1- бұлшық ет ішіне (внутримышечно); 2- тамыр ішіне (внутривенно); 3- тері ішіне (внутрикожно); 4- ауыз арқылы (перорально); 5- басқа (другой).

32.2. Гормон терапиясының жанама әсерлері (Побочные эффекты гормонотерапии): қышыма (зуд); салмақ қосуы (прибавка в весе); тері бөртпелері (кожная сыпь); гематологиялық (гематологические); басқалар (другие); жоқ (отсутствуют).

33. Иммунотерапия:

33.1. Препараттың атауы (Наименование препарата)	Қабылдау басталған күні (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения) ***	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)	Жиынтық мөлшері (Суммарная доза)

\*\*\*) 1-ауыз арқылы (перорально); 2-тері астына (подкожно); 3-бұлшық ет ішіне (внутримышечно); 4-басқа (другой).

34. Иммунотерапияның жанама әсерлері (Побочные эффекты иммунотерапии): қышыма (зуд); температуралық серпіліс (температурная реакция); тері бөртпелері (кожная сыпь); гематологиялық (гематологические); басқалар (другие); жоқ (отсутствуют).

35. Арнайы емнің басқа түрлері (Другие виды специального лечения): комплиментарлық (комплиментарные); басқалары (прочие)

36. МЭТ (МЭТ) № \_\_\_\_\_, КШТ (КЗГ) № \_\_\_\_\_

37. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

37.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количество
1	2	3	4	5	6

38. RW-ға тексеру (Обследование на RW): оң (положительно); теріс (отрицательно);

АИТВ инфекциясы (ВИЧ инфекцию): оң (положительно); теріс (отрицательно); тексерілмеді (егер, пациент бас тартқан жағдайда) (не обследовался (в случае, если пациент отказался)).

39. Стационарда болу немен аяқталды (Исход пребывания в стационаре): шықты (выписан); ауыстырылды (переведен); қайтыс болды (умер); өздігінен кетіп қалуы (самовольный уход).

Терапиялық науқастар үшін (для терапевтических больных): толық регресс (полный регресс); толық емес регресс (частичный регресс); процестің стабилизациясы (стабилизация процесса).

40. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): сауығу (выздоровление); жақсарды (улучшение);

өзгеріссіз (без перемен); нашарлады (ухудшение)

41. Ұсыныс (Рекомендация): операциялық емдеу (оперативное лечение); сәулелік ем (лучевая терапия); химиотерапия; симптоматикалық емдеу (симптоматическое лечение); онкологтың бақылауы (наблюдение онколога); басқалар (прочие);

42. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет



3. Туған күні (Дата рождения)

--	--	--	--

4. Жыныс(ы) пол ер / муж - 1  
әйел / жен - 2

5. Ұлты (Национальность)

6. Тұрғыны (Житель):

қаланың (города) - 1, ауылдың  
(села) - 2

7. ЖСН (ИИН)


8. Медициналық тіркеу нөмірі


(Регистрационный медицинский  
номер)

8.1. Тіркелген, БМСК көрсететін,  
медициналық ұйымның коды мен аты  
(Код и название медицинской  
организации прикрепления,  
оказывающей  
ПМСП)

9. Мекенжайы/ Место жительства

елі/страна

облыс/область

әкімшілік

ауданы/административный район

елді мекен/населенный пункт

көше/улица

үй/дом

пәтер/квартира

9А. Әлеуметтік мәртебесі

(Социальный статус):

қызметкер/служащий - 1

жұмыскер/рабочий - 2

ауыл шаруашылығының жұмысшысы  
(работник сельского хозяйства) - 3

зейнеткер/пенсионер - 4

оқушы/учащийся - 5

үй шаруасындағы әйел/  
домохозяйка - 6

жеке еңбекпен айналысатын

тұлға/лицо, занятый

индивидуальным трудом - 7

табынушы/служитель культа - 8

жұмыссыз/безработный - 9

18. Осының алдындағы

психиатриялық

стационардан шыққан күні

/ Дата предыдущей выписки

из психиатрического

стационара

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

19. Жатқызылды /

Госпитализирован:

өмірінде бірінші рет /

впервые в жизни - 1

қайталап / повторно - 2

осы жылы қайталап /

повторно в данном году - 3

20. Түсуі / Поступление:

Осы стационарға бірінші

рет / Первичное в данный

стационар - 1

Осы стационарға қайталап

/ Повторное в данный

стационар - 2

21. Кім жіберді / Кем

направлен:

психиатр / психиатром - 1

қала бойынша кезекші

психиатр / дежурным

психиатром по городу - 2

сот-тергеу органдары /

судебно-следственными

органами - 3

басқалар / прочие - 4

22. Қайдан келіп түсті /

Откуда поступил:

үйінен / из дома - 1

психиатриялық

стационардан ауыстырылды

/ переведен из

психиатрического

стационара - 2

басқа бейіндегі стационардан

ауыстырылды

/ переведен из стационара

28. Аурудың нәтижесі /

Исход заболевания:

аурудан жазылуы (көрнекті

жақсаруы) /

выздо-рвление

(выраженное улучшение) -

1

жақсаруы / улучшение - 2

өзгеріссіз / без

изменений - 3

нашарлауы / ухудшение - 4

қайтыс болуы / смерть - 5

29. Қайтыс болған

жағдайда / В случае

смерти:

тікелей психикалық

аурудан / непосредственно

от психического

заболевания - 1

соматикалық аурулардан

(жұқпалы ауруларды қоса)

/ соматические

заболевания (включая

инфекционные) - 2

өзін-өзі өлтіруі /

самоубийство - 3

қайғылы оқиға /

несчастного случая - 4

басқалар / прочие - 5

30. Шыққан кезіндегі

еңбекке жарамдылығы /

Трудоспособность при

выписке:

шектеуінсіз/ без

ограничений - 1

психикалық жағдай

бойынша- по психическому

состоянию-

шектелген/ограничена - 2

төмендеген/снижена - 3

толық (тұрақты)

басқалар/прочее -10

10. Стационардың коды /  
Код стационара

--	--	--	--	--	--	--	--

11. Бөлімше / Отделение:

12. Түскен күні / Дата  
поступления

--	--	--	--	--	--	--	--

13. Шыққан күні / Дата выписки

--	--	--	--	--	--	--	--

14. Білімі /Образование:

орта мектептің неше сыныбын  
бітірді / число законченных  
классов средней школы  
оқымады/не учился - 12  
ми қабілетінің кемшілігі бар  
балаларға арналған мектеп /  
школа для умственно отсталых -  
13

тәрбиеге көнбейтін  
жасөспірімдерге арналған мектеп  
/ школа для трудновоспитуемых  
подростков - 14

орта арнаулы / среднее  
специальное - 15

аяқталмаған жоғары

/незаконченное высшее- 16

жоғары / высшее - 17

басқалар / прочее - 18

другого профиля - 3

басқалар / прочие - 4

23. Жіберу мақсаты / Цель  
направления:

емдеу / лечение - 1

әлеуметтік қауіпті

науқасты емдеу / лечение

социально опасного

больного - 2

мәжбүрлеп емдеу /

принудительное лечение -

3

сараптау / экспертиза -

соттық / судебная - 4

әскери / военная - 5

басқа мақсаттағы

жолдаулар / другие цели

направления - 6

жоғалды/полностью

(стойко) утрачена -4

Басқа себептерден-

По другим

причинам-шектелген,/

ограничена,

төмендеген, жоғалған

/снижена, утрачена -5

31. Шыққан кезіндегі

психикалық ауру бойынша

мүгедектік /Инвалидность

по психическому

заболеванию при выписке:

тобы/ группа мүгедек бала

/ инвалид ребенок - 1

мүгедек емес / не инвалид

- 2

24. Түскен кезіндегі

ауруының ұзақтығы /

Длительность заболевания

к моменту поступления

25. Жолдаған мекеменің

диагнозы / Диагноз

направившего учреждения

Диагноз коды /

Код диагноза


25А. Түскен кезіндегі

диагнозы/ Диагноз при

поступлении

32. Выбыл / Шықты:

үйіне / домой - 1

басқа психиатриялық

стационарға / в другой

психиатрический стационар

- 2

басқа стационарға

(психиатриялық емес) / в

15. Өмір сүру қаражатының көзі /  
Источник средств

существования:

жұмыс / работа – қара жұмыс /

физический труд - 1

ақыл-ой жұмысы/умственный труд

- 2

біліктілігі төмендеуінсіз /без

снижения квалификации - 3

біліктілігі төмендеуімен / со

снижением квалификации - 4



өкіметтің асырауында / на иждивении государства - жасына байланысты зейнетақы / пенсия по возрасту - 5 мүгедектік зейнетақы / пенсия по инвалидности - 6 шәкіртақы / стипендия - 7 басқалар / прочие - 8 Жеке адамдардың асырауында / На иждивении отдельных лиц - 9 Өмір сүруінің басқа көздері/ Другие источники средств существования - 10 16. Психиатриялық ұйымның есепке алған жылы / Год взятия на учет психиатрической организацией

17. Өткен емделуге жатқызу саны / Число предыдущих госпитализаций

\_\_\_\_\_  
Диагноз коды /  
Код диагноза


26. Қорытынды диагноз /  
Заключительный диагноз:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Диагноз коды /  
Код диагноза

--	--	--	--	--	--

27. ПБЗ пайдалану салдарынан болған психикалық және мінез-құлықтық өзгерістер / Сопутствующее психическое и поведенческое расстройства вследствие употребления ПАВ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Диагноз коды /  
Код диагноза

--	--	--	--	--	--

другой стационар (непсихиатрический) - 3 мүгедектер үйіне / в дом инвалидов - 4 жылдың аяғында шықпады / не выбыл на конец года - 5 басқалар / прочие - 6 33. Ауруханаішілік демалыстар саны / Число внутривольничных отпусков:

--	--	--	--	--	--

Осы жылы/В текущем году \_\_\_\_\_ Демалыс күндерінің саны/Количество дней отпусков

\_\_\_\_\_  
Бөлімше меңгерушісінің қолы / Подпись заведующего отделением:

А. Түскен күннен бастап өткізген төсек-күндері (демалыс күндерін қоспағанда) (Проведено койко-дней (исключая дни отпуска))

Б. Отан соғысының мүгедегі/ Инвалид отечественной войны

В. Қосалқы соматикалық ауруы/ Сопутствующее соматическое заболевание

Г. Патологоанатомиялық диагнозы / Патологоанатомический диагноз

иә/ да - 1 \_\_\_\_\_

жоқ/ нет - 2 \_\_\_\_\_

--	--	--	--

10-ХАЖ бойынша коды /Код по МКБ-10

Д. Емделуі /  
Лечение \_\_\_\_\_

Е. Түскен кездегі синдромы / Синдром при поступлении \_\_\_\_\_

34. МЭТ (МЭТ) № \_\_\_\_\_, КШТ (КЗГ)

№ \_\_\_\_\_

35. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

35.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количество
1	2	3	4	5	6

36. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) (*астын сызыңыз*) (*подчеркнуть*).

37. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)				
№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	

Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы  
(Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Дәрігер (Врач) ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_ Қолы  
(Подпись) \_\_\_\_\_

Бөлімше меңгерушісі  
(Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
Код \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-ж/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы (Наименование организации)	Медицинская документация Форма № 066-п/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Емдеуді жалғастыратын науқастың СТАТИСТИКАЛЫҚ КАРТАСЫ  
СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА больного, продолжающего лечение

№ \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ Код | \_\_\_\_\_ |  
 14. Реанимацияда болды ма (Находился в реанимации):  
 иә (да), жоқ (нет) күндері (дней) \_\_\_\_\_.

15.	Диагноз	10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)
Клиникалық диагноз Клинический диагноз		
Асқынулары Осложнения		
Қосалқы сырқаты 1 Сопутствующее заболевание 1		
Қосалқы сырқаты 2 Сопутствующее заболевание 2		

16. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция)

Күні Дата Уақыты Время	Операцияның аты мен коды Название и код операции	Анес- тезия (коды) Анес- тезия (код)	Опера- цияның түрі: 1-шұғыл, 2- жоспарлы Тип операции: 1-экстрен- ная 2-плановая	Опера- циядан кейінгі асқынулар Послеопера- ционное осложнение	Арнаулы аппаратура (коды) Специальная аппаратура (код)	Дәрігерлердің коды Коды врачей
Хирургиялық операциялар			Хирургические операции			
___/___/___ ___:___						хирург
						асси- стент
Код						анесте- зиолог
___/___/___ ___:___						хирург
						асси- стент
Код						анесте- зиолог
___/___/___ ___:___						хирург

Код						асси- стент	
___/___/___ ___:___						хирург	
Код						асси- стент	

17. МЭТ (МЭТ) № \_\_\_\_\_, КШТ (КЗГ) № \_\_\_\_\_

18. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

18.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызме- тінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Коли- чество
1	2	3	4	5	6

19. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМС келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) (астын сызыңыз) (подчеркнуть).

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): ауруы жалғасуда (продолжает болеть) \_\_\_\_\_

21. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)				
№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы  
(Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	

Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы  
(Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Реанимация және қарқынды терапия бөлімшелерінде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов отделения реанимации и интенсивной терапии)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_ Қолы  
(Подпись) \_\_\_\_\_

Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

### «Емдеуді жалғастырушы науқастың статистикалық картасы» 066-ж/е нысанын толтыру жөнінде нұсқаулық

Емдеуді жалғастырушы науқастың статистикалық картасы (бұдан әрі – Статкарта) наркологиялық, туберкулез, онкологиялық бейінді стационарлардағы ұзақ емдеуде (1 күнтізбелік айдан артық) болған барлық науқастар мен күнтізбелік айдың соңғы күні гемодиализ алатын науқастар үшін толтырылады. Емдеу курсы аяқталғаннан кейін (науқасты стационардан шығарғанда) көрсетілген медициналық қызметтер мен соңғы ақысы төленбеген кезеңге дәрі-дәрмектер енгізілетін стационардан шыққан адамның сәйкес статистикалық карта бейіні (066/е, 066-1/е, 066-2/е, 066-4/е нысандары)

Стационар атауы: медициналық ұйымның толық және қысқаша ресми атауы жіберіледі.

ҚҰЖЖ коды: ұйымның статистикалық картасының негізінде толтырылады

Статкарта нөмірі: стационарлық науқастың медициналық картасы нөміріне сәйкес келуі керек.

1-6 және 8 тармақтар: науқастың жеке басын куәландыратын және сөзінен құжаттар деректері.

7-тармақ «Медициналық тіркеу нөмірі»: жоспарланатын жеке медициналық карта үшін ұсынылған

9-22-тармақтар: стационарлық науқастың медициналық картасы негізінде толтырылады (№ 033/е нысаны). Бөлімше типі мен төсек бейіні коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі. Диагносттарды кодтау үшін ХАЖ-10 қолданылады.

16-тармақ: Хирургиялық операция коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі. Егер операциялық араласу бірнеше рет болса, онда басқа операцияларға қарағанда операция күніне тәуелсіз, бірінші рет толтырылуы қажет «Негізгі операция» белгіленеді.

17-тармақ: МЭХ (медициналық-экономикалық хаттама) коды әрекеттегі ережелерге сәйкес ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

18-тармақ: стационарлық науқастың медициналық картасы негізінде толтырылады.

19-тармақ: наркологиялық, туберкулез, онкологиялық бейінді стационарлардағы 1 күнтізбелік айдан артық емдеуді жалғастырған жағдайда және гемодиализ алатын науқастар үшін толтырылады.

20-тармақ: Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектер әрекеттегі ережелер мен анықтамалықтарға сәйкес толтырылады. Тіркеуге тек клиникалық бөлімшеге (зертхана, рентген, УДЗ

және басқалар) қатысты сыртқы қызметтер жатады. Клиникалық бөлімше жұмысының көлеміне кіретін қызметтер (инъекциялар, антропометрия, АҚҚ өлшеуіш, дәрігердің тексеруі және т.б.) клиникалық бөлімше қызметтерінде әлдеқашан ескерілген және толтыруға жатпайды. Көрсетілген қызметтер мен манипуляциялар, қолданылған дәрі-дәрмектер туралы деректерді енгізу үшін орын жетіспесе, Көрсетілген қызметтер парағын қосымша бетпен кеңейту керек.

21-22-тармақтар: Емдеуші дәрігер мен бөлімше меңгерушісінің тегі, аты, әкесінің аты. Дәрігерлер коды медициналық ұйымның ішкі анықтамалығына сәйкес қойылады.

Ескерту: нысан ұйым бейініне сәйкес толтырылады және басып шығарылады.

## **Инструкция**

### **по заполнению формы 066-п/у**

#### **«Статистическая карта больного продолжающего лечение»**

Статистическая карта больного продолжающего лечение (далее - Статкарта) заполняется на всех больных, находящихся на длительном лечении (более 1 календарного месяца) в стационаре наркологического, туберкулезного, онкологического профилей и для больных, получающих гемодиализ, в последний день календарного месяца. По окончании курса лечения (при выписке больного из стационара) заполняется соответствующая профилю статистическая карта вышедшего из стационара (форма 066/у, 066-1/у, 066-2/у, 066-4/у), в которую вносятся оказанные медицинские услуги и медикаменты только за последний неоплаченный период. Наименование стационара: допускается полное и краткое официальное наименование медицинской организации. Код ОКПО: заполняется на основании статистической карты организации.

Номер Статистической карты: должен совпадать с номером медицинской карты стационарного больного.

Пункты 1-6 и 8: данные из документов, удостоверяющих личность и со слов больного.

Пункт 7 «Регистрационный медицинский номер»: предназначен для планируемых индивидуальных медицинских карт.

Пункты 9-22: заполняются на основании медицинской карты стационарного больного (формы № 003/у). Код типа отделения и профиля коек присваивается из справочника МЗ РК. Для кодирования диагнозов применяется МКБ-10.

Пункт 16: Код хирургической операции присваивается из справочника МЗ РК. Если оперативных вмешательств было несколько, то выделяется «Основная операция», которая должна быть заполнена первой, независимо от даты операции по отношению к другим операциям.

Пункт 17: Код МЭП (медико-экономического протокола) присваивается из справочника МЗ РК в соответствии с действующими правилами.

Пункт 18: заполняется на основании медицинской карты стационарного больного.

Пункт 19: заполняется в случае продолжения лечения больного более 1 календарного месяца в стационаре наркологического, туберкулезного, онкологического профиля и для больных, получающих гемодиализ.

Пункт 20: Лист оказанных услуг и медикаментов заполняется в соответствии с действующими правилами и справочниками. Регистрации подлежат только услуги, внешние по отношению к клиническому отделению (лаборатория, рентген, УЗИ и прочее). Услуги, входящие в объем работы клинического отделения (инъекции, антропометрия, измерение АД, осмотр врача и прочее), уже учтены в услугах клинического отделения и не подлежат заполнению<sup>2</sup>. При недостатке места для внесения данных о проведенных услугах и манипуляциях, использованных медикаментов необходимо расширить Лист оказанных услуг дополнительным вкладышем.

Пункт 21-22: Фамилия, имя, отчество, подпись лечащего врача и заведующего отделением. Коды врачей проставляются в соответствии с внутренним справочником медицинской организации.

Примечание: форма заполняется и распечатывается в соответствии с профилем организации.

<sup>2</sup> Әзірлеушілер назарына - бағдарламалық жасақтама клиникалық бөлімше қызметтерін қызметтер түрі





7. Мекенжайы (Место жительства) \_\_\_\_\_

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный район)

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

8. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащая), 2 - жұмыскер (рабочая), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионерка), 5 - оқушы (учащаяся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 - жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом), 8 - табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработная), 10 - басқалар (прочее).

9. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): бала күнінен мүгедек (инвалид детства) - 1, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) - 2, сәуле әсерін алған адам (лицо, подвергшееся радиации) - 3, ҰОСҚ теңестірілген адам (лицо, приравненное к УВОВ) - 4, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 5, қоныс аударушы (переселенка) - 6, басқалар (прочие) - 7.

10. Пациент бағытталды (Пациент направлен): БМСК (ПМСП) - 1, КДК (КДП) - 2, өзі қаралды (сама обратилась) - 3, жедел жәрдемнен (скорой помощью) - 4, басқа стационардан (другим стационаром) - 5, басқалар (прочие) - 6, (астын сызыңыз (подчеркните)).

11. Жолдаған ЕПҰ-ның коды мен аты:

Код и название направившего ЛПО: \_\_\_\_\_

12. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации)

\_\_\_\_\_ 10-ХАЖ коды (код МКБ-10) \_\_\_\_\_

13. Тіркелген, БМСК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен аты (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП)

\_\_\_\_\_

14. Ауруханаға жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания), 3 - шұғыл түрде 7 - 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7 - 24 часов), 4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов).

15. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания):

бірінші рет (впервые) - 1, қайталап (повторно) - 2

16. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при \_\_\_\_\_ поступлении): \_\_\_\_\_

10 -ХАЖ коды (код по МКБ-10)

17.1. Босану орны (Место родов): 1-стационарда (в стационаре), 2-үйде (на дому), 3-басқа жерде (в другом месте).

17.2. Алғашқы рет жүкті болған \_\_\_\_\_

(Первобеременная): \_\_\_\_\_ иә (да)-1 \_\_\_\_\_ жоқ (нет)-2

17.3 Босандыру сипаты (Характер родов): 1 - физиологиялық (физиологические), 2 - патологиялық (патологические).

17.4 Босану саны (Которые по счету роды) \_\_\_\_\_

17.5 Жүктілікті ұзу немесе босану сәтіндегі жүктілік мерзімі, апта (Срок беременности на момент прерывания беременности, родов или смерти, недель) \_\_\_\_\_

17.6 Аборт түрлері (Виды аборта): 1 - өздігінен (самопроизвольный), 2 - 12 аптаға дейінгі медициналық аборт (медицинский аборт до 12 недель), 3 - кіші аборт (мини-аборт), 4 - әлеуметтік көрсетімдер бойынша аборт (аборт по социальным показаниям), 5 - медициналық көрсетімдер бойынша аборт (аборт по медицинским показаниям), 6 - қылмыстық жолмен жасалған аборт (криминальный аборт).

17.7. Аборт медикаментті (Аборт медикаментозный)

17.8 Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер (Сведения о новорожденном):

Туу күні уақыты Дата время рождения	Бала туды Ребенок родился *	Баланың жынысы Пол ребенка **	айы-күні жетіп/шала ***	Туу кезіндегі баланың физикалық өсуі Физическое развитие ребенка при рождении	
				Салмағы Масса (г)	
				Бойы Рост (см)	
				Кеуде өлшемі Окружность груди (см)	
				Бас өлшемі Окружность головы (см)	
				Салмағы Масса (г)	
				Бойы Рост (см)	
				Кеуде өлшемі Окружность груди (см)	
				Бас өлшемі Окружность головы (см)	
				Салмағы Масса (г)	
				Бойы Рост (см)	
				Кеуде өлшемі Окружность груди (см)	
				Бас өлшемі Окружность головы (см)	

продолжение таблицы

Нәрестені егу (вакцинация)	Шығуы Исход ****	Тууына қатысты өлім (Вид смерти по отношению к родам) *****	10-ХАЖ диагнозы Диагноз МКБ-10	Диагноз атауы Наименование диагноза

	күні дата				
БЦЖ					
ІПВ (ОПВ)					
гепатит					
	күні дата				
БЦЖ					
ІПВ (ОПВ)					
гепатит					
	күні дата				
БЦЖ					
ІПВ (ОПВ)					
гепатит					

\* 1 - тірі (живой), 2 - өлі (мертвый);

\*\* 1 - ер (мужской), 2 - әйел (женский), 3 - анықталған жоқ

(не определен);

\*\*\* 1 - айы-күні жетіп (доношенный), 2 - шала (недоношенный), 3 - мерзімінен асып (переношенный);

\*\*\*\* 1 - выписан, 2 - госпитализирован на 2 этап выхаживания, 3 - умер в родильном доме, 4 - метворожденный;

\*\*\*\*\* 1 - туылғанға дейін (до родов) (антенатально), 2 - туу кезінде (во время родов) (интранатально), 3 - туылғаннан кейін (после родов),

4 - белгісіз (неизвестно).

18. Жас нәресте перзетханада емдеуден өтті (Новорожденный проходил \_ лечение в роддоме)

|\_ |

19. Ауруханаға жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, минут (часы, минут)

20. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты: (Дата и время выписки

(смерти))\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, минут (часы, минут)

21. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) \_\_\_\_\_

22. Бөлімше (Отделение):

Код | \_\_\_\_\_ |

атауы (наименование)

23. Төсек бейіні (Профиль

койки): \_\_\_\_\_ Код | \_\_\_\_\_ |

24. Реанимацияда болды ма (Находился в реанимации): иә (да), жоқ

(нет) күндері (дней) \_\_\_\_\_

25.	Диагноз	10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)
Қорытынды клиникалық диагноз		1.

Заключительный клинический диагноз		2.
Асқынулары Осложнения		
Қосалқы сырқаты 1 Сопутствующее заболевание 1		
Қосалқы сырқаты 2 Сопутствующее заболевание 2		
Патологоанато- миялық диагноз/ өлуінің себебі Патологоана- томический диагноз/причина смерти		

26. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да)-1, жоқ (нет)-2.

26.1 Жазба актісінің (№, дата акта записи) № \_\_\_\_\_ күні

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

27. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция):

Күні Дата Уақыты Время	Операци- яның аты мен коды Название и код операции	Анестезия (коды) Анестезия (код)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2-жоспарлы Тип операции: 1-экстрен. 2-плановая	Опера- циядан кейінгі асқынулар Послеопер. осложнение	Арнаулы аппаратура (коды) Специальная аппаратура (код)	Дәрігерлердің коды Коды врачей	
Хирургиялық операциялар						Хирургические операции	
___/___/___ ___:___						хирург	
						асси- стент	
Код						анесте- зиолог	
___/___/___ ___:___						хирург	
						асси- стент	
Код						анесте- зиолог	
___/___/___ ___:___						хирург	

Код						асси-стент	
___/___/___						хирург	
___:___							
Код						асси-стент	

28. МЭТ (МЭТ) № \_\_\_\_\_, КШТ (КЗГ) № \_\_\_\_\_

29. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

29.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количество
1	2	3	4	5	6

30. RW-ға тексеру (Обследован на RW):  оң (положительно),  
 теріс (отрицательно).  
 АИТВ инфекция (ВИЧ-инфекцию):  оң (положительно),  
 теріс (отрицательно).

31. Қан тобы (Группа крови) \_\_\_\_\_ Резус-фактор \_\_\_\_\_.

32. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқалар (прочие) (астын сызыңыз) (подчеркнуть).

33. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания): шықты (выписан) – 1, ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер) – 3, өздігінен кетуі (самовольный уход) – 4.

34. Немен аяқталды (Исход): қанағаттанарлық (удовлетворительный) – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) – 5.

35. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)			
№	Код	Өлшем бірлігі	

	Единица измерения	Саны Количество

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_  
Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

Бөлімше меңгерушісі  
(Заведующий отделением) ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
Код \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	---

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 096/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>	<p>Медицинская документация Форма № 096/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907</p>

**БОСАНУ ТАРИХЫ  
ИСТОРИЯ РОДОВ  
№ \_\_\_\_\_**

Бекітілген емдеу - профилактикалық ұйымы (ЛПО прикрепления) \_\_\_\_\_  
Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, Имя, Отчество) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_  
Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_  
Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі \_\_\_\_\_  
(Номер документа удостоверяющего личность)  
Түсті/Поступила 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ Қан тобы/Группа крови \_\_\_\_\_  
Гемоглобин \_\_\_\_\_  
Түскен уақыты/Время поступления \_\_\_\_\_ Резус-тиістілігі/Резус  
принадлежность \_\_\_\_\_  
Шықты/Выбыла 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_

Өткізген төсек-күндер/ Антиденелер титрі/Титр-антител \_\_\_\_\_  
Проведено койко/дней \_\_\_\_\_ Дәрігердің қолы/Подпись врача \_\_\_\_\_  
Палата/Палата № \_\_\_\_\_ АИТВ-ға зерттеу/Обследование на ВИЧ \_\_\_\_  
Зиянды әдет/ Гонореяға зерттеу/Исслед.на гонорею \_\_\_\_  
Имеющиеся вредные привычки: \_\_\_\_\_  
Темек шегу/ RW \_\_\_\_\_  
Курение Аллерг.реакц./Аллергические реакции \_\_\_\_  
(күніне қанша шылым шегеді/  
кол-во сигарет в день)

Ішімдік ішуі/Употребление алкоголя  
(жиілігі/как часто) \_\_\_\_\_  
Есірткі қолдануы/  
Употребление наркотических средств  
(қандай түрлері/какие)

Кім жолдады(Кем направлена) \_\_\_\_\_  
Тұрақты мекен-жайы: қала, ауыл (астын сызыңыз)/Постоянное место  
жительства: город, село (подчеркнуть)  
Мекенжайы (Адрес): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ № телефон \_\_\_\_\_



Жүкті, босанушы әйелдің медициналық сақтандыруы туралы деректер  
(Данные о медицинском страховании, беременной, роженицы):

Сақтандыру полисінің № (№ страхового полиса) \_\_\_\_\_

Сақтандыру түрі: міндетті, өз еркімен (астын сызыңыз) (Вид  
страхования: обязательное, добровольное) (подчеркнуть)

Сақтандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании) \_\_\_\_\_

Отбасылық жағдайы: неке тіркелген, тіркелмеген, жалғыз басты (астын  
сызыңыз) (Семейное положение: брак зарегистрирован, не  
зарегистрирован, одинокая (подчеркнуть))

Жүкті, босанған әйелдің жұмыс орны, кәсібі, лауазымы, білімі  
(Место работы, профессия, должность беременной, роженицы)

Күйеуінің тегі, аты-жөні  
(Фамилия, имя, отчество мужа)

\_\_\_\_\_

Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Кәсібі (Профессия) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Қызмет тел. (Телефон сл.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Жүкті кезінде дәрігерге (акушерге) қаралды ма: иә, жоқ (астын  
сызыңыз) (Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет  
(подчеркнуть)). Қанша рет (Сколько раз) \_\_\_\_\_ Консультация  
атауы, дәрігердің тегі, телефон (Наименование консультации, врач,  
телефон) \_\_\_\_\_

Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении) \_\_\_\_\_

Клиникалық диагнозы (Диагноз клинический) \_\_\_\_\_

Қорытынды диагнозы (Диагноз заключительный) \_\_\_\_\_

Босану кезіндегі, босанудан кейінгі асқынулары (Осложнения в родах,  
после родов) \_\_\_\_\_

Операция мен жәрдем аттары (Название операций и пособий) \_\_\_\_\_

Шығуы: шығарылды, ауыстырылуы, қайтыс болуы: жүкті кезінде, босану  
кезінде, босанған соң (астын сызыңыз) (Выбыла: выписана, переведена,  
умерла: беременной, во время родов, после родов (подчеркнуть))

Бойы (Рост) \_\_\_\_\_ см Салмағы (Вес) \_\_\_\_\_ кг

T<sup>0</sup> \_\_\_\_\_

Нешінші жүктілік (Которая беременность) \_\_\_\_\_

босануы (роды) \_\_\_\_\_

Соңғы етеккірі (Последняя менструация) \_\_\_\_\_

Ұрықтың бірінші қозғалуы (Первое шевеление плода)

D.Sp. \_\_\_\_\_ D.Cr. \_\_\_\_\_ D.Tr. \_\_\_\_\_

Жамбас/Таз: с.ext \_\_\_\_\_ с.giag \_\_\_\_\_ T.vera \_\_\_\_\_

Іш шеңбері (Окружность живота) \_\_\_\_\_ см

Жатыр түбінің биіктігі (Высота дна матки) \_\_\_\_\_ см

Ұрықтың орналасуы, позициясы мен түрі (Положение плода, позиция и вид) \_\_\_\_\_

Ұрықтың жүрек қағысы, орны, қағыс саны (Сердцебиение плода, место, число ударов) \_\_\_\_\_

Төмен орналасқан бөлігі (Предлежащая часть) \_\_\_\_\_

Қайда орналасқан (Где находится) \_\_\_\_\_

Босану қызметі (Родовая деятельность) \_\_\_\_\_

Ұрықтың шамаланған салмағы (Предполагаемый вес плода)

Дәрігер/Врач \_\_\_\_\_

Акушерка \_\_\_\_\_

Бірінші бала (Первый ребенок):

Жаңа туған нәрестенің гонобленорея профилактикасы  
(Профилактика гонобленнореи новорожденного произведена)

\_\_\_\_\_ немен/чем

Апгар шкаласы бойынша нәрестені бағалау (Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар):

1-ші мин. \_\_\_\_\_ балл, 5 мин. \_\_\_\_\_ балл

Емшек емізуді бастау уақыты (К груди приложен)

Қашан (через) \_\_\_\_\_ мин., емшек берілген жоқ (себебі)

(не приложен (причина)) \_\_\_\_\_

Нәресте бөлімге ауыстырылды (Ребенок переведен в отделение)

Күні (Дата) \_\_\_\_\_ сағ.(час) \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

Екінші бала (Второй ребенок):

Жаңа туған нәрестенің гонобленорея профилактикасы  
(Профилактика гонобленнореи новорожденного произведена)

\_\_\_\_\_ немен/чем

Апгар шкаласы бойынша нәрестені бағалау (Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар):

1-ші мин. \_\_\_\_\_ балл, 5 мин. \_\_\_\_\_ балл

Емшек емізуді бастау уақыты (К груди приложен)

Қашан (через) \_\_\_\_\_ мин., емшек берілген жоқ (себебі)

(не приложен (причина)) \_\_\_\_\_

Нәресте бөлімге ауыстырылды (Ребенок переведен в отделение)

Күні (Дата) \_\_\_\_\_ сағ.(час) \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

СЫРТАРТПА  
АНАМНЕЗ

Жалпы сырқаттар (Общие заболевания) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ерінің денсаулығы (Здоровье мужа) \_\_\_\_\_

Етеккірі (Менструация): басталуы (с) \_\_\_\_\_ жастан (лет)

Жыныс қатынасының басталуы (Начало половой жизни с) \_\_\_\_\_  
жастан (лет)

Гинекологиялық сырқаттары (Гинекологические заболевания)

\_\_\_\_\_

Алдыңғы жүктіліктері (босану, аборттар күндері, асқынулары,  
оперативтік жәрдем, нәрестелерінің салмағы) (Предыдущие беременности  
(даты родов, аборт, осложнения, оперативные пособия, масса (вес)  
новорожденных) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Қанша баласы бар (Сколько детей):

тірі (живых) \_\_\_\_\_

өлі туған (мертворожденных) \_\_\_\_\_

қайтыс болғандар (умерло) \_\_\_\_\_

БОСАНУ АҒЫМЫ  
(ТЕЧЕНИЕ РОДОВ)

Толғақ басталды (Схватки начались) \_\_\_\_\_

Қағанақ суы кетті (Воды отошли) \_\_\_\_\_

Судың мөлшері мен сапасы (Качество и количество о/вод) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Толық ашылуы (Полное открытие) \_\_\_\_\_

Күшену басталуы (Начало потуг) \_\_\_\_\_

Бала туылды (Ребенок родился):

Бірінші (Первый): күні (дата) \_\_\_\_\_ 20\_\_ ж/г

сағ.(час) \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_

Тірі, өлі, басымен, теріс келуі, аяқпен келуі (астын сызыңыз)

(Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками (подчеркнуть))

Тірі туу межелері: тынысы, жүрек қағу, кіндік бауының солқылдауы, бұлшық еттерінің жиырылуы (астын сызыңыз)

Критерии живорождения: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольное сокращение мускулатуры (подчеркнуть)

Жынысы (Пол) \_\_\_\_ Салмағы (+Масса) \_\_\_\_\_ гр.Бойы (Рост) \_\_\_\_ см

Бас шеңбері (Окружность головки) \_\_\_\_ см, кеуденің (груди) \_\_ см

Екінші (Второй): күні (дата) \_\_\_\_\_ 20\_\_ ж/г

сағ.(час) \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_

Тірі, өлі, басымен, теріс келуі, аяқпен келуі (астын сызыңыз) (Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками (подчеркнуть)

Тірі туу/туылу критериялар/ межелері/ шарттарын: тынысы, жүрек қағу, кіндік бауының солқылдауы, бұлшық еттерінің жиырылуы (астын сызыңыз)

Критерии живорождения: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольное сокращение мускулатуры (подчеркнуть)

Жынысы (Пол) \_\_\_\_ Салмағы (Масса) \_\_\_\_\_ гр.Бойы (Рост) \_\_\_\_ см

Бас шеңбері (Окружность головки) \_\_\_\_ см, кеуденің (груди) \_\_\_\_ см

Акушерка \_\_\_\_\_

Бала жолдасының түсуі: өз еркімен, бөлінді, қолмен алынды, әдіс қолданылды

(Послед. выделился: самостоятельно, отделен, удален рукою, применен прием) \_\_\_\_\_ арқылы/через

\_\_\_\_\_ сағ/час \_\_\_\_\_ мин

Бала орны бүтін, күмәнді (Детское место целое, под сомнением)

Барлық қабықтары түгел, күмәнді (Оболочки все, под сомнением) \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Бала жолдасының макроскопиясы (Макроскопия последа) \_\_\_\_\_

Кіндік: ұзындығы (Пуповина): длина \_\_\_\_\_ см.

оралуы/обвитие вокруг \_\_\_\_\_

ерекшеліктері/особенности \_\_\_\_\_

Босану кезіндегі қансырау (Кровопотеря в родах) \_\_\_\_\_ мл

Психопрофилак. дайындық, қандай дәрімен жансыздандырылды: немен

(Психопрофилак. подготовка, медикамент. обезболивание: чем) \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ әсері толық, аздаған, әсері жоқ (астын сызыңыз) (эффект полный, частичный, без эффекта (подчеркнуть)).

Босану ұзақтығы (Продолжительность родов)

Жалпы (Общая) \_\_\_\_\_ I кезең (пер). \_\_\_\_\_ II кезең (пер).

\_\_\_\_\_ III кезең ( пер.) \_\_\_\_\_

Баланы қабылдаған (акушерка, дәрігер) (Приняла ребенка (акушерка, врач)) \_\_\_\_\_

Бала жолдасын қараған (Послед осматривал) \_\_\_\_\_

Кезекші дәрігер (Деж. врач) \_\_\_\_\_

Акушер (Акушерка) \_\_\_\_\_

Осы жүктіліктің ағымы мен асқынулары (Течение и осложнения настоящей беременности) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Түскен кездегі жағдайы, сыртқы қарау деректері (Состояние при поступлении, данные наружного осмотра): \_\_\_\_\_

Жүрек (Сердце) \_\_\_\_\_

Тамыр соғуы (Пульс) \_\_\_\_\_

Оң қолда АҚҚ (АД на правой руке) \_\_\_\_\_

Сол қолда (на левой) \_\_\_\_\_

Тыныс алу ағзалары (Органы дыхания) \_\_\_\_\_

Ас қорыту ағзалары (Органы пищеварения) \_\_\_\_\_

Несеп- жыныстық жүйесі (Мочеполовая система) \_\_\_\_\_

Несеп қайнатқан кезде (Моча при кипячении) \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

Босану тарихына № \_\_\_\_\_ жапсырма бет № 1

Вкладной лист № 1 к истории  
родов № \_\_\_\_\_  
Азаматша (гр-ка) \_\_\_\_\_

**ЖҮКТІЛІКТІҢ, БОСАНУДЫҢ АҒЫМЫ  
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ**

Күні, сағ. Дата, час	Жағдайы Состояние	Ескерту Примечание





**ТАРТОГРАММА**

	Фамилия Дата поступления	Беременность время поступления	Начало родов время окончания вод
Сердце-	180 170 160 150 140 130 120 110 100		
бление			
плоды			
Окислительная вода			
Конфигурация головки			
Раскрытие шейки матки	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	Активная фаза Период бодрости Период действия	
Прохладение плоды плода		Латентная фаза	
Ночью			
Магочные сокращения каждые 10 мин.	5 4 3 2 1		
Окислитель и в/в внимание			
Полученные лекарствен- ные средства			
Пульс	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60		
АД			
Температура			
Моча { Прогли Ацетон Объем			

Босану тарихына № \_\_\_\_\_ жапсырма бет № 4  
Вкладной лист № 4 к истории родов № \_\_\_\_\_  
Босанушы (Родильницы) \_\_\_\_\_

Қосымша зерттеу әдістері, басқа мамандардың кеңесі  
(Дополнительные методы обследования и консультации специалистов)

Күні, сағ. Дата, час	Жағдайы Состояние	Ескерту Примечание




Шыққан, ауыстырылған кездегі жағдайы (Состояние при выписке, переводе) \_\_\_\_\_

Еңбекке жарамсыздық парағы берілді (Выдан листок нетрудоспособности)

№ \_\_\_\_\_  
 20\_\_ ж. (г.) "\_\_" \_\_\_\_\_ бастап (с) 20\_\_ ж. (г.) "\_\_" \_\_\_\_\_ дейін (по)

Нәресте (Новорожденный) \_\_\_\_\_ шықты (выписан) 20\_\_ ж. (г.) "\_\_" \_\_\_\_\_

Қайда және қашан ауыстырылды (Переведен куда и когда)

\_\_\_\_\_ Аустырылған кездегі диагнозы (Диагноз при переводе)

Нәресте қайтыс болды (Новорожденный умер) \_\_\_\_\_ жынысы (пол)

20\_\_ ж. (г.) "\_\_" \_\_\_\_\_ күні (дата)

Өлі туылды (астын сызыңыз) (Мертворожденный (подчеркнуть)) \_\_\_\_\_ сағ.(час) \_\_\_\_\_ мин. 20\_\_ ж. (г.) \_\_\_\_\_ күні (дата)

Нәрестенің қайтыс болған кезінде немесе өлі туған кезде (В случае смерти новорожденного или мертворождения): Патологоанатомиялық диагнозы (Диагноз патолого-анатомический): \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) \_\_\_\_\_ қолы (подпись)

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) \_\_\_\_\_ қолы (подпись)

A4 форматы  
 Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 097/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**НӘРЕСТЕҢІҢ ДАМУ ТАРИХЫ**  
**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО № \_\_\_\_\_**

	анасы мать	әкесі отец	нәресте ребенок
қан тобы группа крови			
резус-тиістілік резус-принадлежность			

Нәрестенің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество  
новорожденного) \_\_\_\_\_

Анасының тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество матери)

\_\_\_\_\_ Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_ Кәсібі (Профессия) \_\_\_\_\_

Некенің тіркелуі (астын сызыңыз) (Брак зарегистрирован (подчеркнуть):  
иә (да), жоқ (нет)

Тұрақты мекенжайы, тел.(Постоянное место жительства, телефон)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	күні число	айы месяц	жылы год	сағ. час	мин	Қабылдау журналы (Приемный журнал) № _____
Туылды Родился						Нәресте палатасы (Палата ребенка ) № _____
Түсті Поступил						Нәресте кереуеті (Кровать ребенка) № _____
Шықты Выписан						Анасының палатасы (Палата матери ) № _____ Анасының кереует (Кровать матери ) № _____
Қайтыс болды Умер						Нәресте ауыстырылған палата ( Ребенок переведен в палату) _____
Ауыстырылды Переведен						_____ төсек (кровать) № _____ Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____

Қайда Куда						Төсек-күндер саны (Проведено койко-дней)
---------------	--	--	--	--	--	---

**Нәрестенің қорытынды диагнозы  
(Заключительный диагноз новорожденного)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Анасының жағынан тұқым қуалаушылық (Наследственность со стороны матери) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ әкесі жағынан (отца)

**ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ АКУШЕРЛІК АНАМНЕЗ  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ И АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ**

Нешінші жүктілік (Которая беременность) \_\_\_\_\_

нешінші босану (которые роды) \_\_\_\_\_

Жүктілік кезіндегі сырқаттары мен асқынулары (Заболевания, осложнения во время беременности) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Босануы: I кезеңнің ұзақтығы (Роды: продолжительность I пер.) \_\_\_\_\_ II кезең (II пер .) \_\_\_\_\_

Босану ағымының ерекшеліктері, операциялар (особенности течения, операции) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Анестезия және ауыртпайтын дәрі-дәрмектер қолданылды ма? (егер "иә", көрсетіңіз/жазыңыз қандай) (Применялись ли анестезия и анальгизирующие средства? (если "да", то указать какие)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Сусыз аралық (Безводный промежуток) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Қағанақ суының сипаты (Характеристика околоплодных вод)

Акушерлік қорытынды диагнозы (/Диагноз заключительный акушерский

Жынысы Пол	Тірі, өлі туылды Родился живой мертвый	Мерзімінде , мерзімінен бұрын туған Доношен. Недоношен	Салмағы Масса (вес)	Бойы Рост	Шеңбері / Окружность		Асфиксия	
					басының голови	кеудесінің грудн	ұзақтығы продолжительность	тірілту шаралары Меры реанимации

Тірі туу шарттары (Критерии живорождения) (+, -)

Тынысы/ Дыхание	Жүрек соғуы/ Сердцебиение	Кіндік тамарының соғуы/ Пulsация пуповины	Бұлшық етінің жиырылуы Произвольное сокращение мускулатуры

Апгар шкаласы бойынша нәрестенің жағдайын бағалау  
Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Туылғаннан кейінгі уақыт Время после рождения	Жүрек қағысы Сердцебиение	Тыныс алуы Дыхание	Терісінің түсі Окраска кожи	Бұлшық ет тонусы Тонус мышц	Рефлекстері Рефлексы	Бағасы баллмен Оценка в баллах

Емшек емізуді бастау уақыты қашан (Когда приложен к груди после родов) \_\_\_\_\_

Емшек берілген жоқ (себебі) (К груди не приложен (причина) \_\_\_\_\_

Даму кемістіктері (Пороки развития) \_\_\_\_\_

Босану кезіндегі зақымдануы (Родовые травмы) \_\_\_\_\_

Гонобленнореяның алдын алу (дәрінің аты, сағаты) (Профилактика гонобленнореи (название медикамента, время)) \_\_\_\_\_

Кезекші акушер (Дежурная акушерка) \_\_\_\_\_

Кезекші дәрігер (Дежурный врач) \_\_\_\_\_

Нәрестелер бөлімшесіне ауыстырылды (Ребенок переведен в отделение новорожденных) \_\_\_\_\_

Ауыстырылу күні (дата перевода) 20\_\_ ж.(г.) "\_\_" \_\_сағ./час \_\_ мин.  
Босану залынан ауыстырылғандағы нәрестенің жағдайы (Состояние ребенка при переводе из родзала) \_\_\_\_\_

Терісінің түсі, айғайының сипаттамасы (цвет кожных покровов, характер крика) \_\_\_\_\_

Нәрестені өткізген акушер (Ребенка сдала акушерка) \_\_\_\_\_

Нәрестені қабылдаған және өңдеген мейірбике (Приняла и провела обработку мед.сестра \_\_\_\_\_

Алдын-ала қойылған диагноз (Диагноз предварительный) \_\_\_\_\_

Күні/Дата \_\_\_\_\_ Кезекші дәрігер/Дежурный врач \_\_\_\_\_

**Нәрестелер (бөлімшесінде) палатасында нәрестені  
алғашқы рет қарау  
Первый осмотр ребенка в палате (отделении \_\_\_\_\_)  
новорожденных детей**

20\_\_ ж/г "\_\_" \_\_\_\_\_ сағ/час \_\_\_\_\_ мин  
қарау күні(дата осмотра)

Жалпы жағдайы (нәрестенің жатқан жатысы, айғайының сипаттамасы, тремор, бұлшық ет тонусы) (Общее состояние (положение ребенка, характер крика, тремор, мышечный тонус)) \_\_\_\_\_

Тері қабаты (Кожные покровы) \_\_\_\_\_

Көрнекі жылбысқы қабықтар (Видимые слизистые) \_\_\_\_\_

Кіндігінің қалдығы (Пуповинный остаток) \_\_\_\_\_

Басы (үйлесу жерлері, еңбектері, босану кезіндегі ісік) (Головка (швы, роднички, родовая опухоль) \_\_\_\_\_

Көкірек клеткасының қалпы (Форма грудной клетки) \_\_\_\_\_

Емшек емізуді бастау уақыты (Когда приложен к груди) \_\_\_\_\_

Емізу жиілігі (частота кормления), \_\_\_\_\_

Емшекті қалай сорады (как сосет грудь)? \_\_\_\_\_

Емшек берілген жоқ (себебі) (К груди не приложен (причина) \_\_\_\_\_

Тыныс алуы. Өкпесінің жағдайы. Тыныс жеткіліксіздігін Сильверман шкаласы бойынша бағалау (Дыхание. Состояние легких. Оценка по шкале

Сильвермана при дыхательной недостаточности)

---

---

---

---

---

Жүрек (шекарасы, шулардың бар-жоғы, ырғақ сипаттамасы) (Сердце (границы, наличие шумов, характер ритма

\_\_\_\_\_ Тамыр соғуы (Пульс) \_\_\_\_\_

Жүйке жүйесі (Нервная система) \_\_\_\_\_

Іш қуысы ағзалары (Органы брюшной полости) \_\_\_\_\_

Мекониидің кетуі (Отхождение мекония) \_\_\_\_\_

Несеп шығару (Мочеиспускание) \_\_\_\_\_

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы) \_\_\_\_\_

Анустың бар болуы (Наличие ануса) \_\_\_\_\_

Жамбас-сан буындарының жағдайы (Состояние тазобедренных суставов)

---

---

---

---

---

**ҚОРЫТЫНДЫ және алдын-ала қойылған диагноз  
(Заключение и предварительный диагноз)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Тағайындалымдар мен оларды негіздеу (Назначение и их обоснование)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Кезекші дәрігер/Дежурный врач \_\_\_\_\_

Мейірdbикенің нәрестені бақылау кезіндегі деректері  
 Данные наблюдения медицинской сестры за новорожденным

Күні Дата	Өмірінің күні День жизни	t θ	Салмағы Масса (вес)	Жағдайының өзгеруі Изменение состояния			Сору рефлексінің белсенділігі Активность сосательных рефлексов	Үлкен дәрет сипаттамасы Характер стула	Несеп шығар Мочеиспускание
				Асфиксия ұстамасы болуы Наличие приступов асфиксии (апноэ)	Жылбысқы қабық слизистая				
					көздің глаз	ауыздың рта			
	1	т у							
		к в							
	2	т у							
		к в							

Егу/Вакцинация

Екпенің атауы Наименование вакцины	КүніДата	Өмірінің күні День жизни	Дозасы Доза	екпе сериясының № серии вакцины	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Егуге серпіліс Реакция на прививку	Қолы Подпись
Вирусты гепатитке қарсы Против вирусного гепатита							
Туберкулезге қарсы екпе Противотуберкулезная							
Полиомиелитке қарсы Против полиомиелита							

Анасының қолы (Подпись матери) \_\_\_\_\_

Егу жүргізілмеді (себебін көрсетіңіз) (Прививка не проводилась (указать причину)) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---

**Тұқым қуалайтын аурулар скринингі  
(Скрининг на наследственную патологию)**

№	Атауы (Наименование)	Қан алу күні (Дата забора крови)	Нәтижесі (Результат)
1	ФКУ		
2			

№ 097/е н. 5 беті  
стр. 5 ф. № 097/у

Нәресте тарихына жапсырма парақ  
(Вкладной лист к истории новорожденного) № \_\_\_\_\_  
Анасының тегі, аты, әкесінің аты  
(Фамилия, имя, отчество матери) \_\_\_\_\_

**ПЕДИАТР-ДӘРІГЕРДІҢ КҮНДЕЛІГІ/ДНЕВНИК ВРАЧА-ПЕДИАТРА**

Күні Дата	Өмірінің күні День жизни	Қараудың, зерттеудің деректері Данные осмотра. обследования	Тағайындалымдар Назначения

№ 097/е н. 6 беті  
стр. 6 ф. № 097/у

Күні Дата	Өмірінің күні День жизни	Қараудың, зерттеудің деректері Данные осмотра. обследования	Тағайындалымдар Назначения



Күні Дата	Өмірінің күні День жизни	Қараудың, зерттеудің деректері Данные осмотра. обследования	Тағайындалымдар Назначения

**Эпикриз** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Шыққандағы (ауыстырылғандағы) нәрестенің жағдайы (Состояние ребенка при выписке (переводе)) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Учаскелік дәрігерге ұсыныстар (Рекомендации участковому врачу)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Баланы шығарған (ауыстырған) күні (Дата выписки ребенка (перевода))  
20\_\_ ж.(г.) "\_\_" \_\_\_\_\_

Баланың тууы туралы анықтаманы алдым (Справку о рождении ребенка получила) 20\_\_ ж.(г.) "\_\_" \_\_\_\_\_  
Анасының қолы/подпись матери \_\_\_\_\_

Жеке куәлік (Удостоверение личности)№ \_\_\_\_\_  
Берілген күні (Дата выдачи) \_\_\_\_\_  
Куәлік берген мекеме(Кем выдано) \_\_\_\_\_

Күні (Дата) \_\_\_\_\_ нәрестені бердім (передала ребенка) \_\_\_\_\_  
мейірбикенің қолы (подпись м/с) \_\_\_\_\_



Р / с № п / п	Босану тарихы мен нәрестенің даму тарихының № истории родов и истории развития новорожденного	Бала бөлімшеге қайдан түсті және түскен күні Откуда ребенок поступил в отделение и дата поступления	Анасының тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество матери и отца	Қаланың, ауылдың тұрғыны (көрсетіңіз) Жительница города, сельской местности (указать)	Туған күні ( күні, айы, сағ., мин.) Дата рождения (число, мес. час, мин.)	Жынысы Пол	Туған кездегі При рождении			
							Салмағы Масса	Бойы Рост	Апгар шкаласы бойынша бағалау Оценка по Апгар	Бала мерзімінде, мерзімінен бұрын туылды Ребенок донош. недоношен.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Нәрестелік кезеңінің ағымы науқастанып ( сырқаттанып) туған балалар үшін клиникалық диагнозы Течение периода новорожденности, клинический диагноз для детей, родившихся больными (заболевшими)	Туберкулезге қарсы егу: иә, жоқ Вакцинация БЦЖ да, нет	Аяқталуы Исход	Шыққанда ( ауыстырылғанда) При выписке (переводе)		Баланың шыққаны туралы, балалар емханасына хабарланғаны туралы белгі (иә, жоқ) Отметка об уведомлении детской поликлиники о выписке ребенка да, нет)	Ескерту (басқа ұйымға ауыстырылғанда, көрсеткіштері, басқа мәліметтер) Примечание ( при переводе в др. организацию, показания, другие сведения)
		Шықты, ауыстырылды ( қайда), қайтыс болды, күнін көрсетіңіз Выписан, переведен(куда), умер (указать дату	Жағдайы ( жалпы жағдайы), қанының, кіндік қалдығынын және т.б. жағдайы Состояние ( общ. состояние), сост. крови, пуповинного остатка и др.	Баланың салмағы Масса ( вес) ребенка		
12	13	14	15	16	17	18

Приложение 2 к приказу  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 2 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 06.03.2013 № 127 (вводится

в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.07.2016 № 665 (вводится в действие с 01.01.2017).

A4 форматы  
формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 001-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Күндізгі стационардағы (емханадағы,  
ауруханадағы) науқастарды есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ**

**учета больных дневного стационара (поликлиники, больницы)**

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Домашний адрес	Диагноз
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Емдеудің басталу күні Дата начала лечения	Емдеудің аяқталу күні Дата окончания лечения	Емделген күндер саны Количество дней лечения	Емдеу немен аяқталды Исход лечения	Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы парақ Листок временной нетрудоспособности
6	7	8	9	10

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 001-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Консультацияға, диагностикалық зерттеуге**

(керектісінің астын сызыңыз)

**ЖОЛДАМА**

№ \_\_\_\_\_

**НАПРАВЛЕНИЕ**

на консультацию, диагностическое исследование (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ жолдаған емдеу-алдын алу ұйымының атауы (наименование направляющей  
лечебно-профилактической организации)

Жолданады (Направляется в) \_\_\_\_\_

ЕПҰ, бөлімше кабинет атауы (наименование  
ЛПО, отделение, кабинет)

Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество, ИНН) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Амбулаторлық картаның/ауру тарихының № (амбулаторной карты/ № истории  
болезни) \_\_\_\_\_

Мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы) \_\_\_\_\_

Диагноз:	Код МКБ-10 ХАЖ-10 коды

Для \_\_\_\_\_ үшін

Консультациялар, диагностикалық зерттеу (консультации,  
диагностическое исследование)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги) \_\_\_\_\_

Тарификатордан алынатын қызметтер коды мен атауы (Код и наименование  
услуги из тарификатора) \_\_\_\_\_

Қаржыландыру көзі (Источник финансирования)

Республикалық бюджет, жергілікті бюджет, ақылы қызметтер, ЕМҚ шарты бойынша, басқалар (Республикаский бюджет, местный бюджет, платные услуги, по договору ДМС, прочее)

Құжат (Документ) \_\_\_\_\_  
Сақтандыру полисінің нөмірі, сақтандыру ұйымының коды немесе басқада құжаттары \_\_\_\_\_  
(№ страхового полиса, код страховой организации или др.документы)

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_  
қолы (подпись)

ТАӘ, дәрігердің коды (ФИО, код врача) \_\_\_\_\_

4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 003-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 022-2/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 022-2/у Утверждена приказом

Ұйымның атауы Наименование организации	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907
---	---

**ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТЫ ҚОЛДАНУ ЖӘНЕ МАС БОЛУ КҮЙІ ФАКТИСІН  
АНЫҚТАУ ҮШІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КУЭЛАНДЫРУДЫ ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ  
МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ФАКТА  
УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА И СОСТОЯНИЯ ОПЬЯНЕНИЯ**

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
басталды (начат) аяқталды (окончен)

р.с .№ п/п	Куәландыруды өткізу күні және уақыты Дата и время проведения освидательствования	Куәландыратын тұлғаның ТАӘ ФИО освидательств- уемого лица	Туған жылы (жасы) Год, рождения (возраст)	Тұрғылықты жері Место жительства	Куәландыратын тұлғаның жеке басын куәландыратын құжат атауы, нөмірі Наименование, номер документа, удостоверя- ющего личность освидательств- уемого лица	Жұмыс орны және лауазымы Место работы и должность
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Куәландыруға қашан, кім жіберді Когда, кем направлен на освидательств- ование	Тұлғаны жеткзген құжат сериясы, нөмірі, ресми жолдама нөмірі Серия, номер документа доставившего лица, номер официального направления	Куәландыруға жіберу себебі Причина направления на освидательств- ование	Осы факт бойынша куәландыру, бірінші, қайталап Освидательств- ование по данному факту первичное, повторное	Акт нөмірі және куәан- дыру нәтижесі Номер акта и результат освидательств- ования	Куәландыру өткізген дәрігердің (медициналық қызметкердің) тегі, қолы Фамилия врача (медицинского работника), проводившего освидательств- ование, подпись
8	9	10	10а	11	12

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Амбулаториялық, стационарлық (астын сызыңыз) науқастың  
медициналық картасынан  
КӨШІРМЕ  
ВЫПИСКА  
из медицинской карты амбулаторного, стационарного  
(подчеркнуть) больного**

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес  
организации куда направляется выписка)

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество больного)

2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_

4. Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий) \_\_\_\_\_

5. Күндері: а) амбулатория бойынша: сырқаттары (Даты: а) по  
амбулатории: заболевания) \_\_\_\_\_

стационарға жіберілуі (направления в стационар) \_\_\_\_\_

б) стационар бойынша: түсуі (по стационару: поступления)  
шығуы (выбытия) \_\_\_\_\_

6. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз  
(основное заболевание, сопутствующее осложнение) \_\_\_\_\_





\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ Емдеуші дәрігер (Лечащий врач)

\_\_\_\_\_

А6 форматы  
Формат А6

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 028/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 028/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің\***  
**ҚОСЫМША ПАРАҒЫ**  
**ВКЛАДНОЙ ЛИСТ**  
**учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях\***

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Р/с № № п/п	Күні Дата	Зерттеу түрі Вид исследования	Бір зерттеу үшін тиімді эквивалентті доза (мЗв) Эффективно эквивалентная доза за одно исследование (мЗв)

Рентгенолог-дәрігердің ТАӘ (ФИО врача-рентгенолога) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ қолы (подпись)

\_\_\_\_\_

\*Парақ стационарлық (амбулаториялық) науқастың медициналық картасына немесе баланың даму тарихына жапсырылады.

(\*Лист вклеивается в медицинскую карту стационарного (амбулаторного) больного или историю развития ребенка

A4 форматы

Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 029/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 029/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ЕМШАРАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**УЧЕТА ПРОЦЕДУР**

Бөлме (Кабинет) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

ЕСКЕРТПЕ: Бір жолғы емшаралар үшін жеңілдетілген нысандағы журналды жүргізуге болады, онда 5 - бағаннан кейін емшара жүргізілген күнді белгілеу үшін тек бір баған болады.

ПРИМЕЧАНИЕ:

(Для разовых процедур можно вести журнал упрощенной формы, в котором после гр. 5 оставляется только одна графа для отметки даты проведения процедуры)

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Жасы Возраст	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	емшаралардың атауы (препарат) Наименование процедуры (препарат)	Тағайындалған емшаралар саны Количество назначенных процедур	Д о з а
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Емшалар жүргізілген күндер Даты проведения процедур																		
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

**ЕКШ-ы БАР НАУҚАСҚА ЖОЛДАМА  
ПАМЯТКА ДЛЯ БОЛЬНОГО С ЭКС**

**НАУҚАСТЫҢ НАЗАРЫНА!**

Кардиостимулятор қойылған науқастар өз жасына сәйкес, жеңіл жұмыстарға араласып, басқалармен қатар өмір сүре береді. Аппаратты күн сайын қан тамыры соғуымен (міндетті түрде 1 минут бойы) немесе айына 1 рет ЭКГ арқылы тексеру ұсынылады. Басқарылатын аппараттардың бақылау ырғағын теріге магнит қойып өлшеу керек. Бақылау ырғағы бастапқыдан минутына 8 импульске ауытқуы аппараты ауыстырудың қажеттілігін айғақтайды. Ауыр жұмыс істеуге, шалт қимылдауға, күшті электромагнитті бөгелуі мен дірілі бар жұмыстармен айналысуға болмайды.

**ВНИМАНИЮ БОЛЬНОГО!**

Больной с кардиостимулятором может вести обычный образ жизни в соответствии с возрастом и выполнять легкую физическую работу. Рекомендуется еженедельная проверка аппарата по пульсу (считать обязательно в течение 1 минуты) или ЭКГ 1 раз в месяц. У управляемых аппаратов контрольный ритм измерять при наложении на кожу магнита. Изменение контрольного ритма на 8 импульсов в минуту от исходного свидетельствует о необходимости замены аппарата. Противопоказаны тяжелые физические нагрузки, резкие движения, работа, связанная с вибрацией, повышенные электромагнитные помехи.

**Шұғыл жағдайлардағы ұсыным**

**Рекомендации при неотложных случаях**

Жүрек қағысының күрт баяулап, есінен танып ұстамасы ұстаған кезде, шұғыл хирургиялық көмек көрсетілгенге дейін симпатомиметикалық препараттар қабылдау керек, мысалы: тілдің астына изадриннің  $1/4-1/2$  таблеткасын үш сағат сайын. Тері астына 0,5 мл. 0,1% атропин немесе эфедрин ерітіндісін енгізу қажет. При резком замедлении ритма сердечных сокращений, появлении приступов с потерей сознания до оказания экстренной хирургической помощи необходимо принимать симпатомиметические препараты, например изадрин

под язык по  $1/4-1/2$  табл. через 3 часа.

Подкожно ввести 0,1% раствор атропина или эфедрина по 0,5 мл.

Шұғыл медициналық көмек көрсететін ең жақын аурухананың мекенжайы  
(диспансерлік қадағалауға тұрған ұйымда толтырады)  
Адрес ближайшей больницы для оказания неотложной медицинской помощи  
(заполняется по месту диспансерного наблюдения)

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу**  
**ЖУРНАЛЫ**  
**ЖУРНАЛ**  
**для записи заключений врачебно-консультационной комиссии**  
**20\_\_ жылғы (года)**

К ү н і Д а т а	Науқасты жіберген дәрігердің тегі Фамилия врача, направившего больного	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Туған күні Дата рождения	Науқастың мекенжайы Адрес больного	Жұмыс орны (кәсіпорынмен цехтың, ұйымның аты) Место работы (название предприятия и цеха, организации)	Кәсібі (атқаратын жұмысы, лауазымы) Профессия (выполняемая работа, должность)	
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Науқастың ДКК-ға жіберілу диагнозы немесе себебі Диагноз или повод, по которому больной представлен на ВКК	Еңбекке жарамсыздық парағының № листка нетрудоспособности	Осы диагноз бойынша еңбекке жарамсыздық күндер саны Число дней нетрудоспособности по данному диагнозу	Комиссия қорытындысы (диагнозы, арнаулы емделуге жолдау, жұмысын ауыстыру, еңбекке жарамсыздық парағы қанша күнге ұзартылды, МЭС-ке жолдану күні, МЭС қорытындысы және т.б.) Заключение комиссии (диагноз, направление на спец. лечение, перемена работы, число дней продления листка нетрудоспособности , дата направления на МСЭ, заключение МСЭ и т.д.	Комиссия мүшелерінің қолы Подписи членов комиссии	Ескерту Примечания
9	10	11	12	13	14

A4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министірілігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Дәрігерлік – консультациялық комиссияның қорытындысы**  
**Заключение врачебно – консультационной комиссии № \_\_\_\_\_**  
**от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

Жеке тұлғаға берілді (Выдана физическому лицу)

Тегі (Фамилия) Аты (Имя)

Әкесінің аты (Отчество)

Туған күні (дата рождения) \_\_\_\_\_ Жынысы (пол) \_\_\_\_\_  
Үйінің мекенжайы, телефоны (домашний адрес, телефон)

Жұмыс орны (место работы)

Диагнозы

Дәрігерлік - консультациялық комиссияның қорытындысы (заключение  
врачебно - консультационной комиссии) \_\_\_\_\_

Комиссия төрағасы (председатель комиссии) \_\_\_\_\_  
(ТАӘ) (ФИО) қолы (подпись)

Хатшы (секретарь)

(ТАӘ) (ФИО) қолы (подпись)

М.О  
М.П.

Форма

A4 форматы  
Формат A4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23 » қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035- 2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 035-2/у утверждена приказом и.о. Министра

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АНЫҚТАМА  
СПРАВКА

Берілген күні/дата выдачи 20 ж./г. «...».....

1. Т.А.Ә./Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
(в соответствии с документами,  
удостоверяющими личность)

1-1. ЖСН/ИИН \_\_. \_\_.

2. Туған күні/дата рождения: \_\_\_\_\_ күні/число \_\_\_\_\_ айы/месяц \_\_\_\_\_ жылы/год

3. Мекен жайы/адрес (место постоянного жительства):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Диспансерлік есепте тұратыны//На диспансерном учете: состоит/не состоит (нужное подчеркнуть).

Мердің орны Место печати	Анықтама берген дәрігердің Т.А.Ә/ Ф.И.О. врача, выдавшего справку _____ _____	Қолы/ Подпись _____
-----------------------------	---	---------------------------

Күні 20 \_\_\_\_ жылғы « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Форма

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23 » қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035- 3/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 035-3/ у утверждена приказом и.о. Министра



Ұйымның атауы  
Наименование организации

здравоохранения Республики Казахстан «23»  
ноября 2010 года № 907 \_\_\_\_

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ЕурАзЭҚ кіретін елдердегі еңбекші-мигранттың  
денсаулық жағдайы жөніндегі медициналық қорытынды  
Медицинское заключение о состоянии здоровья  
трудящегося-мигранта государства-члена ЕврАзЭС \_\_\_\_№

место для фотографии

\_\_\_\_\_

қорытынды беретін мекеменің (ұйымның)  
атауы және мекенжайы  
(наименование и адрес учреждения  
(организации), выдавшего заключение)

1. Т.А.Ә. (толықтай) /  
Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_
2. Жынысы / Пол \_\_\_\_\_
3. Туған күні / Дата рождения \_\_\_\_\_
4. Жеке басты куәландыратын құжат/  
Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(құжаттың түрі, нөмірі, берілген күні және  
берген мекеме, ЖСН/  
вид документа, номер, дата выдачи  
и кем выдан, ИИН)

5. Тұрғылықты мекенжайы /  
Адрес постоянного места жительства \_\_\_\_\_

6. Тексеру нәтижесі / Результаты обследования\*:

6.1. АИТВ инфекциясы: анықталды/анықталған жоқ\*\*/ ВИЧ - инфекция:  
выявлено/не выявлено\*\*

6.2. ЖЖБИ (мерез, венериялық лимфогранулема (донованоз), шанкроид):  
анықталды/анықталған жоқ \*\* / ИППП (сифилис, венерическая  
лимфогранулема (донованоз), шанкроид):  
выявлено/не выявлено\*\*

6.3. Алапес (Гансен ауруы) анықталды/анықталған жоқ \*\* / Лепра  
(болезнь Гансена): выявлено/не выявлено\*\*

6.4. Психикалық аурулардың, нашақорлықтың белгілері:  
анықталды/анықталған жоқ \*\* / Признаки психических заболеваний,

наркомании:

выявлено/не выявлено\*\*

6.5. Туберкулез: анықталды/анықталған жоқ \*\* / Туберкулез: выявлено/не выявлено\*\*

Мемлекеттік денсаулық сақтау мекемесінің (ұйымының) басшысы /  
Руководитель государственного учреждения (организации)  
здравоохранения:

\_\_\_\_\_  
(Т.А.Ә., қолы / Ф.И.О., подпись)

М.О./ М.П.

Ескертпе:

\*18 жасқа дейінгі баламен жатқан жағдайда 6.1-6.5-тармақшалары бойынша мәлімет, сонымен қатар АҚДС, полиомиелитке, қызылшаға, қызамыққа, паротитке, «В» вирустық гепатитіне, туберкулезге қарсы жасалған егулер (ауырған аурулары) жөніндегі мәлімет, соңғы 3 жылдық туберкулез диагностикасының нәтижелері ұсынылады

\*\* қажетінің астын сызыңыз.

Примечание:

\*в случае пребывания с ребенком в возрасте до 18 лет предоставляются сведения по п.п. 6.1-6.5, а также сведения о наличии проведенных ранее прививках (перенесенных заболеваниях) – АҚДС, против полиомиелита, кори, краснухи, паротита, вирусного гепатита «В», туберкулеза, результаты туберкулинодиагностики за 3 последних года

\*\* нужно подчеркнуть.

Толтыру күні / Дата заполнения:

20 \_\_ ж. « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ /  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Қолданылу мерзімі: 3 ай /

Срок действия: 3 месяца

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 036/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 036/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

**ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗДЫҚ ПАРАҚТАРЫН ТІРКЕУ  
КІТАБЫ  
КНИГА  
РЕГИСТРАЦИИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

Р / с № п / п	Осы емдеу ұйымы берген еңбекке жарамсыздық парағының № № листка нетрудоспособности выданного данной мед.организацией		Басқа емдеу ұйымы берген еңбекке жарамсыздық парағының № № листка нетрудоспособности выданного другой мед.организацией		Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Туған күні Дата рождения	Науқастың мекенжайы Адрес больного	Жұмыс орны мен атқаратын жұмысы Место работы и выполняемая работа
	бірінші первый	жалғасуы продолжение	бірінші первый	жалғасуы продолжение				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

Диагнозы		Дәрігердің тегі Фамилия врача		Жұмыстан босатылуы Освобожден от работы		Барлық жұмыстан босатылған күндері Всего календарных дней освобождения от работы	Науқасты басқа емдеу ұйымдарына жіберу туралы белгілер Отметка о направлении больного в другие лечебные организации
алғашқы первичный	қорытынды заключительный	еңбекке жарамсыздық парағын берген выдавшего листок нетрудоспособности	еңбекке жарамсыздық парағын аяқтаған закончившего листок нетрудоспособности	қай күннен бастап с какого числа	қай күнге дейін по какое число		
10	11	12	13	14	15	16	17

Форма

--	--	--	--	--	--	--	--

A4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 038/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 038/ у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

СӨСҚ ЖӨНІНДЕГІ ІС-ШАРАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
УЧЕТА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ФЗОЖ

маманның ТАӘ лауазымы, учаске №, АЕҰ №  
(ФИО специалиста, должность, № участка, № АПО)

Р/ с № № п/ п	Күні Дата	Уақыт мөлшері Количество времени	Іс-шараның түрі Вид мероприятия	Тақырып Тема	Тыңдаушыларды қамту Охват слушателей	Тыңдаушылардың ТАӘ ФИО слушателей	Тыңдаушылардың қолы Подпись слушателей
1	2	3	4	5	6	7	8

СӨСҚ, АУРУЛАРДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ ЖӨНІНДЕГІ  
ІС-ШАРАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ ЖУРНАЛЫН  
толтыру туралы ескертпе  
ПРИМЕЧАНИЯ по заполнению  
ЖУРНАЛА УЧЕТА МЕРОПРИЯТИЙ  
ПО ФЗОЖ, ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. «Уақыт мөлшері» бағанында жиынды өткізуге жұмсалған уақытты минутпен көрсетіңіз.  
(В графе 3 «Количество времени» указать в минутах время, затраченное на проведение мероприятия).

2. «Іс-шараның түрі» бағанында деректерді біріздендіру үшін алфавит әріптерін пайдалану

ұсынылады.

(В графе 4 «Вид мероприятий» для унификации данных предлагается использование букв алфавита):

Л – лекция;

ОС – оқыту семинары (обучающий семинар);

ҚН (СП) – қабырғалық ақпаратты, плакаттарды, қабырға газеттерін ұйымдастыру немесе жаңалау (организация или обновление стендовой информации, плакатов, стенгазет; (ҚН-қабырғалық насихат (СП - Стендовая пропаганда)

ББ – буклеттер, үндеулер, үнпарақтар (үндеу, үнпарақ) тарату (раздача буклетов, брошюр, листовок);

БАҚ (СМИ) – бұқаралық ақпарат құралдарында сөйлеу (выступления в СМИ);

ДК (КЗ) – денсаулық клубтары (жас ата-аналар, диабетпен ауыратын адамдар және т.б. үшін) (клубы здоровья (для молодых родителей, диабетиков и др.));

А – түрлі медициналық-әлеуметтік зерттеулер (анкеталау) (различные медико-социальные исследования (анкетирование)).

3. «Тақырып» бағанында өткізілген жиындардың тақырыптамаларын келесі біріздендірілген бағыттырмен көрсетіңіз

(В графе 5 «Тема» указать тематику проведенных мероприятий по следующим унифицированным направлениям):

ТЕМ (ТАБ) – темекі шегудің профилактикасы (профилактика табакокурения)

НАШ (НАР) – нашақорлықтың профилактикасы (профилактика наркомании)

1. АЛК – алкоголизмнің профилактикасы (профилактика алкоголизма)
2. ФИЗ – физикалық белсенділік пен шынығу (физическая активность и закаливание)
3. ДАС (ИМТ) – дененің артық салмағы (избыточная масса тела)
4. ДМ (РП) – дұрыс тамақтану (рациональное питание)
5. ЕҚ (ВСК) – емшекпен қоректендіру (грудное вскармливание)
6. ДСБ (ДЕТ) – дені сау бала (здоровый ребенок)
7. РЕП – ұрпақту болу денсаулықты қорғау (охрана репродуктивного здоровья)
8. ЖЖ (ПС) – жанұяны жоспарлау (планирование семьи)
9. ЖТИ (ОКИ) – жіті ішек инфекцияларының профилактикасы (профилактика острых кишечных инфекций)
10. ЖТИ (ОРИ) – жіті тыныс инфекцияларының профилактикасы (профилактика острых респираторных инфекций)
11. ЖП (ПТ) – жарақаттанушылықтың профилактикасы (профилактика травматизма)
12. ҚОД (ОСЗ) – қоршаған орта мен денсаулық (окружающая среда и здоровье)
13. ТУБ – туберкулездің профилактикасы (профилактика туберкулеза)
14. ВГ – вирустық гепатиттің профилактикасы (профилактика вирусного гепатита)
15. ЖҚЖИ (ИППП) – жыныстық қатынас арқылы жұғатын инфекциялардың профилактикасы (профилактика инфекций, передающихся преимущественно половым путем)
16. ЖИТС (СПИД) – АИТВ профилактикасы (профилактика СПИД/ВИЧ)
17. СТР – стресстерді профилактикалау (профилактика стрессов)
18. СМ (ЗШ) – салауатты мектептер (лицейлер, гимназиялар) (здоровые школы (лицеи, гимназии))
19. СОО (ЗУ) – салауатты оқу орындары (университеттер, академиялар, колледждер) (здоровые учебные заведения (университеты, академии, колледжи))
20. СЖО (ЗР) – салауатты жұмыс орындары (здоровые рабочие места)
21. СЕМ (ЗГ) – салауатты елді мекендер (қалалар, аудандар, кенттер, ауылдар) (здоровые населенные пункты (города, районы, поселки, села))
22. Б (П) – басқа бағыттар (прочие направления)

4. «Тыңдаушыларды қамту» іс-шараға қатысушылар саны мен халық тобының медициналық-жастық сипаттамасын (С-сау, Д1-тәуекел факторымен, Д2-жіті патологиясымен, Д3-созылмалы патологиясымен) көрсетіп, таяқша арқылы тыңдаушылардың орта жасын көрсетіңіз

(В графе 6 «Охват слушателей» указать количество участников мероприятия и общую

медико-возрастную характеристику группы населения (З - здоровые, Д1 - с факторами риска, Д2 - с острой патологией, Д3 - с хронической патологией), через тире указать средний возраст слушателей).

5. Егер лекция қандай да бір ұйымда өткізілсе, онда тыңдаушылардың А.Т.Ә. көрсетпей-ақ, олардың санын көрсетуге болады. Ол жағдайда соңғы екі бағанда ұйымның мөрімен бекітілген басшының А.Т.Ә. мен қолы болуы тиіс.

В графе 7 (Если лекция проводилась в какой-либо организации (школа, предприятие), можно не перечислять ФИО слушателей, а только указать их количество. Тогда в двух последних графах должны стоять ФИО и подпись руководителя, заверенная печатью организации).

Дәл осы журналда келесі көрсеткіштердің көрсетілуімен ай бойы істелген жұмыс қорытындысы шығарылады (В этом же журнале подвести итоги работы за месяц, указав):

үшінші бағанда (в третьей графе) – санитариялық-ағарту жұмыстарына жұмсалған жалпы уақыт мөлшері (общее количество времени, затраченное на проведение санитарно-просветительной работы),

төртінші бағанда (в четвертой графе) – санитариялық-ағарту жұмыс түрлерінің саны ( количество видов санпросвет работы),

бесінші бағанда (в пятой графе) – СӨС түрлі бағыттары бойынша өткізілген іс-шаралар саны (количество мероприятий по различным направлениям ЗОЖ),

алтыншы бағанда (в шестой графе) – санитариялық-ағарту іс-шараларымен қамтылған халықтың жалпы саны (общее число населения, охваченного санитарно-просветительскими мероприятиями).

А5 форматы

Формат А5

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 038-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 038-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Медицина ұйымының  
ақпараттық – оқыту жұмысын тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации информационно–образовательной работы  
медицинской организации**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы  
Формат А5

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 038-2/ е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 038-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Медициналық қызметкердің**

**халық арасында СӨС насихаттау, аурулардың алдын алу жөніндегі**

**(4-сағаттық жұмыс атқаруды іске асыру)**

**жұмысын тіркеу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**регистрации работы медицинского персонала**

**по пропаганде ЗОЖ, профилактике заболеваний среди населения**

**(по реализации 4-х часовой отработки)**

**Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

A4 форматы  
Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 039-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Рентген-диагностикалық бөлімшесінің, УДЗ және  
компьютерлік томография бөлмесінің жұмысын есепке алу**

**КҮНДЕЛІГІ**

**ДНЕВНИК**

**учета работы рентгенодиагностического отделения, кабинета  
УЗИ и компьютерной томографии**

**20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ айы (месяц) бойынша (за)**

Ескертпе:

Күнделікті № 050/ есеп нысаны "Рентгенологиялық зерттеулер журналы" жазбалары негізінде рентгенолог-дәрігерлер толтырады.

Ай күндеріне сәйкес 2-30 - бағандарға, тексерілуші ағзаның орналасуына сәйкес, науқастарға жүргізілген зерттеу туралы мәліметтер жазылады.

3 - баған сандары 4, 5, 6, 7, 8 - бағандар сандарының қосындысына теңесуі мүмкін, бірақ әдетте ол қосындыдан кем болуы тиіс, өйткені бір

зерттеу кезінде жарықпен қарау, бірнеше суреттер, электрорентгенограммалар, флюорограммалар және т.б. жасалуы мүмкін.

10 - бағанның 11-15 - бағандармен, 16 - бағанның 17-27 - бағандармен,

22 - бағанның 23-27 - бағандармен ара қатынастары жоғарыда көрсетілгендей болады. 2 - бағанның сандары 3, 10, 16, 22 - бағанның сандары қосындысына

теңесуі тиіс. 29-30-бағандар сандарының қосындысы 8, 15, 21, 27 -

бағандар сандарының қосындысына теңесуі мүмкін; егер бір арнаулы әдістеме кезінде бірнеше суреттер жасалса, олардан артық болуы

мүмкін.

Примечание:

Дневник заполняется врачами-рентгенологами на основании записей

"Журнала рентгенологических исследований", учетная форма № 050/у.

Соответственно числам месяца в гр. 2-30 вносятся сведения о видах исследований, проводимых больным в соответствии с локализацией

обследуемых органов. Числа в гр.3 могут равняться сумме чисел гр.

4, 5, 6, 7, 8, но, как правило, должны быть меньше этой суммы, т.к.

при одном исследовании было сделано просвечивание, несколько снимков, электрорентгенограмм, флюорограмм и т.д.

Аналогично соотношение графы 10 с суммой граф 11-15; гр. 16 с суммой

гр. 17-21, гр. 22 с суммой граф 23-27. Числа в графе 2 должны

равняться сумме чисел граф 3, 10, 16, 22. Сумма чисел в гр. 29 и 30

может быть равна сумме чисел в гр. 8, 15, 21, 27, но может быть

больше их, если при одной специальной методике сделано несколько

снимков.

Ай күндері Числа месяца	Рентгенологиялық зерттеулердің жалпы саны Общее число рентгенологических исследований	Кеуде органдары Органов грудной клетки				
		Барлық зерттеулер Всего исследований	Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано			
			жарықпен қарау просвечиваний	суреттер (рентгенограммалар) снимков (рентгенограмм)	электро-рентгенограммалар электро-рентгенограмм	флюорограммалар (диагностикалық) флюорограмм (диагностических)
1	2	3	4	5	6	7



продолжение таблицы

Кеуде органдары Органов грудной клетки		Ас қорыту органдары Органов пищеварения					
Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано							
арнаулы зерттеулер спец.исследований		Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано					
барлығы всего	олардың ішінде томографиялар в том числе томографий	Барлық зерттеу- лер Всего иссле- дований	жарық- пен қарау просве- чиваний	суреттер (рентгено- граммалар) снимков (рентгено- грамм)	электро- ретгено- граммалар электро- рентгено- грамм	флюор- граммалар (диагно- стикалық) флюоро- грамм (диагно- стических)	арнаулы зерттеулер специальных исследований
8	9	10	11	12	13	14	15

№ 039-5/е н. артқы беті  
(разворот) ф. № 039-5/у

Сүйек-буын жүйесі Костно-суставной системы						Басқа органдар Прочих органов	
Барлық зерттеулер Всего исследо- ваний	Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано					Барлық зерттеу- лер Всего иссле- дова- ний	Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано
	жарықпен қарау просве- чиваний	суреттер (рентгено- граммалар) снимков (рентге- нограмм)	электро- рентгено- граммалар электро- рентгено- грамм	флюоро- граммалар (диагнос- тикалық флюоро- грамм (диагно- стических)	арнаулы зерттеулер спец. иссле- дований		жарықпен қарау просвечи- ваний
16	17	18	19	20	21	22	23

продолжение таблицы

		Арнаулы әдістерді қолданумен жасалды
--	--	---

Басқа органдар Прочих органов				Жарықпен қарау санынан – кеуде органдарының профилактикалық рентгеноскопиясы Из числа просвечиваний число профилактических рентгеноскопий органов грудной клетки	При применении специальных методов сделано	
Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано					жарықпен қарау просвечи- ваний	суреттер снимков
суреттер (рентгено- граммалар) снимков (рентгено- грамм)	Электро- рентгено- граммалар электро- рентгено- грамм	флюоро- граммалар (диагности- калық) флюоро- грамм (диагно- стических)	арнаулы зерттеулер специаль- ных иссле- дований			
24	25	26	27	28	29	30

A4 форматы  
Формат A4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-б/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 039-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Емхананың/әйелдер консультациясының орта  
медперсоналының жұмысын есепке алудың  
жиынтық ведомосы  
Сводная ведомость  
учета работы среднего медперсонала  
поликлиники/женской консультации  
20\_\_ жыл (год) \_\_\_\_\_ бойынша (за)**

Ай күндері Дни месяца	Орындалды Выполнено				
	Инъекциялар Инъекций		клиникалық талдаулар алу заборов	патронаждар патронажей	профилактикалық екпелері
		оның ішінде			

	барлығы всего	асқынулар в том числе осложнений	клинических анализов		профилактических прививок
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Шақыртулар саны Количество вызовов			Келу саны Количество посещений		
дәрігерге қаралуға на прием к врачу	тексерілуге на обсле- дование	флюоро- графияға на флюоро- графию	үйдегі стационар- ларды стационаров на дому	диспансерлік науқастарды диспансерных больных	геронтологиялық науқастарды геронтологи- ческих больных
7	8	9	10	11	12

продолжение таблицы

Келу саны Количество посещений				
онкологиялық науқастарды онкологических больных	алғашқы сатыларында анықталған онкоаурулар саны количество выявленных онкозаболе- ваний на ранних стадиях	соңғы сатысында анықталған онкоаурулар саны количество выявленных онкозаболеваний на поздних стадиях	тексерілген инфекциялық аурулар ошақ арының саны количество обследованных инфекционных очагов	анықталған әлеуметтік салауатсыз отбасылар саны количество выявленных социально неблагополучных семей
13	14	15	16	17

продолжение таблицы

Ай күндері Дни месяца	Контрацеп- циялар саны Количество контра- цепций	Аборт- тар саны Коли- чество абортов	Диагнос- тикалан- ған жүкті- ліктер саны Коли- чество диагности- рованных	Ә/к 12 аптаға дейінгі жүкті әйелдердің келу саны Количество явок беременных	36 аптаға дейінгі босану алдындағы патронаж саны Коли- чество дороодо- вого	Босану- лар саны Коли- чество родов	Шыққаны 3 тәулікке дейінгі босану- дан кейінгі патронаж К-во после- родового патро-
--------------------------------	---	---	---	---	--	---	---

			беремён-ностей	в ж/к до 12 недель	патронажа до 36 нед.		нажа до 3 суток после выписки
18	19	20	21	22	23	24	25

продолжение таблицы

Нәрестелерді қарау саны Количество посещений новорожденных	6 айға дейінгі емшектегі балалар саны Количество детей грудного вскармливания до 6 мес	1 жасқа дейінгі емшектегі балалар саны Количество детей грудного вскармливания до 1 года	1 жасқа дейінгі балаларды қарау саны Количество посещений детей до 1 года	2 жасқа дейінгі балаларды арау саны Количество посещений детей до 2 лет	ЖРВИ бағдарламасы бойынша оқытылған аналар Количество обученных матерей по программе ОРВИ	Диарейялық инфекцияларды профилактикалау бағдарламасы бойынша оқытылған аналардың саны Количество обученных матерей по программе профилактики диарейных инфекций
26	27	28	29	30	31	32

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-7/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 039-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның атауы Наименование организации	Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907
---	--

**Эндоскопиялық бөлімшенің (бөлмесінің) жұмысың есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета работы эндоскопического отделения (кабинета)  
(за) 20\_\_ жыл(год) \_\_\_\_\_**

Р/с № № п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Адрес	Жолдаған ұйымның диагнозы Диагноз направившей организации	Зерттелетін орналасу орны Исследуемая локализация
	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Барлық зерттеу Всего исследований	оның ішінде емдеу шаралары в том числе лечебных процедур	Материалды цитоморфологиялық зерттеуге алу Взятие материала на цитоморфологическое исследование	Емдеу шаралары Лечебные процедуры
8	9	10	11	12

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-8/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Функциялық диагностика бөлімшесінің (бөлмесінің)  
жұмысын есепке алу  
ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**  
учета работы отделения (кабинета) функциональной диагностики  
20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_

P/c № п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Адрес	Жіберген ұйымның диагнозы Диагноз направившей организации	Алғашқы, қайталап тексеру Обследование первичное, повторное	
						барлық зерттеулер всего исследований	оның ішінде бірінші из них первичных
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Стационарда, емханада, үйде тексеру Обследование в стационаре, поликлинике, на дому			Зерттеу нәтижесі Результат исследования
o.i. стационарда в т.ч. в стационаре	o.i. емханада в т.ч. в поликлинике	o.i. в т.ч. на дому	
9	10	11	12

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 042/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 042/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің  
КАРТАСЫ  
КАРТА  
лечащегося в кабинете лечебной физкультуры**

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_
2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

3. Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз) (Пол: муж., жен., (подчеркнуть))

4. Науқасты жіберген бөлімше (Отделение, направившее больного)

5. Негізгі клиникалық диагнозы (Основной клинический диагноз) \_\_\_\_\_

6. Науқас қандай ауру салдарынан ЕДШБ-не жіберілді (Заболевание, по поводу, которого больной направлен на ЛФК) \_\_\_\_\_

7. Науқастың шағымы (Жалобы больного) \_\_\_\_\_

8. Функциялық сынағалар: (Функциональные пробы):

Күні Дата	Жүктегенге дейін До нагрузки			Жүктегеннен кейін После нагрузки		
	Тамыр соғуы Пульс	АҚҚ АД	Тыныс алуы Дыхание	Тамыр соғуы Пульс	АҚҚ АД	Тыныс алуы Дыхание
1	2	3	4	5	6	7

9. Антропометриялық деректері\* (Антропометрические данные\*)

Күні Дата	Бойы Рост		Салмағы Вес	Кеуде шеңбері Окружность грудной клетки				Спиро- метрия	Динамо- метрия	
	Тұрғанда Стоя	Отырғанда Сидя		демал- ғанда вдох	дем шығар- ғанда выдох	аралықта пауза	экс- курс- сия		қолмен ручная	
									оң правая	сол левая
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Ескертпе: кеудені өлшеу, спирометрия өкпе сырқаттары болғанда жүргізіледі. Динамометрия, буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу артриттер болғанда жүргізіледі.

Примечание: измерение грудной клетки, спирометрия проводится при заболеваниях легких. Динамометрия, измерение объема движений по суставам проводится при артритах.

10. Буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу (Измерение объема движения по суставам)

Күні Дата	Буын Сустав	Қозғалыс көлемі Объем движений
1	2	3

11. ЕДШБ дәрігерінің тағайындалымдары (Назначения врача ЛФК) \_\_\_\_\_





ЕДШБ ПАРАҒЫ  
ЛИСТ ЛФК

Қозғалу саласы (Двигательная сфера) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Гониометр деректері (Данные гониометра) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Тағайындалымдар (Назначения): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Дәрігер (Врач):

Емдеу нәтижесі (Результаты лечения): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Гониометр деректері (Данные гониометра): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

№ \_\_\_\_\_ нысанға жапсырма парақ (Вкладной лист к форме № \_\_\_\_\_)

Тірек-қозғалыс аппараты бұзылған науқастың картасы  
(Карта больного с нарушением опорно-двигательного аппарата)

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.



Емшараның жүргізілу орны: бөлме, таңу бөлмесі, үйінде (астын сызыңыз)  
(Место проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому  
(подчеркнуть))

Физиотерапиядан басқа тағайындалған емдеу түрлері (оның ішінде дәрі-  
дәрмекпен) (Виды лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том  
числе и медикаментозные))

---

---

---

---

---

Эпикриз: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Физиотерапевт –дәрігер (Врач-физиотерапевт) \_\_\_\_\_

Р/с № п/п	Күні Дата	Емшараның атауы Наименование процедуры	Мөлшері Дозировка	Емшараның ұзақтығы Продолжительность процедуры	Мейірбикенің қолы Подпись медсестры	Басқа белгілер Прочие отметки
1	2	3	4	5	6	7

А3 форматы

Формат А3

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 046/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 046/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Физиотерапиялық бөлімшенің (бөлменің)**

**КҮНДЕЛІГІ**

**ДНЕВНИК**

**физиотерапевтического отделения (кабинета)**

за \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года)

Күні Дата	Бөлімшеге (бөлмеге) емделу үшін бірінші рет келген науқастар саны Число первичных больных, обратившихся на лечение в отделение (кабинет)	Барлығы Всего	Гальвани- зация	УЖЖ УВЧ	Электро- форез	4-камералық ванналар 4-камерные ванны	Бернар токтары Токи Бернара
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

КВД	УКС УФО	Солюкс	О-КУФ	Стат. душ	Сәуле-58 Луч-58	Д* арсан- вализация	Қуыстық Д*арсанваль Д*арсанваль полосной
9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Ультра- дыбыс Ультра- звук	Магнито- терапия	Лазеро- терапия	Жылумен емдеу Тепло- лечение (озокерит, парафин)	Гидро- колоно- терапия	Ингаляция	Емдеудің басқа түрлері (тізбеде көрсетілмеген) Другие виды лечения (не указанные в перечне)
17	18	19	20	21	22	23

Сумен емдеу			Водолечение			Жылумен емдеу			Теплолечение		

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) \_\_\_\_\_ қолы (подпись)

A5 форматы

Формат A5

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 047/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 047/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың  
процедураларын есептеу  
КАРТАСЫ  
КАРТА  
учета процедур больного, лечящегося  
в кабинете иглорефлексотерапии**

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Сырқатнама № (№ истории болезни) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) \_\_\_\_\_

Емдеу мерзімі (срок лечения с) \_\_\_\_\_ бастап (по) \_\_\_\_\_ 20\_ жылға (года) дейін

ДИАГНОЗЫ: негізгі ауруы (ДИАГНОЗ: основного заболевания) \_\_\_\_\_

қосалқы ауруы (сопутствующего заболевания) \_\_\_\_\_

Асқыну (Осложнение) \_\_\_\_\_

Шағымы: қысқаша анамнез, объективті зерттеулер деректері, бұрын қабылдаған емі және оның тиімділігі (Жалобы: краткий анамнез, данные объективного исследования, принятое ранее лечение и его эффективность) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 050/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 050/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Рентгенологиялық, ультрадыбыстық және  
компьютерлік-томографиялық зерттеулерді жазу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
записи рентгенологических, ультразвуковых и  
компьютерно-томографических исследований  
(за) 20\_\_ жыл бойынша (год)**

**ЕСКЕРТПЕ:**

8 бағанда зерттеу аймағы көрсетіледі: екі және одан көп орналасуларды бір жолда зерттегенде, олардың әрқайсысы жеке жолда жазылады.

9 бағанда жүргізілген зерттеулер көрсетіледі: арнаулы әдістермен толық (мысалы, ангиография, томография және т.б.), қалғандары алғашқы әріптерін жазу арқылы қысқартылған түрде: Ж-жарық пен қарау, С-суреттер, Э-электрорентгенограмма.

10 бағанда суреттердің (үлдірлердің), электрорентгенограммалардың, флюорограммалардың арнаулы әдістерді қолдану арқылы жасалған суреттерді де қоса барлық жасалған суреттердің саны көрсетіледі.

12 бағанда көрсетілген сан бір жолда екі немесе одан көп орналасуларды зерттеген кезде әр қайсысы бөлек жазылудан басқа жағдайда зерттеу саны мен зерттелген адамдардың саны сай келуі тиіс.

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

В графе 8 указывается область исследования: при одномоментном обследовании двух и более локализаций, каждая из них вписывается отдельной строкой.

В графе 9 указываются проведенные исследования: специальными методами полностью (например, ангиография, томография и т.д.) остальные—сокращенно путем внесения начальных букв: П – просвечивание, С – снимки, Э – электрорентгенограммы.

В графе 10 указывается количество сделанных снимков (пленок), электрорентгенограмм (формат), флюорограмм, включая и снимки, сделанные с применением специальных методов.

Зерттеу күні Дата исследований	Р/с № п /п	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Туған күні Дата рождения	Бөлімшенің аты мен мекенжайы Адрес или название отделения	Стационарлық (амбулаторлық) науқастың медициналық картасының № медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного	Рентген бөлмесіне жолданған кездегі диагнозы Диагноз при направлении в рентгеновский кабинет
1	2	3	4	5	6	7

Зерттелу аймағы Область исследования	Науқасты зерттеу түрі – рентгенологиялық, УДЗ, компьютерлік томография Виды исследования больного – рентгенологическое, УЗИ, компьютерная томография	Диагностикалық флюорограмма суреттерінің, электрорентгенограммалардың (олардың форматы) саны Число снимков диагностических флюорограмм, электрорентгенограмм (их формат)	Рентгенолог-дәрігердің, компьютерлік томография дәрігерінің диагнозы, УДЗ дәрігерінің ұйғарымы Диагноз врача - рентгенолога, врача компьютерной томографии, заключение врача УЗИ	Рентгенологиялық зерттеулердің саны Число рентгенологических исследований	Алынған дозаның жалпы саны Общая сумма полученной дозы (мЗв)
8	9	10	11	12	13

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 051/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 051/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Сәуле терапиясына ұшыраған науқастың  
МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ  
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
больного, подвергнувшегося лучевой терапии**

**Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 058/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 058/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Инфекциялық ауру, тамақтан, кенеттен кәсіби улану, екпеге  
әдеттегіден бөлек реакция болғаны туралы  
ШҰҒЫЛ ХАБАРЛАМА  
ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ  
об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном  
отравлении, необычной реакции на прививку**

1. Диагнозы \_\_\_\_\_  
зертханалық жолмен расталды: иә, жоқ (астын сызыңыз)  
(подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть))
2. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Жұмыс орны, лауазымы (Место работы, должность) \_\_\_\_\_

3. Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_

4. Жасы (14 жасқа дейінгі балалар үшін-туған күні) (Возраст (для детей до 14 лет-дата рождения)) \_\_\_\_\_

5. Мекенжайы, елді мекен (Адрес, населенный пункт) \_\_\_\_\_

көшесі (улица) \_\_\_\_\_ үйі № (дом №) \_\_\_\_\_ пәт. № (кв. №) \_\_\_\_\_

жеке, коммуналдық, жатақхана-толықтырып жазыңыз (индивидуальная, коммунальная, общежитие-вписать)

6. Жұмыс орнының (оқу, балалар мекемесі) атауы мен мекенжайы (Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения))

7. Күндер (Даты):

аурулары (заболевания) \_\_\_\_\_

алғашқы келу (анықталу күні) (первичного обращения (выявления)) \_\_\_\_\_

диагноз қойылған (установления диагноза) \_\_\_\_\_

балалар мекемесіне, мектепке келесі баруы (последующего посещения детского учреждения, школы) \_\_\_\_\_

емдеуге жатқызу (госпитализации) \_\_\_\_\_

8. Емдеуге жатқызу орны (Место госпитализации) \_\_\_\_\_

9. Егер уланса – қайда, немен уланғанын көрсетіңіз (Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший)

10. Жүргізілген алғашқы эпидемияға қарсы іс-шаралар мен қосымша мәліметтер (Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения) \_\_\_\_\_

№ 058/е н. артқы беті  
(Оборот ф. № 058/у)

11. СЭС-қа алғашқы сигнал берілген күні, сағаты (телефон арқылы және т.б.) (Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС))

Хабарлаушының тегі (Фамилия сообщившего) \_\_\_\_\_

Хабарламаны кім қабылдады (Кто принял сообщение)

12. Мәлімдеменің жіберілген күні мен сағаты (Дата и час отсылки извещения) \_\_\_\_\_

Мәлімдемені жіберген адамның қолы (Подпись пославшего извещение)

Тіркеу № (Регистрационный №) \_\_\_\_\_ журналдың № нысанында (в журнале ф. №) \_\_\_\_\_

санэпидстанцияда

(санэпидстанции).

Мәлімдемені алған адамның қолы (Подпись получившего извещение) \_\_\_\_\_

Инфекциялық ауруды, тамақтан улануды, жіті кәсіби улануды анықтаған немесе күдіктенген барлық жағдайларда, сонымен қатар диагнозы өзгергенде медициналық қызметкері толтырады.

Науқасты анықтаған уақыттан 12 сағатқа дейін науқас табылған аймақтың санэпидстанциясына жіберіледі.

Диагнозы өзгеруі туралы хабарланған жағдайда мәлімдеменің 1 т. өзгерген диагнозы, оның қойылған уақыты және алғашқы диагнозы көрсетіледі.

Мәлімдеме сонымен қатар үй және жабайы жануарлар тістіген, тырнаған, сілекейін жұқтырған жағдайларда құтырма ауруына күдік туына байланысты толтырылады.

Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или подозревающих их, а также при изменении диагноза.

Посылается в санэпидстанцию по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного.

В случае сообщения об изменении диагноза п.1 извещения указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.

Извещение составляется также на случаи укусов, оцарапання, ослюнения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

A5 форматы

Формат A5

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 060/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 060/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Инфекциялық ауруларды тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета инфекционных заболеваний**

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20 жылы (года)  
(начат) басталды

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20 жылы (года)  
аяқталды (окончен)

Ескертпе: 13 және 14 бағандар тек санитариялық-эпидемиологиялық станцияларда толтырылады. (Примечание: графы 13 и 14 заполняются только в санитарно-эпидемиологических станциях)

P/ с № № п/ п	Мәлімдеменің телефонмен хабарланған (қабылданған) күні мен сағаты және алғашқы шұғыл хабарламаның жіберілген, (алынған) күні, кім жіберді, кім қабылдады Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения кто передал, кто принял	Мәлімдеме жасаған емдеу ұйымының атауы Наименование лечебной организации, сделавшего сообщение	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя отчество больного	Жасы (3 жасқа дейінгі балалардың туған жылы мен айын көрсітіңіз) Возраст (для детей до 3 лет указать месяц и год рождения)	Үйінің мекенжайы (қала, ауыл, көше, үй №, пәтер №) Домашний адрес, (город, село, улица, дом № кв. №)	Жұмыс, оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы, тобы, сыныбы, соңғы барған күні Наименование места работы, учебы, дошкольной детской организации, группа, класс, дата последнего посещения
1	2	3	4	5	6	7

--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Алғашқы қаралған күні (қай дәрігерге қаралды) (Дата первичного обращения (к какому врачу обратился))</p>	<p>Ауырған күні (Дата заболевания)</p>	<p>Диагнозы мен оның қойылған күні (Диагноз и дата его установления)</p>	<p>Жатқызылған күні, орны (Дата, место госпитализации)</p>	<p>Өзгертілген (нақтыланған) диагнозы мен оның қойылған күні (Измененный (уточненный) диагноз и дата его установления)</p>	<p>Эпид. тексерілу күні.Тексерген адамның тегі (Дата эпид. обследования. Фамилия обследовавшего)</p>	<p>Ауру туралы хабарланды (тұрақты мекенжайы бойынша СЭС, балалр ұйымына, оқу және жұмыс орнына және т.б.) (Сообщено о заболеваниях (в СЭС по месту постоянного жительства, в детскую организацию по месту учебы, работы и др))</p>	<p>Зертхананың тижелігі (Лаборатория и ее результаты)</p>
---	--	--	--	--	--	---	---

8	9	10	11	12	13	14	15

A5 форматы  
Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 065-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Венерологиялық аурумен ауырған адамға  
ЕСКЕРТУ  
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ  
лицу, заболевшему венерической болезнью**

Мен (Я), \_\_\_\_\_

тұрақты мекенжайы (проживающий (ая) по адресу) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ осы күні маған венерологиялық аурумен  
ауыратыным туралы түсіндірілгенін жазбаша түрде растаймын  
(подтверждаю письменно, что \_\_\_ числа мне разъяснено, что я страдаю  
венерической болезнью в форме) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ бұл форманың басқа адамдар үшін жұқпалы екенін  
білемін (которая является заразной для других лиц)

МЕН ТАНЫСТЫМ

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы"  
("Пациенттердің міндеттері", 92 бап) Қазақстан Республикасының  
Кодексімен.

Мен нұсқау алдым  
емделудің және медицина ұйымдарында тексерулік бақылаудың  
міндетті екені туралы;  
емделудің тәртібі және режимі туралы;  
өз еркімен емделудің зиянды екені туралы;  
емделу мен тексерулік бақылаудың мерзімі туралы;  
донор болуға, тек емделу және тексерулік бақылау кезінде ғана  
емес, одан кейін де тиым салынатыны туралы.

Осы ескертуден кейін Қазақстан Республикасының Қылмыстық кодексінің 115-бабы бойынша жауапкершілікке тартылатыным туралы білемін.

Дәрігердің барлық ұсынымдарын қатаң түрде орындауға міндеттенемін;

Емдеуші дәрігерге өзімнің мекенжайымның өзгергендігі туралы хабарлауға міндеттінемін;

Ескертпені маған дәрігер тапсырды.

Я ОЗНАКОМЛЕН (А):

с Кодексом Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (статья 92, "Обязанности пациентов").

Я проинструктирован(а);

об обязательности лечения и контрольного наблюдения в медицинской организации;

о порядке и режиме лечения;

о вреде самолечения;

о сроке лечения и контрольного наблюдения;

о запрещении быть донором, как во время лечения и контрольного наблюдения, так и после них.

Мне известно, что после настоящего предупреждения я несу ответственность по статье 115 Уголовного кодекса Республики Казахстан.

О перемене своего места жительства обязуюсь сообщать лечащему врачу.

Памятка мне вручена врачом.

Науқастың қолы (Подпись больного) \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ қала (город) \_\_\_\_\_

Емдеу ұйымының атауы: (Наименование лечебной организации):

Амбулаторлық немесе стационарлық науқастың медициналық картасының № \_\_\_\_\_

(№ медицинской карты амбулаторного или стационарного больного)

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 073/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 073/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның атауы  
Наименование организации

Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

**Денесіне электрокардиоширатқыш (ЭКШ) қойылған науқастың  
КАРТАСЫ  
КАРТА**

**больного с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС)** \_\_\_\_\_

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество больного) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Қан тобы (Группа крови) \_\_\_\_\_

Резус-факторы (Резус-фактор) \_\_\_\_\_

Науқастың үйінің мекенжайы мен телефоны (Домашний адрес и телефон  
больного) \_\_\_\_\_

073/е н. 2-беті  
стр. 2 ф. № 073/у

Тұрақты мекенжайы бойынша  
По месту жительства

АҚҚ АД	ЭКШ мен ЭКГ-нің импульстер жиілігі Частота импульсов ЭКС и ЭКГ	Дәрігердің тегі Фамилия врача

№ 073/е н. 3-беті  
стр. 3 ф. № 073/у

Денесіне ЭКШ қойылған күн (Дата имплантации ЭКС) \_\_\_\_\_

Мүмкіндік (Доступ) \_\_\_\_\_

ЭКШ түрі (Тип ЭКС) \_\_\_\_\_

Паспорт бойынша ритмі (Ритм по паспорту) \_\_\_\_\_

Электродтар (Электроды) \_\_\_\_\_

ЭКШ-ты ауыстырудың жоспарланған күні (Дата плановой смены ЭКС)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Науқасты бақылау Наблюдение за больным		
Қарау күні Дата осмотра	Науқастың жалпы жағдайы Общее состояние больного	Тамыр соғуы Пульс

Денесіне ЭКШ қай медициналық ұйымда қойылды, мекенжайы мен телефоны  
(Адрес и телефон медицинской организации, где производилась  
имплантация ЭКС) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ДӘРІГЕРДІҢ НАЗАРЫНА!**

ЭКШ қойылған бірінші жылы науқасты жүйелі түрде, тұрақты мекенжайындағы емханада әр 4 ай сайын бақылап тұру ұсынылады, екінші жылы әр 2 ай сайын, ары қарай – ай сайын. Тексеру бірліктері ЭКГ бойынша жазу 50 мм/сек жылдамдықта анықталады.

Ритмнің азаюы немесе көбеюі (минутына 8 импульстан жоғары), табиғи және жасанды ритмдер арасында бәсекелес туған жағдайда операция жүргізілген медициналық ұйымға хабарлау қажет.

**ВНИМАНИЮ ВРАЧА!**

Периодическое наблюдение за больным в поликлинике по месту жительства рекомендуется проводить каждые 4 м-ца в течении первого года после имплантации ЭКС, каждые 2 месяца в течении второго года, далее- ежемесячно. Контролируемые величины определяются по ЭКГ при скорости записи 50 мм/сек.

При урежении или учащении ритма (свыше 8 импульсов в минуту), возникновение конкуренции естественного и искусственного ритмов необходимо сообщить в медицинскую организацию, где производилась операция.

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 074/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 074/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Амбулаториялық науқастарды тіркеу\***  
**ЖУРНАЛЫ**  
**ЖУРНАЛ**  
**регистрации амбулаторных больных\***  
**за 20\_\_ жыл (год) бойынша**

Р/ с № п/ п	Ай күндері Числа месяца	Қабылданған науқас алғашқы рет, қайталап түсті (жазыңыз) Принятый больной первичный, повторный (вписать)	Сақтандыру полисінің № страхового полиса	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Үйінің мекенжайы Домашний адрес
1	2	3	4	5	6	7	8

Жұмыс орны (оқушылар үшін-мектептің атауы, нешінші сыныпта оқиды) Место работы (для школьников – название школы в каком классе учится) Ауыл жұмысшылары үшін – ауылдық жерлердің атауы Для работников села – название сельской местности	Диагнозы	10-АХЖ диагнозының коды Код диагноза по МКБ-10	Тағайындалған ем Назначенное лечение	Ескерту Примечание
9	10	11	12	13

Ескертпе (Примечание):

(\*Стационарлардың қабылдау бөлімшелері, ФАП, ФП, фЗИ мен медициналық ЖОО-ң консультанттары, жедел және шұғыл медициналық көмек стансаларымен жүргізеді).

(\*Ведется приемными отделениями стационаров, ФАП, ФП, консультантами из НИИ и медицинских ВУЗов , станциями скорой и неотложной медицинской помощи).

Форма

A4 форматы  
Формат A4

--	--

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 088/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 088/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907 ____

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.07.2016 № 665 (вводится в действие с 01.01.2017).

Денсаулық сақтау ұйымның атауы  
 (Наименование организации здравоохранения) \_\_\_\_\_  
 Мекен-жайы (Адрес) \_\_\_\_\_

**Медициналық-әлеуметтік сараптамаға жіберу  
 Направление на медико-социальную экспертизу**

1. Аты, тегі, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_
2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ 3. Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_
4. Тіркеу орны (Адрес регистрации) \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ Топтағы мүгедек (Инвалид группы). Жалпы еңбекке қабілеттігін жоғалту дәрежесі (Степень утраты общей трудоспособности) \_\_\_\_\_ Кәсіби еңбекке қабілеттігін жоғалту дәрежесі (Степень утраты профессиональной трудоспособности) \_\_\_\_\_
6. Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_
7. Негізгі мамандығы (Основная профессия) \_\_\_\_\_
8. Лауазымы (Должность) \_\_\_\_\_
9. 20\_\_ жылғы (год) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ бастап емдеу ұйымының бақылауында (Под наблюдением лечебной организации)
10. Клиникалық-еңбек анамнезі (Клинико-трудоу анамнез): \_\_\_\_\_
- 10.1. диагностика, емдік-іс шаралар (диагностика, лечебные мероприятия) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

10.2. тұрмыстық - 1, өндірістік - 2, көшедегі (жол-көліктіктен басқа) - 3, жол-көліктік - 4, мектептегі - 5, спорттық - 6, өзге жарақаты болған жағдайда - 7 (қажетінің астын сызыңыз) / при наличии травмы: бытовая - 1, производственная - 2, уличная (кроме дорожно-транспортной) - 3, дорожно-транспортная - 4, школьная - 5, спортивная - 6, прочее - 7 (нужное подчеркнуть);

а) жарақатты алу күні (дата получения травмы):

\_\_\_ күні/ число \_\_\_\_\_ айы/ месяц \_\_\_\_\_ жылы/год;

б) жарақат қайда жерде және қай жағдайда алынды (толық баяндаңыз)

(место и обстоятельства, при которых произошла травма

(указать подробно):

10.3. өткізілген оңалту іс-шараларының нәтижелері

(результаты проведенных реабилитационных мероприятий)

10.4. еңбек жағдайын өзгерту (изменение условий труда)

11. Уақытша еңбекке жарамсыздық (соңғы 12 айдың мәліметтері)

(Временная нетрудоспособность (сведения за последние 12 месяцев))

___ айының (с) ___ _ дейін (по) (числа месяца)	Аурудың атауы (Название болезни)

12. Оңалту іс-шараларының жоспары (План реабилитационных мероприятий)

13. МСС жіберген кездегі науқастың жағдайы. (Состояние больного при направлении на МСЭ)

13.1. терапевтің уәжді тексеру мәліметтері (данные объективного обследования терапевта) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13.2. неврологтың уәжді тексеру мәліметтері (данные объективного обследования невролога) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13.3. хирургтың уәжді тексеру мәліметтері (данные объективного обследования хирурга) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13.4. уәжді тексеру мәліметтері (данные объективного обследования других специалистов) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Қосымша зерттеулердің мәліметтері (данные дополнительных исследований) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

МСС қорытынды туралы денсаулық сақтау  
ұйымының хабарламасы  
Извещение организации здравоохранения  
о заключении МСЭ

1. Жіберген денсаулық сақтау ұйымының атауы  
(Наименование направившей организации здравоохранения) \_\_\_\_\_

2. Жіберген денсаулық сақтау ұйымының мекен-жайы  
(Адрес направившей организации здравоохранения) \_\_\_\_\_

3. Жіберген күні (Дата направления) \_\_\_\_\_

4. Аты, тегі, әкесінің аты  
(Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

5. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_ топтағы мүгедек (Инвалид группы) Жалпы еңбекке  
қабілеттігін жоғалту дәрежесі (Степень утраты общей трудоспособности)

\_\_\_\_\_ Кәсіби еңбекке  
қабілеттігін жоғалту дәрежесі (Степень утраты профессиональной  
трудоспособности) \_\_\_\_\_

7. Тіркеу орны (Адрес регистрации) \_\_\_\_\_

8. Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_

9. Лауазымы (Должность) \_\_\_\_\_

10. Клиникалық-сараптамалық диагноз (Клинико-экспертный диагноз)

10.1. негізгі диагноз (Основной диагноз)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10.2 қосалқы аурулардың диагнозы (диагноз сопутствующих заболеваний)

\_\_\_\_\_

11. МСС қорытындысы (Заключение МСЭ) \_\_\_\_\_ 11.1 қандай мерзімге

(на какой срок) \_\_\_\_\_

12. № \_\_\_\_\_ мүгедектің ИПР әзірленген

(Составлена ИПР инвалида № \_\_\_\_\_)

13. Оңалту жөнінде ұсынымдар (Рекомендации по реабилитации)

а. медициналық оңалту жөніндегі (по медицинской реабилитации)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

б. әлеуметтік оңалту жөніндегі (по социальной реабилитации)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

с. кәсіби оңалту жөніндегі (по профессиональной реабилитации)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Куәландыру күні (Дата освидетельствования) \_\_\_\_\_

15. № \_\_\_\_\_ медициналық-әлеуметтік сараптама актісі

(№ \_\_\_\_\_ Акта медико-социальной экспертизы)

16. МСС жіберу кезінде клиникалық-функционалдық диагноз

(Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ):

16.1 негізгі аурулар (основное заболевание) \_\_\_\_\_

16.2. қосалқы аурулар (сопутствующие заболевания) \_\_\_\_\_

16.3 асқынулар (осложнения) \_\_\_\_\_

17. МСС бағыттау негіздемесі: мүгедектікті белгілеу, қайта куәландіру, мерзімнен бұрын қайта куәландіру, жалпы еңбек ету қабілетінен айрылу дәрежесін белгілеу (бастапқы, салдарлық), мүгедектік себебін өзгерту, ЖОБ қалыптастыру немесе түзету, еңбекке уақытша жарамсыздық парағын ұзарту, зардап шеккен жұмыскердің көмектің және күтімнің қосымша түрлерін қажет ететіндігі жөніндегі қорытындыны беру қажеттігі (қажетінің астын сызыңыз) / (Основание направления на МСЭ: установление инвалидности, переосвидетельствование, досрочное переосвидетельствование, установление степени утраты общей трудоспособности (первично, повторно), изменение причины инвалидности, формирование или коррекция ИПР, продление листа временной нетрудоспособности, необходимость выдачи заключения о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе (нужное подчеркнуть)).

ДКК төрағасы (Председатель ВКК)  
\_\_\_\_\_  
Мүшелері (Члены)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

М.о	№ МСС бөлімінің бастығы _____	(_____)
М.п	Начальник отдела МСЭ _____	(_____)

Примечание. Направление заполняется в электронном виде и подписывается электронно-цифровой подписью председателя врачебно-консультативной комиссии и начальником отдела медико-социальной экспертизы.

Направлению присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

Форма

А4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 088-1/е нысанды медициналық құжаттама
		Медицинская документация Форма 088-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы  
Журнал регистрации и реабилитации инвалидов

Р / с № п / п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні, жасы Дата рождения, возраст	Үйінің мекенжайы және телефоны Домашний адрес и телефон	Жұмыс орыны Место работы	Мүгедектік тобы Группа инвалидности	Клиникалық диагнозы Клинический диагноз	Куәландыру үлгісі бастапқы (1) салдарлық (2) Тип освидетельствования первичное (1) повторное (2)	Қорытынды Заключение Мүгедектік тобы Группа инвалидности (1) Есептен алынған тобы Группа снята (2) Еңбекке жарамсыз парағы ұзартылды Продлен больничный лист (3)	Оңалту Реабилитация Тәуліктік стационар Круглосуточный стационар (1) Емханадағы күндізгі стационар Дневной стационар в поликлинике (2) Амбулатория (3) Санаториялық-курорттық ем Санаторно – курортное лечение (4) Үйдегі стационар Стационар на дому (5) Реконструктивтік хирургия Реконструктивная хирургия (6)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

<p>Медициналық оңалтудың нәтижесі Результат медицинской реабилитации Орындалмаған Неисполнение(1) Аяқталмаған (жартылай) Незавершенное (частичное) (2)</p>	
--	--



Толық Полное(3) Жақсарған Улучшение(4) Сауыққан Выздоровление(5) Нашарлаған Ухудшение (6) Динамикасыз Без динамики (7)	Қайтыс болған мүгедек Умерло инвалидов
12	13

A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 089/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 089/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Өмірінде бірінші рет белсенді туберкулез, көбінесе жыныстық  
жолмен жұғатын инфекция, трихофития, микроспория, фавус,  
қышыма, трахома, психикалық ауру диагнозы қойылған  
науқас туралы**

**ХАБАРЛАМА**

**ИЗВЕЩЕНИЕ**

**о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного  
туберкулеза, инфекций, передающихся преимущественно половым  
путем, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы,  
психического заболевания**

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

\_\_\_\_\_ Жұмыс орны (Место работы)

\_\_\_\_\_ лауазымы (должность)

2. Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_ 3. Туған күні (Дата  
рождения) \_\_\_\_\_

4. Отбасы жағдайы: үйленген (үйленбеген), бойдақ (тұрмысқа шықпаған),  
ажырасқан, жесір (Семейное положение: (женат, (замужем), холост (не  
замужем), разведен (а), вдовец (вдова)) \_\_\_\_\_

5. Қаралу күні (Дата обращения) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ жылы, айы, күні (год, месяц, число)

6. Диагнозды қойған күні (Дата установления диагноза) \_\_\_\_\_

7. Науқастың мекенжайы: елді мекен (Адрес больного: населенный пункт)

аудан (район) \_\_\_\_\_ көше (улица) \_\_\_\_\_ үй № (дом) \_\_\_\_\_  
пәт. № (кв. №) \_\_\_\_\_

8. Қала тұрғыны, ауыл тұрғыны (жазыңыз) (Городской житель, сельский житель (вписать)) \_\_\_\_\_

9. Толық диагнозы\* (Полный диагноз\*) \_\_\_\_\_

10. Болжамды жұқтыру ошағы (Предпологаемый источник заражения)

Жыныстық қатынас: (половой контакт) \_\_\_\_\_ тұрмыстық қатынас  
(бытовой контакт) \_\_\_\_\_

11. Диагноз зертханалық зерттеумен расталды ма, рентген нәтижелері, туберкулез науқастарында БК болуы (Подтвержден ли диагноз лабораторным исследованием, данными рентгена, для туберкулезныхбольных указать наличие БК) \_\_\_\_\_

12. Аурудың анықталуы: қаралу кезінде, профтексеру кезінде, стационарда тексеру кезінде (астын сызыңыз, жетпегенін жазыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении, при профилактическом осмотре, при обследовании в стационаре (подчеркнуть, вписать недостающее)

13. Қатынаста болған адамдар туралы деректер (Данные о контактных лицах)

Р/с № п /п	ТӘА (ФИО)	Туған күні (Дата рождения)	Ауруға қатысы (Отношение к больному)	Мекен-жайы (Адрес)	Шақырту күні (Дата вызова)	Зерттеп білуге келген күні (Дата привлечения к обследованию)	Д и а г н о з ы

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО)

Қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

\*Хабарлама келесі аурулардың түрлеріне толтырылады:

(\*Извещение составляется на следующие формы заболеваний):

1. Алғашқы туберкулез инфекциясы (Первичная туберкулезная инфекция) \_\_\_\_\_
2. Өкпе туберкулезі (Туберкулез легких) \_\_\_\_\_
3. Тыныс органдары туберкулезінің басқа формалары (Другие формы туберкулеза органов дыхания) \_\_\_\_\_
4. Ми қабықтары мен орталық нерв жүйелерінің туберкулезі (Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы) \_\_\_\_\_
5. Ішек, іш перде, шарбы бездері туберкулезі (Туберкулез кишечника, брюшины и брызжеечных желез) \_\_\_\_\_
6. Сүйек және буын туберкулезі (Туберкулез костей и суставов) \_\_\_\_\_
7. Несеп-жыныс ағзалары туберкулезі (Туберкулез мочеполовых органов) \_\_\_\_\_
8. Басқа органдар туберкулезі (Туберкулез других органов) \_\_\_\_\_
9. Милиарді туберкулез (Милиарный туберкулез) \_\_\_\_\_
10. Мерез- барлық нысандары (Сифилис-все формы) \_\_\_\_\_
11. Гонококкты инфекция (Гонококковая инфекция) \_\_\_\_\_
12. Урогенитальды хламидий инфекциясы (Урогенитальная хламидийная инфекция) \_\_\_\_\_
13. Трихомоноз \_\_\_\_\_
14. Анықталмаған ЖЖЖА (БППП неуточненные) \_\_\_\_\_
15. Трихофития, орналасуы (Трихофития с указанием локализации) \_\_\_\_\_
16. Микроспория: а) бастың шашты бөлігінде (волосистой части головы) \_\_\_\_\_  
б) тырнақ (ногтей) \_\_\_\_\_ в) тері (гладкой кожи) \_\_\_\_\_
17. Фавус \_\_\_\_\_
18. Қышыма (Чесотка) \_\_\_\_\_
19. I,II,III Трахома (Трахома I, II, III) \_\_\_\_\_
20. Психиканың бұзылуы (Психические расстройства) \_\_\_\_\_

Форма

A4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 090/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 090/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907
---	---

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Обыр немесе басқа қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған науқас туралы**

**МӘЛІМДЕМЕ**

**ИЗВЕЩЕНИЕ**

**о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования**

**МТН**

**(РМН)**

Мәлімдеме (Извещение направлено в) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ жолданды

ұйымның аты мен пошталық мекенжайын көрсетіңіз (указать название организации и почтовый адрес)

01. Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_ Аты (Имя) \_\_\_\_\_  
 Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_

баспа әріптерімен толтырыңыз (заполнять печатными буквами)

02. Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі \_\_\_\_\_  
 (Номер документа, удостоверяющего личность)

сериясы (серия) \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_

03. Туған күні (Дата рождения): /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг)

04. Толық жасы (Возраст полных лет) \_\_\_ 05. Жынысы (Пол): 1 – ер (мужской), 2 – әйел (женский)

06. Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_

07. Тұрғыны (Житель): 1– қаланың (города), 2 – ауылдың (села).

08. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): \_\_\_\_\_ облыс (область), аудан (район) \_\_\_\_\_, елді мекен (населенный пункт)

\_\_\_\_\_ көше (улица) \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_ үй (дом), № \_\_\_\_\_

пәтер (квартира), телефон \_\_\_\_\_

09. Кәсібі (Профессия): \_\_\_\_\_

10. Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): 1-қызметкер (служащий); 2-жұмысшы (рабочий); 3-ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства); 4-зейнеткер (пенсионер); 5-оқушы (учащийся); 6-үй шаруасындағы әйел (домохозяйка); 7-жеке шаруамен айналысатын адам (лицо, занятое индивидуальным трудом); 8-табынушы (служитель культа); 9-жұмыссыз (безработный); 10-басқа (иное).

11. Алғашқы қаралған күні (Дата первичного обращения):

/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ кк/аа/жжжж(чч/мм/гггг)

12. Диагнозы қойылған күн (Дата установления диагноза): /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг)

13. Қатерлі ісіктің анықталу жағдайлары (Обстоятельства выявления опухоли): 1-өздігінен қаралды (обратился самостоятельно); 2-әйелдерді (ерлерді) қарау бөлмесінде (в женском

(мужском) смотровом кабинете); 3-профилактикалық қараудың басқа түрлерінде (при других видах профосмотров); 4-басқа жағдайларда (при других обстоятельствах); 5-қайтыс болған соң мәйітті ашпай (посмертно без вскрытия); 6-қайтыс болған соң мәйітті ашып көргенде (посмертно после вскрытия).

14. Қатерлі ісік процесінің кезеңі (Стадия опухолевого процесса): 0-in situ; 1 - I; 2- II; 3- III; 4- IV; 5 - анықталмады (сатысы анықталмайтын орналасуларда) (не установлена (при локализациях, не подлежащих стадированию)).

15. Диагнозы (кезеңі мен TNM бойынша таралу дәрежесі) (стадия и степень распространенности по TNM):

---

---

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_

16. Диагнозды растау әдісі (Метод подтверждения диагноза) (тек бір негізгі әдістің астын сызыңыз (подчеркнуть только один основной метод): 1- морфологиялық (морфологический); 2-цитологиялық (цитологический); 3-рентгенологиялық (рентгенологический); 4-изотоптық (изотопный); 5-эндоскопиялық (эндоскопический); 6 - ультрадыбысты зерттеу - болған жағдайда (бұдан әрі - УДЗ) (ультразвуковое исследование - при наличии (далее - УЗИ); 7- компьютерлік томография - болған жағдайда (бұдан әрі - КТ) (компьютерная томография - при наличии (далее - КТ); 8-тек клиникалық (только клинический); 9-мәйітті ашып көру (вскрытие); 11-миелограмма; 12-иммунофенотиптеу (иммунофенотипирование); 13-иммунологиялық (иммунологический); 14-цитогенетика (цитогенетика); 15-цитохимия (цитохимия); 16-қандағы/несептегі М-градиент (М-градиент в крови/моче); 17-көпше миеломедегі Lg (Lg пр множественной миеломе); 18-Лабораторлық диагностика (Онкомаркерлер) (Лабораторная диагностика (Онкомаркеры); 19-ПЭТ-КТ;

17. Мәлімдеме толтырылды (Извещение заполнено в): 1 - фельдшерлік пункттерде, фельдшерлік-акушерлік пункттерде - болған жағдайда (бұдан әрі - ФП, ФАП) (фельдшерском пункте, фельдшерско-акушерском пункте - при наличии (далее - ФП, ФАП); 2 - ауылдық дәрігерлік амбулаторияда - болған жағдайда (бұдан әрі - АДА) (сельской врачебной амбулатории - при наличии (далее - СВА); 3 - консультациялық-диагностикалық емханада - болған жағдайда (бұдан әрі - КДЕ) (консультативно-диагностической поликлинике - при наличии (далее КДП); 4 - ауылдық учаскелік ауруханада, ауылдық ауруханада - болған жағдайда (бұдан әрі - АУА, АА) (сельской участковой больнице, сельской больнице - при наличии (далее - СУБ, СБ); 5 - орталық аудандық ауруханада - болған жағдайда (бұдан әрі - ОАА) (центральной районной больнице - при наличии (далее - ЦРБ); 6 - облыстық ауруханада (областной больнице); 7 - қалалық ауруханада (городской больнице); 8 - онкодиспансерде (онкодиспансере); 9 - онкоинститутта (онкоинституте); 10 - басқа емдеу ұйымдарында (других лечебных организациях).

18. Науқас қайда жіберілді (Куда направлен больной): 1-онкодиспансер; 2- онкоинститут; 3- басқа мамандандырылмаған стационар (другой неспециализированный стационар); 4- үйіне (домой)

19. Мәлімдеме толтырылған күн (Дата заполнения извещения):/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг)

20. Мәлімдемені толтырған дәрігердің ТАӘ қолы мен жеке мөрі (ФИО подпись и личная печать врача, заполнившего извещение) \_\_\_\_\_

---

---

баспа әріптерімен толтырыңыз (заполнять печатными буквами)

МӘЛІМДЕМЕНІ ТОЛТЫРУ ТУРАЛЫ НҰСҚАУЛЫҚ

1. Мәлімдеме толтырылғаннан кейін үш күндік мерзімде осы аумаққа қызмет көрсететін онкологиялық ұйымға жіберіледі.
2. Мәлімдемені жалпы және арнаулы емдеу жүйесінің барлық дәрігерлері қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінше рет қойылған науқастарға, оның ішінде мақсатты және кезекті профтексерулер, медициналық куәландыру, стационарда тексеру, операция үстінде, мәйітті ашу және басқа кездерде анықталғанда толтырады.
3. Мәлімдемеге код тағайындау тек онкологиялық ұйымдарда жүргізіледі. Сәйкес келетін квадраттарда сан тұрған пункттерді толтыру кезінде қажетті белгі төмендегідей жолмен белгіленеді.  
мысалы: науқас ер адам болса, жынысы |\_1\_|
4. Обырға күмәнді (1-а клин. топ) және ісік алды (1-б клиникалық топ) аурулары бар науқастарға мәлімдеме толтырылмайды.
5. Мәлімдеменің барлық тармақтары анық толтырылуы тиіс. Жазбалар мәліметтерге код тағайындауға арналған квадраттардың үстіне жазылмауы керек.
6. 1, 5, 8, 9 және 11-тармақтары алғашқы беттегі ескертпелерге сай толтырылады.
7. «Қаралған күні» жолында науқастың осы ауруы салдарынан қаралған күні, айы, жылы қандай емдеу ұйымына қаралғанына қарамастан көрсетіледі.
8. 4-тармақта науқастың еңбек ғұмырының негізгі бөлігін арнаған кәсібі көрсетіледі. Егер науқас нысанды толтыру кезінде зейнет демалысында болса, онда оның бұрын кім болып жұмыс істегені көрсетіледі.
9. 6 және 7-тармақтарда науқастың тұрақты (уақытша емес) мекенжайы көрсетіледі.
10. Ісіктің таралу дәрежесі бойынша арнайы емделуге тиісті науқастар, емделуден бас тартуына немесе жалпы қарсы көрсетімдердің болуына қарамастан II - клиникалық топқа жатқызылады. IV – клиникалық топқа аурудың асқынған формалары бар, арнайы емдеу мүмкіндіктері таусылған науқастар жатады.
11. 11-тармақта науқасқа диагноз қоюда көмегі тиген әр зерттеу әдістерінің асты сызылуы тиіс.
12. 12-тармақта науқас қосымша тексерілуге немесе емделуге жолданған медициналық ұйым көрсетіледі. Мәлімдемелерде II-клиникалық топ науқастарының емдеуге жатқызылуға жатпау себебі көрсетіледі (жалпы қарсы көрсетімдерінің болуы, емдеуден бас тартуы және т.б.).

#### ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ИЗВЕЩЕНИЯ.

1. Извещение высылается в трехдневный срок после его заполнения в онкологическую организацию, обслуживающую население данной территории.
2. Извещение составляется всеми врачами общей и специальной лечебной сети на больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, в т.ч. больных, выявленных при целевых периодических профосмотрах, медицинском освидетельствовании, при обследовании в стационаре, во время операции, на вскрытии и т.д.
3. Кодирование извещений производится только в онкологических организациях. При заполнении пунктов в соответствующих квадратах которых стоит цифра, нужный признак отмечается знаком, например: пол|\_1\_|, если больной мужчина.
4. На больных с заболеваниями, подозрительными на рак (клиническая группа I-а) и с предопухолевыми заболеваниями (клиническая группа I-б) извещения не составляются.
5. В извещениях следует разборчиво заполнить все пункты. Записи не должны перекрывать квадраты, предназначенные для кодирования сведений.
6. П. п. 1, 5, 8, 9 и 11 заполняются в соответствии с примечанием на лицевой стороне.
7. В строке «дата обращения» указывается число, месяц и год, когда больной впервые обратился по поводу данного заболевания, независимо от того, в какой лечебной организации он был обследован.

8. В п. 4 указывается основная профессия, которой больной отдал большую часть своей трудовой жизни. Если больной к моменту заполнения находится на пенсии, следует указывать кем он работал раньше.
9. В пп. 6 и 7 отмечается адрес постоянного, (а не временного) места жительства больного.
10. Ко II клин. группе относятся больные, которые по степени распространения опухоли подлежат специальному лечению, независимо от того, отказываются ли они от него или имеют общие противопоказания. К IV клин. группе относятся больные с далеко зашедшими формами заболевания, у которых специальное лечение уже невозможно.
11. В п. II следует подчеркнуть каждый из перечисленных методов исследования, с помощью которых у больного был установлен диагноз.
12. В п. 12 указывается лечебная организация, в которую больной направлен для дообследования или лечения. В извещениях на не госпитализируемых больных II клин. группы указывается соответствующая причина (наличие общих противопоказаний, отказ от лечения и др.).

A5 форматы  
Формат A5

		КҰЖЖ бойыша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 091/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 091/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Өмірінде алғаш рет нашақорлық диагнозы анықталған науқас туралы

**ХАБАРЛАМА-ҚАҒАЗ**

**ИЗВЕЩЕНИЕ**

о больном с впервые в жизни установленным диагнозом  
наркомании (F )

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы  
Формат A5

		КҰЖЖ бойыша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 092/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 092/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Спорттық ауыр жарақат туралы  
ХАБАРЛАМА  
ИЗВЕЩЕНИЕ  
о тяжелой спортивной травме**

**Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 093/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 093/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ГБО СЕАНСТАРЫН ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ  
КАРТА УЧЕТА СЕАНСОВ ГБО**

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_  
Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_  
Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_  
Кім жіберді (Кем направлен \_\_\_\_\_  
Негізгі диагнозы (Основной диагноз \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Қосалқы диагнозы (Диагноз сопутствующий) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



ГБО-ға көрсеткіштер (Показания к ГБО) \_\_\_\_\_  
 Емдеу басталған күн (Дата начала лечения) \_\_\_\_\_  
 Емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения) \_\_\_\_\_  
 ГБО сеанстарының саны (Количество сеансов ГБО) \_\_\_\_\_  
 ГБО курстарының саны (Количество курсов ГБО) \_\_\_\_\_  
 Эпикриз (тиімділігі, аяқталуы, ГБО ерешелектері) (Эпикриз  
 (эффективность, исход, особенности ГБО)) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Асқынулар (Осложнения) \_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ Меңгеруші (Заведующий) \_\_\_\_\_

Сеанс № № сеанса	№ Дата	Күні	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Р е ж і м і Режим														
ГБО сеансының ұзақтығы Длительность сеанса ГБО														
Науқастың жағдайы Состояние больного														
АҚ АД														
РЗ, ЧД														
Тамыр соғу жиілігі Частота пульса														

A4 форматы  
 Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 093-1/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 093-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның атауы Наименование организации	Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907
---	--

**ГБО СЕАНСТАРЫН ТІРКЕУ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
РЕГИСТРАЦИИ СЕАНСОВ ГБО**

Сеанстың күні мен нөмірі Дата и номер сеанса	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Жіберген бөлімшенің (ұйымның) аты Название направившего отделения (организации)	Ауру тарихының, картаның № № карты, истории болезни	Д и а г н о з ы	Компрессия	
					жылдамдығы скорость атм/мин	уақыты время
1	2	3	4	5	6	7

Журналдың оң жағы (Правая сторона журнала)

Изопрессия		Декомпрессия		Сеанстың жалпы уақыты Общее время сеанса (мин.)	Асқынулар Осложнения	Сеанс жүргізген адамның қолы Подпись проводившего сеанс	Ескертпе Примечание
қысым давление кг./см <sup>2</sup>	уақыты, мин. время, мин.	жылдамдығы скорость атм/мин	уақыт время				
8	9	10	11	12	13	14	15

Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907
<p align="center">Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы АНЫҚТАМАҒА ТЕКСЕРУ ТАЛОНЫ № _____ КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К СПРАВКЕ о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя</p> <p>Берілді 20__ жылғы (года) " __ " _____ (выдана)</p>	

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_

Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_

Кәсіпорынның, ұйымның, шаруашылықтың атауы  
(наименование предприятия, организации, хозяйства)

Диагноз \_\_\_\_\_

Қорытынды диагнозы (Заключительный диагноз) \_\_\_\_\_

Еңбекке жарамсыздық түрі (сырқаттануы, өндірістегі немесе тұрмыстағы қайғылы оқиға) (Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту)

Жұмыстан босатылды (Освобожден от работы)

(с) \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылдан (года) бастап

(по) \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылға (год) дейін

Анықтама берген дәрігердің тегі (Фамилия врача, выдавшего справку)

Жұмыстан босатылды (Освобожден от работы)

қай күнен бастап (с какого числа) \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылдан (года)

қай күнмен бітеді (по какое число включительно) \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылға (года)

Дәрігердің лауазымы мен тегі (Должность и фамилия врача) \_\_\_\_\_

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

Жұмысқа кірісуі (Приступить к работе) \_\_\_\_\_ 20\_\_ ж.(г).

күні мен айы жазбаша (прописью число и месяц)

Дәрігердің лауазымы, тегі және қолы (Должность, фамилия и подпись врача)

емдеу ұйымының мөрі

(печать лечебной организации)

Жаңа анықтама берілді (Выдана новая справка) № \_\_\_\_\_

жалғасы (продолжение)

продолжение

Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы

АНЫҚТАМА

№ \_\_\_\_\_

СПРАВКА

о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя

Берілді 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ (выдана)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_

Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_

Кәсіпорынның, ұйымның, шаруашылықтың атауы  
(наименование предприятия, организации, хозяйства)

Диагноз \_\_\_\_\_

Қорытынды диагнозы (Заключительный диагноз) \_\_\_\_\_

Еңбекке жарамсыздық түрі (сырқаттануы, өндірістегі немесе тұрмыстағы қайғылы оқиға)  
(Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту)

Режимі (Режим) \_\_\_\_\_ МӘС-ға (ДЕС) жолданады (направлен на МСЭ (ВТЭ)  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ жылға (года)

Стационарда болды (Находился в стационаре)

(с) \_\_\_\_\_ 20 \_\_ жылдан (года) бастап

(по) \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылға (год) дейін

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

МӘС-да (ДЕС) куәландырылды (Освидетельствован МСЭ (ВТЭ) \_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года)

МЭС-ның (ДЕСК) ұйғарымы (Заключение МСЭ (ВТЭ) \_\_\_\_\_

Уақытша басқа жұмысқа ауыстырылуы (Перевести временно на другую работу) с) \_\_\_\_\_

20 \_\_ жылдан (года) бастап

(по) \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылға (год) дейін

МЭСК (ДЕСК) мөрі

(Печать МСЭ (ВТЭ)

Бас дәрігердің қолы (Подпись главного врача) \_\_\_\_\_

Төрағаның қолы (Подпись председателя) \_\_\_\_\_

Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

продолжение

Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

	<b>АНЫҚТАМА СПРАВКА</b> № _____
	студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы, мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері туралы (керегінің астын сызыңыз) (о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть))
	Берілген күні ( дата выдачи) " __ " _____ 20__ жылғы (года)
	Студентке, оқушыға, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балаға (керегінің астын сызыңыз) (студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольную организацию (нужное подчеркнуть))
	оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы (название учебного заведения, дошкольной организации)
	Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____
	Туған күні (жылы, айы, 1 жасқа дейінгі балалар үшін - күні) (Дата рождения (год, месяц, для детей до 1 года-день)) _____
	Ауру диагнозы (келмеуінің басқа себептері) (Диагноз заболевания (прочие причины
АНЫҚТАМАНЫҢ БАҚЫЛАУ ТАЛОНЫ КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К СПРАВКЕ № _____ Берілген күні (Дата выдачи) _____ Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____ Оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы (Наименование учебного заведения, детской дошкольной организации) _____ Ауру диагнозы (Диагноз заболевания) _____ Босатылды (Освобожден) бастап (с) _____ (по) _____ аралығында Босатылуы ұзартылды (Освобождение продлено): бастап (с) _____ (по) _____ аралығында	

<p>Анықтаманы берген дәрігердің тегі (Фамилия врача, выдающего справку)</p>	<p>отсутствия)) _____</p>
<p>Ескерту (Примечание): Бақылау талондары берілген анықтамаларды есепке алу үшін қажет (Контрольные талоны служат для учета выданных справок).</p>	<p>Жұқпалы аурумен ауырған науқастармен жанасуы (жоқ, иә, қандай науқастармен) (Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими)) _____</p> <p>астын сызыңыз, жазыңыз (подчеркнуть, вписать)</p>
	<p>сабақтан, мектепке дейінгі балалар ұйымына барудан босатылды (освобожден от занятий, посещений детской дошкольной организации)</p>
	<p>бастап (с) _____ (по) _____ аралығында бастап (с) _____ (по) _____ аралығында</p>
	<p>Емхана М.О. М.П. Дәрігердің қолы (Подпись врача) поликлиники</p>

<p>A4 форматы Формат А4</p>	<p>КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095/1 е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>	<p>Медицинская документация Форма № 095-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907</p>

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

A4 форматы  
Формат А4

	<p>КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.</p>



		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 099-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Телемедициналық консультация өткізу туралы**

**ӨТІНІМ**

**ЗАЯВКА**

**на проведение телемедицинской консультации**

ЖСН(ИНН) \_\_\_\_\_

Пациенттің аты-жөні (ФИО пациента) \_\_\_\_\_

Туылған жылы, айы, күні (Дата рождения ) \_\_\_\_\_

Тұрғылықты мекенжайы (Местожительство) \_\_\_\_\_

Жұмыс/оқу орны \_\_\_\_\_

(Место работы/учебы) \_\_\_\_\_

Амбулаторлық картасының № (амбулаторной карты/номер истории болезни)

ХАЖ-10 алдын-ала қойылған диагноз, ауру бейіні (Предварительный  
диагноз с МКБ-10, профиль заболевания): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги) \_\_\_\_\_

қызметтер коды мен атауы (Код и наименование  
услуги из тарификатора)

Өтінім жасалған күні мен уақыты (Дата и время подачи заявки)

Өтінім жасаған дәрігердің аты-жөні (қолы) (ФИО и подпись врача,  
подавшего заявку) \_\_\_\_\_

Өтінім жасау негізі (Основание создание заявки) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тарификатордан алынатын

**ҚОЛХАТ  
РАСПИСКА**

Мен, \_\_\_\_\_ өз  
еркіммен телемедициналық кеңес алу сеансын өткізуге келісімді беріп  
отырмын. Телемедициналық сеанс өткізудің негізгі қағидаттары туралы  
хабардар етілдім. Телемедициналық орталықтың қызметкерлері  
медициналық құпияны қамтамасыз еткен жағдайда, мен өзімнің  
денсаулығым мен жеке өмірім туралы барлық қажетті мәліметтермен  
мамандарды таныстыруға қарсы емеспін (Я, добровольно даю согласие на



проведение сеанса телемедицинской консультации. Информирован об основных принципах проведения сеанса телемедицины. Согласен на передачу информации о моём заболевании и информацию о моей личной жизни, требуемой для определения тактики моего лечения при проведении сеанса телеконсультации и ознакомления с этой информацией работников областного телемедицинского центра, при условии сохранения ими медицинской тайны).

Мерзім \_\_\_\_\_ Қолы \_\_\_\_\_  
 Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Телемедициналық консультацияға жіберілген пациенттердің  
 есебін жүргізу  
 ЖУРНАЛЫ  
 ЖУРНАЛ**

**учета пациентов, направленных на телемедицинскую консультацию**

р/с № п/п	Жолдама нөмірі Номер направления	Жолдама берілген күн Дата выдачи направления	Пациенттің телемедицина орталығына келген күні Дата обращения пациента в центр телемедицины	Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (толық) Фамилия, имя, отчество пациента (полные)
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Идентификациялық коды Идентификационный код	Пациенттің туған күні Дата рождения пациента	Амбулаториялық карта № /сырқатнама № № амбулаторной карты / № истории болезни	Пациентті жіберген медициналық ұйым Медорганизация, направившая пациента	Алдын-ала қойылған диагноз Предвари- тельный диагноз
6	7	8	9	10

продолжение таблицы

Тарификатор бойынша жоспарланған қызметтер Планируемые услуги по тарификатору	Өтінім нөмірі Номер заявки	Өтінім берілген күн Дата подачи заявки	Өтінімді жасаған дәрігердің мамандығы Специальность врача, подавшего заявку
11	12	13	14

продолжение таблицы

Өтінімді жасаған дәрігердің медициналық ұйымы Медицинская организация врача, подавшего заявку	Өтінімді қарау нәтижесі Результат рассмотрения заявки	Бас тарту себебі Причина отказа	Телемедициналық консультация жүргізілген күн және уақыты Дата и время проведения телемедицинской консультации
15	16	17	18

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Телемедицина орталығының телекоммуникация каналын  
пайдалану туралы тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ**

**учета использования канала телекоммуникаций  
телемедицинским центром**

Р/с №№ п/п	Мерзімі Дата	Басталау уақыты ____ сағ. ____ мин. Время начала сеанса ____ час. ____ мин.	Аяқталу уақыты ____ сағ ____ мин. Время окончания сеанса ____ час. ____ мин.	Жалпы ұзақтығы, мин Общая продолжитель- ность в мин.
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Байланыс сеансының түрі Вид сеанса связи	Байланыс сеансының түрі Цель сеанса связи	Сеанс нәтижесі Результат сеанса	Жауапты қызметкердің ТАӘ ФИО ответственного лица
6	7	8	9

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Аудандық телемедицина орталығының қызметі туралы**

**ЕСЕБІ**

**ОТЧЕТ**

**о деятельности районного телемедицинского центра**

**20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Телемедициналық консультация өткізу  
ХАТТАМАСЫ  
ПРОТОКОЛ  
проведения телемедицинской консультации**

№ \_\_\_\_\_  
20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты, ЖСН (фамилия, имя, отчество  
пациента, ИИН) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Амбулаториялық картасының № (№ амбулаторной карты) \_\_\_\_\_  
Жолдаманың нөмірі (Номер направления) \_\_\_\_\_  
Телемедициналық консультацияға жіберілген жолдаманың күні (Дата выдачи  
направления на телемедицинскую консультацию) \_\_\_\_\_  
Пациенттің келген күні (Дата обращения пациента) \_\_\_\_\_  
Өтінімнің нөмірі (Номер заявки) \_\_\_\_\_  
Өтінім берілген күн (Дата подачи заявки) \_\_\_\_\_  
Тегі, аты, әкесінің аты, өтінімді жасаған дәрігердің мамандығы (ФИО  
специальность врача подавшего заявку) \_\_\_\_\_  
Өтінімді жасаған дәрігердің медициналық ұйымы (Медицинская  
организация врача подавшего заявку) \_\_\_\_\_  
Алдын ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз)

АХЖ-10 (МКБ-10)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги) (тарификатор)

Қызмет код (Код услуги)	Қызметтің атауы (Наименование услуги)
1	2

Консультанттың өтінімді қарау күні (Дата рассмотрения заявки  
консультантом) \_\_\_\_\_  
Дәрігер-консультанттың медициналық ұйымы (Медицинская организация  
врача-консультанта) \_\_\_\_\_

Тегі, аты, әкесінің аты, дәрігер-консультанттың мамандығы (Ф.И.О.,  
специальность врача-консультанта \_\_\_\_\_

Өтінімді қарау нәтижелері (Результаты рассмотрения заявки) \_\_\_\_\_  
Бас тарту себептері (Причина отказа) \_\_\_\_\_

Телемедициналық консультацияны өткізу күні мен уақыты (Дата и время  
проведения телемедицинской консультации) \_\_\_\_\_  
Консультанттың ұйғарымы (Заключение консультанта) \_\_\_\_\_

Тіркелген медициналық құжаттар (Прикрепленные медицинские документы)

№ п/п	Тіркелген құжаттардың атауы (Наименование прикрепленного документа)	Өтінімге құжаттарды тіркеген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты, (Фамилия, Имя, Отчество врача, прикрепившего документ к заявке)
1.	2.	3.

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 100/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы (Наименование организации)	Медицинская документация Форма № 100/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Сот-психиатриялық сараптаманың  
қорытындысы  
№ \_\_\_\_\_  
Заключение  
судебно-психиатрической экспертизы  
20 \_\_\_\_ жылғы (года) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_**

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Комиссия өткізілу орны (место комиссионного осмотра) \_\_\_\_\_

Сот-психиатриялық сараптаманың өндірісінің мерзімі (срок производства судебно-психиатрической экспертизы): 20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_ дейін.

Сот-психиатриялық сараптамаға жататын адам (лицо, подлежащее судебно-психиатрической экспертизе)

\_\_\_\_\_ аты, тегі, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)  
туған жылы/год рождения \_\_\_\_\_  
бап бойынша айыпталушының (обвиняемого по статье) \_\_\_\_\_  
немесе мәселені шешуге қатысты куә, жәбірленуші, жауапкер адамның, адамның әрекетке қабілеттілігін анықтау (астын сызу керек) (или являющегося свидетелем, потерпевшим, истцом, ответчиком; лицом, в отношении которого решается вопрос о дееспособности (подчеркнуть)).  
Сот-психиатриялық сараптаманың өндірісінің негіздері (основания для производства судебно-психиатрической экспертизы) \_\_\_\_\_

Сот-психиатриялық сараптама өндірісі туралы қаулы (анықтама) шығарған орган (лауазымды тұлға) (орган (должностное лицо) вынесшее постановление (определение) о производстве судебно-психиатрической экспертизе

\_\_\_\_\_ орган, ТАӘ, атқаратын қызметі, шығарған күні (орган, ФИО, занимаемая должность, дата вынесения)  
Бастапқы, қайталанған, қосымша сараптама. Соңғы екі жағдайда сараптама, сарапшылардың қорытындылары қашан, кім жүргізгендігі көрсетіледі (Экспертиза первичная, повторная, дополнительная. В двух последних случаях указывается когда, кем проводились экспертизы, заключение экспертов)

Сарапшылардың алдына қойылған мәселелер (вопросы, поставленные перед экспертами):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Сот-психиатриялық сараптаманы өткізген комиссия құрамы (судебно-психиатрическую экспертизу провела комиссия в составе):

Жетекші сарапшы (ведущий эксперт):	_____ тегі, аты, әкесінің аты, білімі, сарапшылық мамандығы, мамандығы бойынша жұмыс
	_____ өтілі, ғылыми дәрежесі және ғылыми атағы, лауазымы; (фамилия, имя, отчество,
	_____ образование, экспертная специальность, стаж

	<p>работы по специальности, ученая</p> <hr/> <p>степень и ученое звание, занимаемая должность)</p>
<p>Комиссия мүшелері (члены комиссии):</p>	<hr/> <p>тегі, аты, әкесінің аты, білімі, сарапшылық мамандығы, мамандығы бойынша жұмыс</p> <hr/> <p>өтілі, ғылыми дәрежесі және ғылыми атағы, лауазымы; (фамилия, имя, отчество,</p> <hr/> <p>образование, экспертная специальность, стаж работы по специальности, ученая</p> <hr/> <p>степень и ученое звание, занимаемая должность)</p>

Қазақстан Республикасының Қылмыстық кодексінің 352-бабы бойынша сарапшылар жалған қорытынды бергендігі немесе одан бас тартқандығы үшін қылмыстық жауапкершілікке тартылатыны туралы ескертілді (Об уголовной ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по статье 352 Уголовного кодекса Республики Казахстан эксперты предупреждены).

қол қою (ропись)

Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы беттерде баяндалады (заключение судебно-психиатрической экспертизы излагаются на следующих страницах)\_\_\_\_\_.

Сот-психиатриялық сарапшылық зерттеу кезінде қолданылған әдістемелер (использованные методики при судебно-психиатрическом экспертном исследовании)\_\_\_\_\_

A5 форматы  
Формат A5

	<p>КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 101/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>	<p>Медицинская документация Форма № 101/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907</p>

**Сотталған адамды психиатриялық куәландыру**

**қорытындысы**

№ \_\_\_\_\_

**Заключение**

**психиатрического освидетельствования осужденного**

Сыналушы (на испытуемого) \_\_\_\_\_

Туған жылы (год рождения) \_\_\_\_\_ (осужденного по статье) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ бабы бойынша сотталған  
Мерзімі (на срок) \_\_\_\_\_  
Жазалану мерзімінің басталуы (Срок наказания исчисляется с) \_\_\_\_\_

Сотталған адамды психиатриялық куәландыруды құрамы мынадай  
сот-психиатриялық комиссиясы стационарлық, амбулаториялық (астын  
сызыңыз) жағдайда өткізді (Психиатрическое освидетельствование  
осужденного произвела судебно-психиатрическая комиссия в  
амбулаторных, стационарных (подчеркнуть) условиях в составе):  
Төраға (председателя) \_\_\_\_\_  
Комиссия мүшелері (членов комиссии) \_\_\_\_\_

Баяндаушы-дәрігер (врача-докладчика) \_\_\_\_\_  
Қаулы негізінде (на основании постановления) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (от) 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ күні  
Төменде көрсетілген сарапшының құқығы мен міндеті (Права и  
обязанности эксперта, предусмотренные от) \_\_\_\_\_  
ҚК (УК) \_\_\_\_\_

қорытынды шығарудан бас тартуы немесе біле тұра жалған қорытынды  
шығарғаны үшін жүктелетін жауапкершілік туралы (об ответственности за  
отказ или дачу заведомо ложного заключения по статье. \_\_\_\_\_  
ҚК(УК) \_\_\_\_\_ бабы бойынша сарапшыларға ескертілді  
(эксперты предупреждены) "Қорытындының" қалған бөлімдері келесі  
(Остальные разделы "Заключения" излагаются на следующих) \_\_\_\_\_  
беттерде жазылады (листах).

\*Бұрынғы өмірі туралы деректер (құқық бұзу кезеңін қоса), сырқатының дамуы, егер ондай болса;  
физикалық, неврологиялық, психикалық жағдайлары және зертханалық зерттеулер деректерін жазу;  
диагнозы мен сарапшылық ұйғарым қорытынды бөлімде негізделеді және көрсетіледі.  
(\*Сведения о прошлой жизни (включая период совершения правонарушения), развития заболевания,  
если таковое имеется: описание физического, неврологического, психического состояния и данные  
лабораторных исследований; заключительная часть, в которой указывается и обосновывается диагноз  
и экспертное заключение)

Форма

А4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 103/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма 103/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения



Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ИКСИ ЭҚҰ ШАРАСЫН ӨТКІЗУ ХАТТАМАСЫ  
ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ ЭКО ИКСИ**

ТАӘ (ФИО) ..... Жасы (Возраст)..... Бедеулік түрі  
(Форма бесплодия) .....  
Цикл күні (День цикла)..... телефон.....  
Стимуляциялау кестесі (Схема стимуляции).....  
Стимуляциялау дәрігері (Врач стимуляции) ..... Стимуляция №.  
(№ стимуляции).....  
Аспирация № (№ аспирации) .....

**Фолликулдар пункциясы (Пункция фолликулов)**

Күні (Дата) ..... Хирург .....  
Фолликулдар саны (Количество фолликулов).....  
Уақыты (Время) .... сағат (час) ..... минут (минута)  
Эмбриолог .....Ооциттердің барлық саны (Количество ооцитов  
всего ).....  
Анастезиолог.....

Фолликулдарды жуу (Промывание фолликулов): иә (да) жоқ (нет)  
Жуу үшін орта көлемі (Объем среды для промывания) ..... мл.  
Пайдаланылатын құралдар (Используемые инструменты):

*Вакуумдық сорғышы бар пункциялық жүйелер (Пункционные системы с  
вакуумным отсосом) Wellace Cook  
Шышалар (Флаконы) - Falcon  
Ооциттерді іздеуге арналған шыныаяқтар (Чашки для поиска ооцитов) -  
Falcon  
Ооциттерді жууға арналған шыныаяқтар (Чашки для отмывания ооцитов)  
-Falcon  
Ооциттерді жууға арналған орта (Среда для отмывания ооцитов) -  
Flushing medium+IVF*

**Шәуетті өңдеу (Обработка спермы)**

Шәует (табиғи, мұздатылған): (Сперма) (нативная, размороженная): М  
Д № ..... Эякулят, тест, биопсия.

--	--	--

	Өңдеуге дейін До обработки	Өңдеуден кейін После обработки
Жалпы концентрациясы (млн/мл) (Общая концентрация (млн/мл)		
А және В қозғалмалы сан. концентр (Концентрация подвижных кат. А и В)		
Морфология (норма %)		

Жуу ортасы: *Sperm preparation medium* (Среда отмывания: *Sperm preparation medium*)

Центрифугалау: жай немесе градиентте-*Supra sperm* (Центрифугирование: простое или в градиенте- *Supra sperm*)

Қалқып шығу уақыты (Время всплытия) ..... минут

Шәуетті өңдеу эмбриологы (Эмбриолог обработки спермы):.....

ИКСИ-ға арналған микроқұралдар (Микроинструменты для ИКСИ):

Сорғыш (Присоска): Cook Humagen

Инъекциялық ине (Инъекционная игла): Cook Humagen

### Ооциттерді ұрықтандыру және егу (Оплодотворение и культивирование ооцитов)

	ооциттер жетілуінің дәрежесі (степень зрелости ооцитов):	Ұрықтандырылған жасушалардың саны иә жоқ 2PN____ Аномальдық ұрықтандыру ____ көрсетілімдер: Ұрықтанған жоқ _____ бағдарлама Сапалы ұрықтардың саны _____ Бластоцисттердің қалыптасу жиілігі_____ Бөлшектеу жиілігі ____	Қосымша хетчинг(ВХ):
Ұрықтандыру ЭКҰ/ИКСИ (Оплодотворение ЭКО/ИКСИ)	M2-		ВХ өткізуге  - қайталанатын  - жас $\geq 37$ - ФСГ жоғары деңгейі
Күні(Дата) 2012	M1-		-ZP $\geq 18$ мкм Фрагменттерді алып
Уақыты (Время) сағат (час) минут (минута)	GV- Дегенеративтік жасушалар (Денеративные клетки):	тастау:  Количество оплодотворенных хетчинг (ВХ): клеток 2PN____ Аномальное оплодотворение____ ВХ:	иә жоқ <b>Вспомогательный</b>  да нет Показания к проведению
Ұрықтандыру ортасы (Среда оплодотворения):			

Ұрықтандыру эмбриологы (Эмбриолог оплодотворения):		Нет оплодотворения _____ Количество качественных эмбрионов _____ Частота формирования бластоцист __ Частота дробления ____	- повторная программа - возраст > 37 - высокий уровень ФСГ - ZP > 18мкм Удаление фрагментов: да нет
---	--	--	--

**Ұрықтарды егу (Культивирование эмбрионов)**

Ооциттің (эмбрионның) реттік нөмірі (Порядковый номер ооцита ( эмбриона)	0-күн (день) Күні (Дата)..... 2012 жыл (год) Уақыты (Время): сағат (час) минут (минута) Ұрықтандыру ортасы (среда оплодотворения) ..... Эмбриолог: _____					
	Ооцит жетілуінің сатысы (Стадия зрелости) )ооцита	Цитоплазманың аномалиясы (Аномалия цитоплазмы)	PB аномалиясы (Аномалия PB)	PS аномалиясы (Аномалия PS)	ZP аномалиясы (Аномалия ZP)	Нысан аномалиясы (Аномалия формы)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						









Дәрігер (Врач).....  
 Эмбриолог.....  
 Мейіргер (Медсестра).....

Тасымалданатын ұрықтардың сипаттамасы - болған жағдайда (бұдан әрі - ҰС)

(Характеристика переносимых эмбрионов - при наличии (далее - ПЭ)

Даму сатысы (Стадия развития)	ҰС саны Количество ПЭ	ҰС сапасы Качество ПЭ

Катетер түрі (Тип катетера): ТҰ түрі (селективті/ селективті емес)  
 Cook, Wellase

Катетерге қайта жинау (Вид ПЭ (селективный/ неселективный))  
 (Повторный набор в катетер):

иә (да) жоқ (нет)

Катетерде ұрықтардың тұрып қалуы Түсініктеме (Комментарии).....

(Задержка эмбрионов в катетере): .....

иә (да) жоқ (нет).

Асқынулар (Осложнения): жоқ (нет),

пулевкалар (пулевки), зонд .....

Тасымалдау ортасы (Среда

переноса).....

Тасымалдау ортасының көлемі

(Объем среды переноса).....

**Ұрықтарды қайта тасымалдау (Повторный перенос эмбрионов)**

Себебі (Причина).....

Күні (Дата)..... 2012 жыл (год)

Уақыты (Время)..... сағат (час) минут (минута)

Ұзақтығы (Продолжительность) ..... минут (минута)

Катетердің түрі (Тип катетера).....

Тасымалдау ортасы (Среда переноса).....

Тасымалдау ортасының көлемі (Объем среды переноса).....

**Ұрықтарды мұздату және сақтау**

**(Замораживание и хранение эмбрионов)**

Күні (Дата) 2012 ж. (г.) .....

Уақыты (Время)..... сағат (час) ..... минут (минута)

Мұздатылды (Заморожено): 00 2PN 2-4 бл. 6-8 бл. > 8 бл. бластоцист

(бластоциста) морулалар (морула) барлығы (всего)

.....

Сабан саны (Число соломок) \_\_\_\_\_ Сабан түсі

(Цвет соломки) \_\_\_\_\_ Таңба (Маркировка) \_\_\_\_\_



Дюар \_\_\_\_\_ Контейнер  
\_\_\_\_\_ Шөміш (Ковш) \_\_\_\_\_  
Мұздату эмбриологы (Эмбриолог заморозки) .....

*Қысқартулар/Сокращение:* ИКСИ – сперматозоидтың интрацитоплазмалық инъекциясы (ИКСИ - Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида)  
ЭКҰ - экстракорпоралдық ұрықтандыру (ЭКО - экстракорпоральное оплодотворение)

Форма

Формат А4		Код организации по ОКПО _____
Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Медицинская документация Форма 103/у-12 Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23 » ноября 2010 года № 907
Наименование организации		

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ № \_\_\_\_**  
**(выдается для предоставления в регистрирующие органы)**  
**Дата выдачи «.....» ..... 20 \_\_\_\_ г.**

1. ФИО матери

\_\_\_\_\_ (в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН \_\_\_\_\_

2. Адрес (место постоянного жительства матери): Республика  
\_\_\_\_\_ Область/Город республ.значения (ГРЗ)

\_\_\_\_\_ Район/Город обл.значения (ГОЗ)/Район в ГРЗ

\_\_\_\_\_ Округ/Поселк.акимат /Район в ГОЗ/Акимат города район.значения

Населенный пункт \_\_\_\_\_ (город -1,  
село - 2) ул. \_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_

3. Дата рождения матери: \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год.

4. Национальность матери

\_\_\_\_\_ 5. Семейное положение матери: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2,  
вдова - 3, разведена - 4, неизвестно - 5.

6. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее  
- 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее - 6, высшее - 7, неизвестно - 8.

7. Дата родов: \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год.

8. Место родов: \_\_\_\_\_ в стационаре - 1, на дому -  
2, в др. месте - 3 9. Пол ребенка: мужской - 1, женский - 2

- 9-1. Ребенок родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, при других многоплодных родах - 4  
9-2. Ребенок родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переношенный - 3  
9-3. Масса ребенка при рождении \_\_\_\_\_ (грамм) , \_\_\_\_\_ рост (см).  
9-4. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений)

10. Ф.И.О. врача (среднего медработника) \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации  
или физического лица, занимающегося  
частной медицинской практикой

Подпись медицинского работника,  
выдавшего свидетельство

#### К сведению родителей

В соответствии со ст. 189 Кодекса РК «О браке (супружестве) и семье» регистрация ребенка в регистрирующих органах обязательна. Заявление о рождении ребенка должно быть сделано не позднее двух месяцев со дня рождения ребенка.

#### **КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ К ФОРМЕ № 103/у-12**

№ \_\_\_\_\_

(остается в медицинской организации)

Дата выдачи «.....» ..... 20 г.

1. Ф.И.О. матери \_\_\_\_\_  
(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН \_\_\_\_\_

2. Адрес (место постоянного жительства матери): Республика \_\_\_\_\_

Область/Город республик.значения(ГРЗ) \_\_\_\_\_

Район/Город обл.значения (ГОЗ)/Район в ГРЗ \_\_\_\_\_

Округ/Поселк.акимат /Район в ГОЗ/Акимат города район.значения \_\_\_\_\_

Населенный пункт \_\_\_\_\_ (город -1, село - 2)

ул. \_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_

3. Дата рождения матери: \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год.

4. Национальность матери \_\_\_\_\_

5. Семейное положение матери: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно - 5.

6. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее - 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее - 6, высшее - 7, неизвестно - 8.

7. Дата родов: \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год.

8. Место родов: \_\_\_\_\_  
в стационаре - 1, на дому - 2, в др. месте - 3 (указать)

9. Имя ребенка \_\_\_\_\_,

10. Пол ребенка: мужской - 1, женский - 2

11. Ребенок родился при сроке беременности \_\_\_\_\_ полных недель

12. Которая по счету беременность \_\_\_\_\_, роды \_\_\_\_\_

13. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений) \_\_\_\_\_

14. Ребенок родился при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни -

3, при других многоплодных родах - 4.

15. Масса ребенка при рождении \_\_\_\_\_ (грамм), \_\_\_\_\_ рост (см).

16. Оценка по шкале Апгар \_\_\_\_\_ 1 мин., \_\_\_\_\_ 5 мин.

17. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры - 4

**18. Медицинские факторы риска настоящей беременности:**

Анемия	01
Болезни системы кровообращения	02
болезни органов дыхания	03
Инфекционные и паразитарные	
болезни матери	04
Гипертензия сердечно-сосудистая	05
Гипертензия почечная	06
Вызванная беременностью гипертензия	07
Сахарный диабет	08
Болезни почек	09
Гидрамнион (многоводие)	10
Экстракорпоральное оплодотворение (вспомогательная репродуктивная технология)	11
Индукцированная беременность (стимуляция овуляции, ЭКО, ВРТ)	12
Олигогидрамнион	13
Эклампсия/Преэклампсия тяж. ст.	14
Кровотечение в ранние сроки беременности	15
Инфекция мочеполовых путей	16
Злокачественные новообразования	17
ВИЧ/СПИД	18
Сифилис	19
Недостаточность питания при беременности	20
Генитальный герпес	21
Недостаточность плаценты	22
Rh-сенсбилизация	23
Крупный плод	24
Гипотрофия плода	25
Другие (указать)	26
Не было	00

**19. Прочие факторы риска во время беременности:**

Курение	01

Употребление психоактивных веществ	02
------------------------------------	----

## 20. Осложнения родов:

Гипертермия во время родов	01
Предлежание плаценты	02
Преждевременная отслойка плаценты	03
Индукцированные роды	04
Стремительные роды	05
Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода	06
Кровотечение во время родов	07
Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)	08
Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	09
Другие (указать)	10
Не было	00

## 21. Акушерские процедуры

Амниоцентез	01
Мониторинг плода	02
Биопсия хориона (кардоцентез)	03
Ультрасонография	04
Другие (указать)	05
Не производили	00

## 22. Осложнения периода новорожденности:

Анемия	01
Фатальный алкогольный синдром	02
Синдром мекониевой пробки	03
Легочная вентиляция до 30 мин.	04
Легочная вентиляция свыше 30 мин.	05
Другие (указать)	06
Нет осложнений	00

## 23. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)

--	--

Анэнцефалия	01
Спинно-мозговая грыжа	02
Энцефалоцеле	03
Гидроцефалия	04
Расщелина неба	05
Тотальная расщелина губы	06
Атрезия пищевода	07
Атрезия ануса	08
Эписпадия	09
Редукционные пороки конечностей	10
Омфалоцеле	11
Синдром Дауна	12
Другие (указать)	13
Не было	00

#### 24. Социальные факторы

Мать взята под наблюдение	
В первой половине беременности	01
Во второй половине беременности	02
Причины поздней явки:	
- оплата за мед. услуги	02.1
- отсутствие работы	02.2
- отсутствие прописки	02.3
- по незнанию	02.4
- по другим причинам	02.5
Не наблюдалась у врача ГСВ	03

#### 25. Методы родоразрешения:

Естественный путь родоразрешения	01
Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракции, наложение акушерских щипцов)	02

#### 26. Ф.И.О. медицинского работника, выдавшего свидетельство о рождении

\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

27. Свидетельство получено (кем) \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 104/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 104/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың  
қорытындысы  
№ \_\_\_\_\_  
Заключение  
психиатрического освидетельствования лица, находящегося  
на принудительном лечении**

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ аты, тегі, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

туған жылы (год рождения) \_\_\_\_\_  
20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ соттың анықтамасына  
сәйкес (согласно определения суда) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ бабы бойынша айыпталған  
(обвинявшегося по статье)  
\_\_\_\_\_ жылдан (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ бастап осы мекемеде  
мәжбүрлеп емделуде (находящегося на принудительном лечении в данном  
учреждении)

Психиатриялық куәландыруды мынадай құрамдағы  
дәрігерлік комиссия жүргізді:  
(психиатрическое освидетельствование произвела  
врачебная комиссия в составе):

Төраға (председателя) \_\_\_\_\_  
комиссия мүшелері (членов комиссии) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

"Қорытындының" қалған бөлімдері келесі \_\_\_\_\_ парақтарда жазылады (остальные разделы "Заключения" излагаются на следующих листах).

A4 форматы

Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 105/у нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 105/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық  
сараптаманы тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации стационарной и амбулаторной  
судебно-психиатрической экспертизы**

**Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).**

20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық. Әрбір сот-психиатриялық сараптама комиссиясындағы арнайы бөлінген адам жүргізеді. Парақтары нөмірленген журнал байланған, базасында сот-психиатриялық сараптама жүргізу ұйымдастырылған ұйымның мөрімен мөрленген және комиссия төрағасының қолы	Указания по заполнению журнала. Ведется специально выделенным лицом в каждой судебно-психиатрической комиссии. Журнал с пронумерованными листами должен быть прошнурован, опечатан печатью учреждения, на базе которого организовано проведение судебно-психиатрической экспертизы и подписан
---	--

қойылған болуы тиіс.  
Пайдалану аяқталғаннан кейін  
мұрағатқа беріледі.

председателем комиссии. По  
использовании передается в  
архив.

Р/с № п/п	Істерді қабылдау күні Дата приема дел	Аты, тегі, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Жынысы Пол	Туған күні (күні, айы, жылы) Дата рождения (число, месяц, год)	Сараптама жүргізу туралы қаулыны/ұйғарымды кім, қашан шығарды (қаулы/ ұйғарым шығарылған тілде толтырылады) Кем, когда, вынесено постановление/определение о производстве экспертизы (заполняется на языке постановления/ определения)
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Процессуалдық статус (айыпталушы (Қылмыстық кодексінің бабын көрсете отырып), куәгер, жәбірленуші, талапкер, жауап беруші, әрекетке қабілеттілік туралы мәселе шешілетін жатқан адам) адамдарға қатысты Процессуальный статус (обвиняемый (с указанием статьи Уголовного кодекса), свидетель, потерпевший, истец, ответчик; лицо, в отношении которого решается вопрос о дееспособности)	Бұл іс бойынша бірінші, қайталанған, қосымша сараптама По данному делу экспертиза первичная, повторная, дополнительная	Сот-психиатриялық сараптама жүргізу үшін адамды кім жеткізді Кем доставлено лицо для прохождения судебно-психиатри- ческой экспертизы
7	8	9

Стационарға түсу күні немесе амбулаториялық сот-психиатриялық сараптама жүргізу кезінде комиссиялық тексеріп-қарау күні Дата поступления в стационар, или дата комиссионного осмотра при амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе	Комиссиялық тексеріп- қарау орны Место комиссионного осмотра	Сот-психиатриялық сараптама қатысушыларының ТАӘ (жетекші сарапшы, мүшелері) ФИО участников судебно-психиатрической экспертизы (ведущий эксперт, члены)	Қорытынды № № заключения
10	11	12	13



продолжение таблицы

Диагнозы Диагноздар	Қорытынды (қай тілде) Заключение (на каком языке)	Сот-психиатриялық сараптамадан кейін адамды кім жіберді С кем отправлено лицо после судебно- психиатрической экспертизы	Стационардан шыққан күні Дата выписки из стационара	Сараптама жүргізу мерзімі (__дан __ дейін), (сарапшы өтініші болған жағдайда, оны көрсету) Срок проведения экспертизы (с__ по__), (при наличии ходатайств указать)
14	15	16	17	18

Форма

A4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды <hr/> Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 105-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 105-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Сот-психиатриялық сараптама комиссиясының істері (қылмыстық және азаматтық) мен қорытындыларын қабылдауды, беруді тіркеу**  
**ЖУРНАЛЫ**  
**ЖУРНАЛ**  
**регистрации приема, выдачи дел (уголовных и гражданских) и заключений**  
**судебно-психиатрических экспертных комиссий**

20\_\_жылғы (года) «\_\_»\_\_\_\_\_ басталды (начат)

Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық.  
 Әрбір сот-психиатриялық сараптама комиссиясындағы арнайы бөлінген адам жүргізеді.  
 Парақтары нөмірленген журнал байланған, базасында сот-психиатриялық сараптама жүргізу ұйымдастырылған мекеменің мөрімен мөрленген және сот-психиатриялық сараптама органының бірінші басшысы қолы қойылған болуы тиіс.  
 Пайдалану аяқталғаннан кейін мұрағатқа беріледі

20\_\_жылғы (года) «\_\_»\_\_\_\_\_аяқталды (окончен)

Указания по заполнению журнала.  
 Ведется специально выделенным лицом в каждой судебно-психиатрической экспертной комиссии.  
 Журнал с пронумерованными листами должен быть прошнурован, опечатан печатью учреждения, на базе которого организовано проведение судебно-психиатрической экспертизы и подписан первым руководителем органа судебной экспертизы.  
 По завершения использования передается в архив.

Р / с № п / п	Істерді қабылдау күні Дата приема дел	Аты, тегі, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Қаулыны (анықтаманы) қашан, кім, қай тілде шығарды Когда, кем, на каком языке вынесено постановление (определение)	Қылмыстық, азаматтық іс (қай тілде) Уголовное, гражданское дело (на каком языке)	Сот-психиатриялық сараптамаға (тергеудегі, сотталған) жататын адамдарды сипаттау Характеристика лица, подлежащего судебно-психиатрической экспертизе (подследственный, подсудимый)	Істер мен қорытындыларды беру күні Дата выдачи дела и заключения	Істер мен қорытындыларды алушының аты, тегі, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество получателя дела и заключения
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Форма

Формат А4	Код организации по ОКПО _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Медицинская документация Форма 106/у-12 Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907
Наименование организации	

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ № \_\_\_\_\_**

Дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(предварительное, окончательное, взамен предварительного, окончательного № \_\_\_\_\_)

1. Фамилия, имя, отчество умершего \_\_\_\_\_  
(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН \_\_\_\_\_

2. Пол: мужской - 1, женский - 2.

3. Дата рождения: \_\_\_\_\_ число, \_\_\_\_\_ месяц, \_\_\_\_\_ год.

4. Дата смерти: \_\_\_\_\_ число, \_\_\_\_\_ месяц, \_\_\_\_\_ год.

5. Для детей, умерших в возрасте до 1 года: доношенный - 1, недоношенный - 2;

масса (вес) при рождении \_\_\_\_\_ грамм (1), рост

\_\_\_\_\_ см (2), число месяцев и дней жизни (3), по счету \_\_\_\_\_

ребенок у матери (4), возраст матери \_\_\_\_\_ (5)

5-1. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3,

произвольное сокращение мускулатуры - 4.

6. Место последнего жительства умершего: Республика \_\_\_\_\_

Область/ ГРЗ \_\_\_\_\_

Район/ГОЗ/Район в ГРЗ \_\_\_\_\_

Округ \_\_\_\_\_

Юридический адрес \_\_\_\_\_ (город - 1, село - 2)

Улица \_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_, корпус \_\_\_\_\_

квартира \_\_\_\_\_

7. Место смерти:

а) Область/ГРЗ \_\_\_\_\_

Район/ГОЗ \_\_\_\_\_

Округ \_\_\_\_\_

Населенный пункт \_\_\_\_\_ (город - 1, село - 2)

Улица \_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_, корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

8. Смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3

9. Национальность \_\_\_\_\_

10. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно - 5.

11. Образование: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее - 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее - 6, высшее - 7, неизвестно - 8.

12. Место работы и должность \_\_\_\_\_

13. Причина смерти: заболевание - 1, несчастный случай вне производства - 2, несчастный случай на производстве - 3, убийство - 4, самоубийство - 5, не установлено - 6

14. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы:

а) дата травмы (отравления): год \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ число

\_\_\_\_\_;

б) при несчастных случаях вне производства вид травмы: бытовая - 1, уличная, кроме дорожно-транспортной - 2, дорожно-транспортная - 3, школьная - 4, спортивная - 5, прочее - 6;  
 в) место и обстоятельства, при которых произошла травма, отравление (указать подробно)  
 \_\_\_\_\_

15. Причина смерти установлена: врачом, только констатировавшим смерть - 1, лечащим врачом - 2, средним медицинским работником - 3, патологоанатомом - 4, судебно-медицинским экспертом - 5

16. Я, \_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_  
 (должность)

удостоверяю, что на основании осмотра трупа - 1, записей в медицинской документации - 2, предшествующего наблюдения - 3, вскрытия - 4 мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти.

17. Причина смерти	Код МКБ-10	Дата (болезни)		
		начало	окончание	
1) а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)				
б) _____ (патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины)				

в) _____ (основная причина смерти указывается последней)									
г) _____ (внешние причины при травмах и отравлениях)									

2) Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней


**18. В случае смерти женщины:**

18.1 умерла беременной (независимо от продолжительности и локализации беременности)

18.2 в процессе родов (аборта)

18.3 в течение 42 дней после родов (аборта)

18.4 в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов

19. Наименование организации здравоохранения, выдавшей свидетельство, его адрес





**МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ**

№ \_\_\_\_\_

(окончательное, предварительное, взамен предварительного № \_\_\_\_\_)

Дата выдачи «.....» ..... 20 г.

1 - Мертворожденный      2 - Умер на 1-й неделе жизни

1. Фамилия, имя, отчество умершего (мертворожденного)  
.....  
.....

2. Пол: муж. - 1 жен. - 2 не определен - 3  
(подчеркнуть)

3. Дата рождения (мертворождения):  
..... час ..... число ..... месяц .....год

4. Дата смерти: ..... час ..... число ..... месяц .....год

5. Место смерти (мертворождения): а) Республика \_\_\_\_\_  
Область/ ГРЗ \_\_\_\_\_  
Район/ГОЗ/Район в ГРЗ \_\_\_\_\_  
Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/Акимат города районного  
значения \_\_\_\_\_  
Населенный пункт \_\_\_\_\_ (город -1, село - 2)  
ул. \_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_

б) смерть (мертворождение) произошла:  
в стационаре - 1 (вписать): .....  
дома - 2, в другом месте - 3 (вписать): .....

6. Фамилия, имя, отчество матери:  
.....

7. Число, месяц, год рождения матери:  
.....

8. Национальность .....

9. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в  
браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно - 5.

Для состоящих в браке: число, месяц, год заключения брака  
.....

Фамилия, имя, отчество мужа:.....  
(сведения заполнены на основании записей в свидетельстве о браке, со  
слов матери - нужное подчеркнуть)

10. Место постоянного жительства матери умершего ребенка  
(мертворожденного)

Республика \_\_\_\_\_  
Область/ ГРЗ \_\_\_\_\_  
Район/ ГОЗ/Район в ГРЗ \_\_\_\_\_  
Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/Акимат города районного  
значения \_\_\_\_\_

Место для  
шифра

1	
2	
3	
4	
5	
6	

	Населенный пункт _____ (город -1, село - 2)
7	ул. _____ дом № _____ кв. № _____
8	
9	11. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее - 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее - 6, высшее - 7, неизвестно - 8.
10	12.1. Место работы матери (если не работает, указать на чьем иждивении находится )
11	12.2. Должность или выполняемая работа .....
12.1	13. Какая по счету беременность .....
12.2	14. Какие по счету роды .....
13	15. Предшествующие беременности закончились:
14	рождением живого ребенка _____ 1, мртворождением _____ 2, самопроизвольным выкидышем _____ 3, искусственным абортм _____ 4 (указать сколько)
15	16. Дата последней менструации ..... Продолжительность настоящей беременности ..... недель
16	17. Роды приняли: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо - 4 (подчеркнуть) .....
17	18. Срок беременности при первой явке к врачу-акушеру (акушерке) 12 нед. и ранее - 1, 13-21 нед. - 2, 22-27 нед. - 3, 28 нед. и позже - 4, не обращалась совсем - 5.
19	19. Где состояла на учете: ФАП, ФП, ВА, СУБ, ЦРБ, СВА, ЖК, консультация «Брак и семья», гор. роддом, облроддом, ПЦ, частной клинике.
20	20. Заболевания и осложнения до наступления настоящей беременности: не было - 1, были - 2 (указать какие: основное заболевание указать первым) ..... .....
21	21. Заболевания и осложнения в течение настоящей беременности: не было - 1, были - 2 (указать какие: основное заболевание указать первым) ..... .....
22	22. Осложнение родов: не было - 1, были - 2 (указать какие: основное осложнение указать первым)
23	
24	



25		.....
26		.....
27		23. Операции и оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения: не было - 1, были - 2 (указать какие) .....
28		.....
29		24. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, др. многоплодных родах - 4.
30		25. Масса ребенка (плода) при рождении ..... гр.
31		26. Рост ребенка (плода) ..... см.
		27. Ребенок (плод) родился: доношенным - 1, недоношенным - 2, переносным - 3.
		27-1. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры - 4.
		28. Ребенок (плод) родился: мертвым - 1, мацерированным - 2, в асфиксии - 3.
		29. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3, не известно - 4.
		30. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, род смерти не установлен - 4.
		31. Причина перинатальной смерти: <span style="float: right;">Код МКБ-10</span>
32.а		1) а) _____ основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание)
32.б		б) _____ другие заболевания или состояния у ребенка (плода)
33		в) _____ основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)
		г) _____ другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)
		д) _____ другие сопутствовавшие состояния



10. Пол: мужской - 1, женский - 2, не определен - 3.
11. Дата рождения (мертворождения): ..... мин., .... час., .....число, .....месяц, ..... год.
12. Дата смерти: ..... мин., .... час., .....число, .....месяц, ..... год.
13. Место смерти (мертворождения): а) республика, область ..... район  
..... город - 1, село - 2 .....
- б) смерть (мертворождение) произошла: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3  
(вписать) .....
14. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений)  
.....
15. Какие по счету роды .....; беременность .....
16. Продолжительность настоящей беременности ..... полных недель
17. Из предшествующих беременностей: число закончившихся живорождением - 1 .....,  
мертворождением - 2 , самопроизвольным выкидышем - 3 ....., медицинским абортom - 4  
.....,  
в том числе по мед. показаниям - 5
18. Последняя из предшествующих беременностей закончилась:  
рождением живого ребенка - 1, мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем - 3,  
медицинским абортom - 5, в том числе по мед. показаниям - 6.
19. Число посещений врача (фельдшера, акушерки) .....
20. Роды принял: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо - 4.
21. Осложнения родов:
- |   |    |
|---|----|
| гипертермия во время родов  | 01 |
| предлежание плаценты  | 02 |
| преждевременная отслойка плаценты   | 03 |
| неудачная попытка стимуляции родов  | 04 |
| стремительные роды  | 05 |
| затруднительные роды вследствие<br>неправильного положения или<br>предлежания плода | 06 |
| гипертензия, вызванная беременностью  | 07 |
| кровотечение во время родов   | 08 |
| роды и родоразрешение, осложнившиеся<br>стрессом плода (дистресс)                   | 09 |
| роды и родоразрешение, осложнившиеся<br>патологическим состоянием пуповины          | 10 |
| другие (указать) .....  | 11 |
| не было   | 00 |
22. Операции и оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения: не было - 1,  
были - 2 (указать какие)  
.....  
.....
23. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из  
двойни - 3, других многоплодных родах - 4.
24. Ребенок (плод) родился: доношенным - 1, недоношенным - 2, переносным - 3.
25. Ребенок (плод) родился: мертвым - 1, мацерированным - 2, в асфиксии - 3.
26. Масса ребенка (плода) при рождении ..... грамм.
27. Рост ребенка (плода) ..... см.
28. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3,  
произвольное сокращение мускулатуры - 4.
29. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время  
родов - 2, после родов - 3, неизвестно - 4.
30. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая -  
2, убийства - 3, род смерти не установлен - 4.
31. Оценка по шкале Апгар: через 1 мин. .... баллов, через 5 мин. .... баллов.

<b>32. Медицинские факторы риска</b>		<b>35. Акушерские процедуры</b>	
настоящей беременности:		Амниоцентез	01
Анемия	01	Мониторинг плода	02
Болезни системы кровообращения	02	Стимуляция плода	03
Болезни органов дыхания	03	Ультрасонография	04
Инфекционные и паразитарные болезни матери	04	Другие (указать)	05
Гипертензия кардиоваскулярная	05	Не производили	00
Гипертензия почечная	06	<b>36. Осложнения периода</b>	
Вызванная беременностью гипертензия	07	новорожденности:	
Сахарный диабет	08	Анемия	01
Болезни почек	09	Фатальный алкогольный синдром	02
Гидрамнион (многоводие)	10	Синдром мекониевой пробки	03
Олигогидрамнион	11	Легочная вентиляция до 30 мин.	04
Эклампсия	12	Легочная вентиляция свыше 30 мин.	05
Кровотечение в ранние сроки беременности	13	Другие (указать)	06
Инфекция мочеполовых путей	14	Нет осложнений	00
Недостаточность питания при беременности	15	<b>37. Врожденные аномалии</b>	
Генитальный герпес	16	(пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)	
Недостаточность плаценты	17	Анэнцефалия	01
Rh-сенсбилизация	18	Спинно-мозговая грыжа	02
Крупный плод	19	Энцефалоцеле	03
Гипотрофия плода	20	Гидроцефалия	04
Другие (указать)	21	Расщелина неба	05
Не было	00	Тотальная расщелина губы	06
<b>33. Прочие факторы риска</b>		Атрезия пищевода	07
во время беременности:		Атрезия ануса	08
Курение	01	Эписпадия	09
Употребление алкоголя	02	Редукционные пороки конечностей	10
<b>34. Осложнения родов:</b>		Омфалоцеле	11
Гипертермия во время родов	01	Синдром Дауна	12
Предлежание плаценты	02	Другие (указать)	13
Преждевременная отслойка плаценты	03	Не было	00
Стремительные роды	04	<b>38. Социальные факторы</b>	
Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода	05	Мать взята под наблюдение	
Кровотечение во время родов	06	В первой половине беременности	01
Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)	07	Во второй половине беременности	02
Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	08	Причины: - оплата за мед. услуги	02.1
		- отсутствие работы	02.2
		- отсутствие прописки	02.3
		- по незнанию	02.4
		- по другим причинам	02.5
		Не наблюдалась у врача	03
		<b>39. Методы родоразрешения:</b>	
		Естественный путь родоразрешения	01
		Оперативное (кесарево сечение,	

Другие (указать)	09	вакуум-экстракция, наложение	
Не было	00	акушерских щипцов)	02

40. Причина перинатальной смерти:	Код МКБ-10	Дата (болезни)	
		начало	Окончание
1) а) _____ основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание) _____			
б) _____ другие заболевания или состояния у ребенка (плода) _____			

в) _____ основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)									
г) _____ другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)									

Фамилия, имя, отчество врача (среднего медработника),  
выдавшего свидетельство о смерти .....

.....

.....

Запись акта о рождении: № ..... от «.....» ..... 20 .... года

Запись акта о смерти: № ..... от «.....» ..... 20 .... года

Наименование регистрирующего органа  
.....

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г.

Подпись сотрудника регистрирующего органа \_\_\_\_\_

Форма

A4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 113/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 113/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907
---	--	---

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Жүкті және босанатын әйелдің  
алмасу картасы  
Обменная карта  
беременной и родильницы  
№ \_\_\_\_\_**

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата и год рождения) \_\_\_\_\_

ЖСН (ИИН) \_\_\_\_\_ Есепке алыну күні (Дата взятия на учет) \_\_\_\_\_

Жүкті әйелдің қан тобы (Группа крови беременной) \_\_\_\_\_

Жүкті әйелдің резус-тиістілігі (Резус принадлежность беременной) \_\_\_\_\_

Анықтау күні (Дата определения) \_\_\_\_\_

Ерінің қан тобы және резус-тиістілігі көрсетілімдер бойынша (Группа крови и резус принадлежность ее мужа) по показаниям \_\_\_\_\_

Мекенжайы, телефон (Домашний адрес, телефон) \_\_\_\_\_

Білімі: бастауыш, орта, жоғары (астын сызыңыз) (Образование: начальное, среднее, высшее (подчеркнуть))

Жұмыс орны, телефон (Место работы, телефон) \_\_\_\_\_

Кәсібі немесе лауазымы (Профессия или должность) \_\_\_\_\_

Күйеуінің аты-жөні, жұмыс орны, телефон (Фамилия и место работы мужа, телефон) \_\_\_\_\_

2. Диагноз: нешінші жүктілік (Диагноз: беременность которая) \_\_\_\_\_

Босануы (Роды) \_\_\_\_\_

Осы жүктіліктің асқынуы (Осложнения данной беременности) \_\_\_\_\_

Экстрагениталдық аурулар (Экстрагенитальные заболевания) диагноз \_\_\_\_\_

Құрметті \_\_\_\_\_!

Құттықтаймыз!

Сіз – болашақ анасыз! Осындай ең жақсы сәтіңіз – бала көтеру мен оның туылуы кезінде

Сізге қолғабыс болуға ризамыз!

Уважаемая \_\_\_\_\_!

Поздравляем Вас!

Вы - будущая мама! Мы рады содействовать Вам в самое лучшее время - период вынашивания и рождения Вашего ребенка!

Акушер-гинеколог дәрігеріңіз (Ваш врач акушер- гинеколог): \_\_\_\_\_

Телефоны (Телефон) \_\_\_\_\_

Акушер (Акушерка) \_\_\_\_\_

Учаскесі (Участок) \_\_\_\_\_ Кабинет (Кабинет) \_\_\_\_\_

Консультацияның телефоны (Телефон консультации) \_\_\_\_\_

Сізге дәрігерге уақтылы келіп, берген нұсқаулықтарын орындау қажет (Вам необходимо вовремя посещать врача и выполнять данные Вам рекомендации)

ҚАБЫЛДАУ (ПРИЕМ):

Дүйсенбі \_\_\_\_\_ Понедельник  
Сейсенбі \_\_\_\_\_ Вторник  
Сәрсенбі \_\_\_\_\_ Среда  
Бейсенбі \_\_\_\_\_ Четверг  
Жұма \_\_\_\_\_ Пятница  
Сенбі \_\_\_\_\_ Суббота

Учаскелік дәрігердің қабылдауын күтпей, жедел көмекке шұғыл түрде хабарласатын дабылдық белгілер (тревожные признаки, при которых следует немедленно обращаться на скорую помощь, не дожидаясь приема участкового врача).

Жедел жәрдем телефоны (Телефон скорой помощи) 103 \_\_\_\_\_

- 1) Іштің төменгі жағының, бел тұсының ауыруы (Боли в области живота, в поясничной области).
- 2) Жыныс жолдарынан қан аралас шығындылар (Кровянистые выделения из половых путей)
- 3) Ұрықтың қозғалмауы (Отсутствие шевеления плода)
- 4) Бас ауыру (Головная боль)
- 5) Көрудің бұзылуы (көз алдында «нүктелер») (Нарушение зрения («мушки» перед глазами))
- 6) Құрысқақ (Судороги)
- 7) Ісіктер (аяқтарда, қолдарда, іште, бетте) (Резкое появление или нарастание отеков (на ногах, руках, животе, лице))
- 8) Ұрық айналасындағы судың төгілуі (Излитие околоплодных вод)
- 9) Дене қызуының көтерілуі (Повышение температуры тела)

Жолдама бойынша келді

(Обратилась по направлению) \_\_\_\_\_

Өзбетімен келді (керегінің астын сызыңыз)

Самообращение (нужное подчеркнуть)

Шағымдар

(Жалобы) \_\_\_\_\_

4. Сыртартпа (Анамнез)

Тұқым қуалау (Наследственность) \_\_\_\_\_

Шалдыққан ушыққан аурулар (Перенесенные острые заболевания) \_\_\_\_\_

Гепатиттер (Гепатиты) \_\_\_\_\_

Туберкулез \_\_\_\_\_

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания) \_\_\_\_\_

Созылмалы аурулар (егер болса, диспансерлік есепте тұрады ма, базистік терапия алады ма) (Хронические заболевания (если есть, то со стоит ли на диспансерном учете, получает ли базисную терапию) \_\_\_\_\_

Жасалған операциялар (Перенесенные операции) \_\_\_\_\_

Гемотрансфузиялар (Гемотрансфузии) \_\_\_\_\_

Аллергоанамнез \_\_\_\_\_

Рентгенологиялық тексерілу (соңғы тексерілу қорытындысы) (Рентгенологическое обследование (результат последнего обследования) \_\_\_\_\_

Етеккір функциясы (Менструальная функция) \_\_\_\_\_

Менархе \_\_\_\_\_ жаста (лет), етеккірдің ұзақтығы (длительность менструации) \_\_\_\_\_, циклдың созылуы (продолжительность цикла) \_\_\_\_\_, жеткілікті, орташа, аз (астын сызыңыз) (обильные, умеренные, скудные (подчеркнуть)

Жыныстық қатынасы (Половая жизнь с) \_\_\_\_\_ жастан (лет)  
 Неке (Брак) \_\_\_\_\_  
 Әкенің денсаулығы туралы мәліметтер (Данные о здоровье отца) \_\_\_\_\_  
 Тұқым қуалаушылық (Наследственность) \_\_\_\_\_  
 Рентгенологиялық тексерулер (Рентгенологическое обследование) \_\_\_\_\_  
 Ескертпе: дәрігерге соңғы жүргізілген тексерулердің нәтижесін беру керек (Примечание: рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований)

Гинекологиялық сыртартпа (Гинекологический анамнез) \_\_\_\_\_  
 Контрацепция \_\_\_\_\_  
 Гинекологиялық операциялар (Гинекологические операции) \_\_\_\_\_

Акушериялық сыртартпа (Акушерский анамнез):

Неше жүктілік болды (Сколько было беременностей) - \_\_\_\_\_  
 Оның ішінде босану (Из них родов) - \_\_\_\_\_  
 Өз бетімен жасалған аборт (самопроизвольных аборт) - \_\_\_\_\_  
 Жатырдан тыс жүктілік (внематочных беременностей) - \_\_\_\_\_  
 Медаборттар (медабортов) - \_\_\_\_\_.

Бұрынғы жүктіліктерінің, босануларының, босанудан кейінгі кезеңдер ағымыны ерекшеліктері  
 (Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода)

Паритет	Жылы, күні Год, дата	Жүктілік қай мерзімде, немен аяқталды Чем закончилась беременность и при каком сроке				Бала тірі, өлі туылды, салмағы Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес)	Босанудың, босанудан кейінгі мерзімнің ерекшеліктері Особенности течения родов, послеродового периода
		абортпен аборттамы		босанумен родами			
		жасанды искусственным (хирургический, медикаментозный)	өздігінен, оның ішінде қатып қалған самопроизвольным, в том числе замершей	мерзімінен бұрын прежде-временными	мерзімінде в срок		
1	2	3	4	5	6	7	8

Соңғы етеккірі (Последняя менструация с) \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ жылғы  
 (года) \_\_\_\_\_ бастап (по) \_\_\_\_\_ дейін

Жүктілік спонданды немесе жоспарланған (овуляцияны ынталандыру, ЭҚ инсеминациялау)  
 (астын сызыңыз) (Беременность спонтанная или индуцированная (стимуляция овуляции, инсеминация ЭКО) (подчеркнуть).



Іштегі баланың бірінші қозғалуы (Первое движение плода) 20\_\_жылғы (года)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_

### Жүкті әйелді бірінші рет қарау (Первое обследование беременной)

Объективті деректер (Объективные данные):

Жалпы жағдайы (қанағаттанарлық) (Общее состояние (удовлетворительное))\_\_\_\_\_

Бойы (Рост) \_\_\_\_\_см. Салмағы (Масса) (вес) \_\_\_\_\_кг. Дене салмағының массасы - болған жағдайда (бұдан әрі - ДСМ) (Индекс массы тела - при наличии (далее - ИМТ))\_\_\_\_\_Тері жамылғылары (Кожные покровы)\_\_\_\_\_

Ісіктер (Отеки)\_\_\_\_\_

Сүт бездерінің зерттеу (Исследование молочных желез) \_\_\_\_\_

Тыныс алу ағзаларының жағдайы (Состояние органов дыхания)\_\_\_\_\_

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно - сосудистой системы)\_\_\_\_\_

АҚҚ (АД): \_\_\_\_\_

Іші (жұмсақ, аурусыз) Живот (мягкий безболезненный)\_\_\_\_\_

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка)\_\_\_\_\_

Қалшылдау симптомы (Симптом поколачивания)\_\_\_\_\_

Басқа ағзалары (Другие органы)\_\_\_\_\_

Несеп шығару (Мочейспускание)\_\_\_\_\_Нәжіс (Стул)\_\_\_\_\_

Акушериялық мәртебе (Акушерский статус):

Жамбас өлшемдері: (Размеры таза по показаниям) бойы 150 см қысқа емес және 170 см. жоғары, жамбас жарақаттары, жамбастың және ақ-қолдың туа біткен жарақаттары (рост менее 150см и выше 170 см, травмы таза, врожденные пороки развития таза и конечностей):

D. Sp. \_\_\_\_\_ D. cr. \_\_\_\_\_ D. troch \_\_\_\_\_с. ext \_\_\_\_\_

C. diag \_\_\_\_\_C. vera \_\_\_\_\_

Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование: высота дна матки) \_\_\_\_\_см.

Іш шеңбері (Окружность живота) көрсетілімдер бойынша (по показаниям) \_\_\_\_\_см.

Ұрықтың орналасуы, позициясы, түрі (Положение плода, позиция, вид)\_\_\_\_\_

Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание)\_\_\_\_\_

Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода)\_\_\_\_\_

Жүктілік мерзімі (Срок беременности): Етеккір бойынша (По менструации)\_\_\_\_\_УДЗ бойынша (16 аптаға дейінгі ерте) По УЗИ (раннему до 16 недель)\_\_\_\_\_

Гинекологиялық зерттеу (Гинекологическое исследование):

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы)\_\_\_\_\_

Айналарда (На зеркалах):\_\_\_\_\_

Қынап (Влагалище)\_\_\_\_\_Жатыр мойыны (Шейка матки)\_\_\_\_\_

Жатыр денесі (Тело матки)\_\_\_\_\_

Қосалқылар (Придатки)\_\_\_\_\_

Ерекшеліктері (Особенности)\_\_\_\_\_

Диагноз:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Болжамды босану мерзімі (Предполагаемый срок родов) \_\_\_\_\_

Ұсынымдар (Рекомендации): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_ Күні (Дата) \_\_\_\_\_

Қауіптік факторлары (әрбір келу кезінде айқындалады) (Факторы риска (определяются при каждом посещении))

№	Қабылдау күні (Дата приема)	Қауіп факторлары (Факторы риска)	Ескертпе (болжамды босандыратын МҰ атауы, болжамды босандуры деңгейі) (Примечание (предполагается родоразрешение наименование МО, предполагаемый уровень родоразрешения))
1	2	3	4

**Гравидограмма**



Базофилдер Базофилы												
Лимфоциттер Лимфоциты												
Моноциттер Моноциты												

**Несептің жалпы талдауы Общий анализ мочи**

КҮНІ ДАТА												
Үлес салмағы Удельный вес												
Жалпақ эпителиялары Эпителий плоский												
Лейкоциттер Лейкоциты												
Эритроциттер Эритроциты												
Цилиндрлер Цилиндры												
Қант Сахар												
Нәруыз Белок												
Бактериялар Бактерии												
Тұздар Соли												

Басқа зерттеулер (Другие исследования):

Қантты анықтауға қан тапсыру (Кровь на сахар)	
Несептің баксебу (көрсетілімдер бойынша) (Бакпосев мочи (по показаниям))	

RW 2 \_\_\_\_\_

ВИЧ-1 (ақпараттық келісіммен) (с информированного согласия) \_\_\_\_\_

ВИЧ-2 (ақпараттық келісіммен) (с информированного согласия) \_\_\_\_\_

В гепатитінің маркерлері (Маркеры гепатита В) \_\_\_\_\_

Микроскопияға жағынды (көрсетілімдер бойынша) (Мазок на микроскопию (по показаниям)) \_\_\_\_\_

Онкоцитологияға жағынды (көрсетілімдер бойынша) (Мазок на онкоцитологию (по показаниям)) \_\_\_\_\_

**Пренаталдық скрининг (Пренатальный скрининг)**

**Биохимиялық скрининг (Биохимический скрининг)**

Өткізу кезеңі (Период проведения)	Өткізу күні (Дата проведения)	Жүктілік мерзімі (Срок беременности)	Тексерілу қорытындылары (Результаты обследования)	Ескертпе (Примечание)
1 триместр (10-14 нед)				
2 триместр (16-20 нед)				

**Ультрадыбыстық скрининг (Ультразвуковой скрининг)**

Өткізу кезеңі (Период проведения)	Өткізу күні (Дата проведения)	Жүктілік мерзімі (Срок беременности)	ХА маркерлері (қолда бар болғанда) Маркеры ХА (при наличии)	Қорытынды (Заключение)	Ұсыныстар (рекомендации)
1 триместр (10-14 (апта) нед)			ТВП- ДНК-		
2 триместр (20-22 (апта) нед)					
3 триместр (32-34 (апта) нед)					

**Консультациялар (Консультации)**

**Терапевттің бірінші тексеріп-қарауы (Первый осмотр терапевта)**

Шағымдар (Жалобы) \_\_\_\_\_

**Сыртартпа (Анамнез)**

Қалыпты туды және дамыды (иә, егер жоқ болса – туғанда және бала кезіндегі ауытқулары)  
(Родилась и развивалась нормально (да, если нет- какие отклонения при рождении и в детстве) \_\_\_\_\_

Тұқым қуалаушылық ауыр емес (егер ия болса, қандай аурулар, туыстық дәрежесі)  
(Наследственность не отягощена (если да, какими заболеваниями, степень родства) \_\_\_\_\_

Бұрын ауырған аурулары: жалпы (Перенесенные заболевания: общие) \_\_\_\_\_

Балалар инфекциялары (Детские инфекции) \_\_\_\_\_

Гепатиттер (Гепатиты) \_\_\_\_\_ Туберкулез \_\_\_\_\_

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания) \_\_\_\_\_

Басқа инфекциялар (Другие инфекции) \_\_\_\_\_

Ауырған ушыққан сырқат (Перенесенные острые заболевания) \_\_\_\_\_

Созылмалы аурулар (Хронические заболевания) \_\_\_\_\_

(жүрек-тамыр, тыныс, нерв жүйесінің аурулары, қимыл-қозғалыс және т.б. аурулары)  
(заболевания сердечно- сосудистой, дыхательной, нервной систем, желудочно-кишечного тракта, опорно- двигательного аппарата и др.)

Диспансерлік есеп (Диспансерный учет) \_\_\_\_\_

(егер болса, диагнозы, тексерілген орыны, маман, соңғы қабылдау күні, қандай препараттар қабылдады) (если есть, диагноз, место наблюдения, специалист, дата последнего приема какие препараты принимает) \_\_\_\_\_

Емдеуге жатқызу (Госпитализация) \_\_\_\_\_

(егер сыртартпада болса, қандай диагнозбен, мерзімі, медициналық ұйымның атауы, шұғыл немесе жоспарлы) (если была в анамнезе, с каким диагнозом, дата, название медорганизации, экстренная или плановая)

Жасалған операциялар, асқынулар (Перенесенные операции, осложнения) \_\_\_\_\_

Алған жарақаттары және олардың салдары (Перенесенные травмы и их последствия) \_\_\_\_\_

Гемотрансфузия \_\_\_\_\_

Аллергоанамнез \_\_\_\_\_

**Объективті деректер (Объективные данные):**

Жалпы жағдайы (қанағаттанарлық) (Общее состояние (удовлетворительное) \_\_\_\_\_

Дене құрылысының ерекшеліктері (Особенности телосложения): Нормостеник (астеник, гиперстеник) \_\_\_\_\_

Тері жамылғылары (Кожные покровы) \_\_\_\_\_

Дене қызуы (Температура) \_\_\_\_\_

Ауыз қуысының жағдайы (Состояние полости рта) \_\_\_\_\_

Аңқаның, бадамшаның жағдайы (Состояние зева, миндалин) \_\_\_\_\_

Лимфа түйіндері (Лимфоузлы) \_\_\_\_\_

Ісіктері (жоқ, бар, оқшауланған) (Отеки (нет, есть, локализация) \_\_\_\_\_

Сүт бездерінің жағдайы (осмотр молочных желез) \_\_\_\_\_

Тыныс алу ағзаларының жағдайы (Состояние органов дыхания) \_\_\_\_\_

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно- сосудистой системы) \_\_\_\_\_

Пульс \_\_\_\_\_

АҚҚ (АД): оң қолында (на правой руке) \_\_\_\_\_ сол қолында (на левой руке) \_\_\_\_\_

Іші (жұмсақ, ауырмайды) Живот (мягкий безболезненный) \_\_\_\_\_

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка) \_\_\_\_\_

Қалшылдау симптомы (Симптом поколачивания) \_\_\_\_\_

Басқа ағзалары (Другие органы) \_\_\_\_\_

Несеп шығару (Мочеиспускание) \_\_\_\_\_ Нәжіс (Стул) \_\_\_\_\_

**Диагнозы** \_\_\_\_\_

**Ұсыныстар (Рекомендации)**

\_\_\_\_\_ Дәрігердің қолы (

Подпись врача) \_\_\_\_\_ Күні (Дата) \_\_\_\_\_

Терапевттің қайтадан тексеріп-қарауы ( Повторные осмотры терапевта) \_\_\_\_\_

Мамандардың консультациялары (Консультации специалистов) \_\_\_\_\_





### Босануға дайындау (Подготовка к родам)

Ана мектебі Школа подготовки к родам				
Күні Дата	Жүктілік мерзімі Срок беременности	Оқудың тақырыбы Тема занятия	Серігінің қатысуы Посещение партнера	Дәрігердің қолы Подпись врача

### Патронаждық қаралуы (Патронажные посещения)

Күні (Дата)					
Жүктілік мерзімі (Срок беременности)					
Шағымы (Жалобы)					
Жалпы жағдайы (ісінуі) (Общее состояние (отеки))					
АҚҚ (АД) оң қолында (на правой руке)					
сол қолында (на левой руке)					
Іштегі баланың орналасуы (Положение плода)					
Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода)					
Тұрмыстық жағдайы (Бытовые условия)					
Әлеуметтік әл-ауқаты (Социальное благополучие)					
Ұсыныстар (Рекомендации)					
Қолы (подпись)					

Педиатрдың патронажы (Патронаж педиатра) \_\_\_\_\_  
Әлеуметтік қызметкердің патронажы (көрсетілімдер бойынша) (Патронаж соцработника (по показаниям)) \_\_\_\_\_

**Акушер-гинеколог дәрігердің қабылдауы**  
(барған сайын толтырылады)  
**Прием врача акушер - гинеколога**  
(заполняется при каждом посещении)

Мерзімі (Дата) \_\_\_\_\_

	Шағымдар (Жалобы) _____ _____
	Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____
АД	Тері жамылғылары (Кожные покровы) _____ Ісіктер (Отеки) _____
Пульс	Іш (Живот)
	Жатыр (Матка)
	_____
	Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование): Высота дна матки _____ см. Ұрықтың орналасуы, (Положение плода) _____
	_____
	Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) Головное/ тазовое _____ Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) Анық, бір қалыпты (Ясное, ритмичное) _____ Жүрек қысқарту жиілігі болған жағдайда (бұдан әрі - ЖҚЖ) (частота сердечных сокращений - при наличии (далее - ЧСС) - минутына (в минуту)
	Басқа ағзалары (Другие органы) _____
	Несеп шығару (Мочеиспускание) _____ Нәжіс (Стул) _____
	<b>ДИАГНОЗЫ:</b> Жүктілігі (Беременность) _____ апта (недель).
	1) Тексерілулер (Обследования):
	2) Ұсыныстар (Рекомендации):


Дәрігердің қолы (Фамилия и подпись врача) \_\_\_\_\_

**Жүкті әйелдің өзін-өзі бақылау күнделігі**  
**Дневник самонаблюдения беременной**

Мерзімі (Дата) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Мерзімі (Дата) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Мерзімі (Дата) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Мерзімі (Дата) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Мерзімі (Дата) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Мерзімі (Дата) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Мерзімі (Дата) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Мерзімі (Дата) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**Перзентхананың, аурухананың босану бөлімшесінің жаңа босанған әйел туралы мәліметтері**  
**Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице**

Түскен күні (Дата поступления) \_\_\_\_\_

Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход беременности: аборт, роды в срок, преждевременные) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ апта (недель). Күні (Дата родов) \_\_\_\_\_

Диагнозы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Босану

ерешеліктері (Особенности родов) \_\_\_\_\_

Нәресте: тірі, салмағы (Ребенок: живой, пол \_\_\_\_\_, масса (вес) \_\_\_\_\_ грамм, бойы (рост) \_\_\_\_\_ сантиметров.

Перзентханадан шықты, ауруханаға ауыстырылды, перзентханада шетінеді (астын сызыңыз) – диагнозы (Выписался, переведен в больницу, другое (подчеркнуть) – диагноз) \_\_\_\_\_

Босану кезіндегі жедел көмектер (Оперативные пособия в родах) \_\_\_\_\_

Ауырсынуды басу: қолданылды, қолданылған жоқ (астын сызыңыз), қандай, тиімділігі (Обезболивание: применялось, нет (подчеркнуть), какое, эффективность) \_\_\_\_\_

Босанғаннан кейінгі кезең ағымы (аурулары) (Течение послеродового периода (заболевания)) \_\_\_\_\_

Босанғаннан кейін \_\_\_\_\_ күні шықты (Выписана на \_\_\_\_\_, (день после родов)

Шығу күні (Дата выписки) \_\_\_\_\_

Диагнозы және стационардың атауы (ауысқан жағдайда) (Диагноз и название стационара (в случае перевода) \_\_\_\_\_

Баланың жағдайы (Состояние ребенка) \_\_\_\_\_

туған кездегі (при рождении) \_\_\_\_\_

перзентханада (в родильном доме) \_\_\_\_\_

шыққан кезінде (при выписке) \_\_\_\_\_

Ерекше ескертулер (Особые замечания) \_\_\_\_\_

20 жыл (год) « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Акушер-гинеколог дәрігер (Врач акушер-гинеколог) \_\_\_\_\_

Жүктілігіне байланысты демалыс (Отпуск по беременности)  
с 20\_\_ жылғы года) «\_\_» \_\_\_\_\_ бастап  
по 20\_\_ жылғы года) «\_\_» \_\_\_\_\_ дейін  
Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № \_\_\_\_\_  
Босануы (Роды) 20\_\_ жыл год) \_\_\_\_\_ мерзімінде, бұрын, кейін  
(в срок, раньше, позже) на \_\_\_\_\_ күнге (дней)  
Босанды (Роды произошли в) \_\_\_\_\_  
Босану асқынумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс (Послеродовой  
дополнительный отпуск при осложненных родах) на \_\_\_\_\_ күн (дней)  
(с) 20\_\_ жылғы года) «\_\_» \_\_\_\_\_ бастап  
(по) 20\_\_ жылғы года) «\_\_» \_\_\_\_\_ дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № \_\_\_\_\_

Босанған әйелді бақылау (Наблюдение за родильницей)

Күні Дата	Шағымы Жалобы	Зерттеу деректері Данные обследования	Keңестер, тағайындаулар Советы, назначения
		1) флюорография	

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

Консультация меңгерушісінің қолы (Подпись заведующей консультацией) \_\_\_\_\_

## **ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ БОЛДЫРМАУДЫ ҚАЖЕТ ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР ФАКТОРЫ, КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

### *Дәрілік препараттар*

Витаминді-минералды кешендерден басқа кез-келген дәрілік препарат Сіздің болашақ балаңызға әсерін тигізеді. Сондықтан Сіз өзіңіздің дәрігер жазып бермеген препараттарды (бұл бас ауырған кездегі қабылдайтын аспирирге де қатысты) қабылдамауыңыз керек.

### *Алкоголь*

Жүктілік негізінде және баланы емізген алкоголь ішімдіктерін және құрамында алкоголь бар кез-келген сусындарды ішуден бас тартыңыз. Жүктілік кезінде алкогольді пайдалану кездейсоқ түсік тастауға және баланың даму кемістіктеріне, сондай-ақ жаңа туған нәресте салмағының азаюына әкеліп соғады.

### *Темекі шегу*

Жүктілік кезінде темекі шегу өте қауіпті. Ол мерзімінен бұрын босанудың, кездейсоқ түсік тастаудың және басқа да асқынулардың себебі болуы мүмкін. Темекі шегушінің балалары респираторлық аурулармен жиі ауырғыш келеді.

Егер Сіз темекіні көп шегетін болсаңыз, бұл жағымсыз әдетті жүктіліктің 4-аптасының басына дейін міндетті түрде тастау керек.

### *Лекарственные препараты*

Любой лекарственный препарат, кроме витаминно - минеральных комплексов, оказывает влияние на Вашего будущего ребенка. Именно поэтому Вы не должны принимать препараты, не предписанные Вашим врачом (это касается даже аспирина, применяемого при головной боли).

### *Алкогoль*

Во время беременности и кормления грудью избегайте алкогольных напитков и любых препаратов, содержащих алкоголь. Злоупотребление алкоголем во время беременности приводит к риску спонтанного выкидыша и возникновению пороков развития ребенка, а также к снижению массы новорожденного.

### *Курение*

Во время беременности курение очень опасно. Оно может стать причиной преждевременных родов, спонтанного выкидыша и других осложнений. Дети курильщиков более чувствительны к респираторным заболеваниям.

Если Вы заядлая курильщица, обязательно оставьте эту вредную привычку хотя бы до начала 4-го месяца беременности.

## **ЖАҒЫМСЫЗДЫҚ ЖАҒДАЙЛАРЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ ЯВЛЕНИЯ ДИСКОМФОРТА И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ**

### *Жүрек айну және құсу*

Көбінесе жүрек айну мен құсу жүктіліктің 1-айында пайда болады және өте ұзаққа созылмайды. Егер таңертен төсектен тұрардың алдында аз ғана жүгері ұлпасын немесе құрғақ крекер жесе, онда жеңілдейді.

Күніне аз-аздан 5 рет тамақтаныңыз – сұйықты ас қабылдау кезінде емес, ас қабылдау арасында ішіңіз. Майлы және ащы тамақтан бас тартыңыз.

Үйіңізде ешқандай иістерді болдырауға тырысыңыз. Дәрілерді тек дәрігердің тағайындауы бойынша ғана қабылдаңыз.

### *Тошнота и рвота*

Обычно тошнота и рвота возникают в течение 1-го месяца беременности и продолжают недолго. Облегчение наступает, если утром до подъема с постели съесть немного кукурузных хлопьев или сухой крекер.

Ешьте 5 раз в день понемногу- Жидкость пейте между приемами пищи, а не во время еды. Избегайте жирной и острой пищи.

Старайтесь, чтобы в Вашем доме не было никаких запахов. Принимайте лекарства только по назначению врача.

### *Қыжылдау*

Ол көбінесе астан кейін, демалу кезінде немесе ұйықтаған кезде пайда болады. Бұл жағдайды жеңілдету

үшін асты күніне 5 рет кішкене ғана порциялармен қабылдау керек, майлы, ащы немесе астың қорытылуына зиян келтіретін тамақтан бас тартқан жөн.

Ұйықтаған кезде жату қалпыңызды өзгертуге тырысыңыз. Сізге басыңыздың астына биіктеу жастық салып жату да көмектеседі.

### *Изжога*

Обычно она возникает после еды, во время отдыха или сна. Чтобы облегчить это состояние, следует принимать пищу 5 раз в день небольшими порциями, избегая жирной, острой или нарушающей пищеварение пищи.

Пытайтесь менять свое положение во время сна. Вам поможет и приподнятое подушками положение головы

## **ДҰРЫС ТАМАҚТАНЫҢЫЗ ПИТАЙТЕСЬ ПРАВИЛЬНО**

Жүктілік кезінде Сіздің ағзаңыз өсіп келе жатқан ұрықтың қажеттіліктерін толықтыру үшін көп жұғымды заттарды қажет етеді. Сіз және сіздің болашақ балаңызға үнемі нәруыздар, көмірсулар, майлар, клетчатка, минералдар мен витаминдер пайдалануды қажет етеді.

Толыққанды тамақтану және теңестірілген витаминдер мен минералдардың қажетті мөлшерін алу үшін Сіз күнделікті тамақ өнімдерінің төрт негізгі тобын алуыңыз керек: сүт және сүт өнімдерін, нәруыздар, нан және дәндер, жемістер және көкөністер, 6 – 8 стакан сұйықтық ішуге, поливитаминді кешендер қабылдау. Дұрыс тамақтану жүкті әйелдің денсаулығына жағымды әсер етеді және баланың жақсы өсуі мен жатырда дамуы үшін қажетті жұғымды элементтерді береді.

Негізгі қағида: тамақ әр түрлі болуы керек, көбінесе табиғи мол болып, жасанды түрде қайта өңделген өнімдер неғұрлым аз болуы керек.

Жүктіліктің бірінші ұшайлығында көп көкөністерді, жемістерді, сусындар мен көкшөптерді қамтитын тамақтану режимін сақтау керек. Дәні бұзылмаған жармаларды пайдалану керек.

Жүктіліктің екінші ұшайлығы ең жайлы мерзім болып табылады. Осы кезде ас салыстармалы түрде құнарлы болуы мүмкін. Ас мәзірінде жемістер, көкөністер, көкшөптер ғана емес, сондай-ақ ет, сүт өнімдері, жаңғақтар, жұмыртқалар, бұршақ тұқымдастары болуы мүмкін. Бұл кезде ұн өнімдері де қажет: қара нан, кебектер және тазартылмаған күріш қосылған нан.

Жүктіліктің үшінші ұшайлығы – бала үшін ең маңызды кезең. Осы мерзімде калорияс аз тамақ болуы керек. Майлы және ұн өнімдерін, кондитер бұйымдарын пайдаланудан алып тастау керек немесе шектеу керек. Әсіресе бұл артық салмағы бар әйелдерге қатысты.

Босану кезінде майлы тіндер емес, бұлшық еттер қызмет етеді.

Жүктіліктің соңғы айларында етті пайдалануды шектеу қажет, бұл тіндердің созылмалылығын арттырады да, ол жыртылудың алдын алады және босану кезінде ауырсынуды азайтады.

Жүктіліктің бірінші мерзімінде тамақтану режимі әдеттегідей, күніне 4 рет болуы мүмкін. Екінші мерзімде жүкті әйел күніне 5 – 6 рет тамақтануы керек. Алайда қыжылдау (асқазанда қызу), кекіру немесе іштің кебуі сияқты жағымсыз жағдайлар болмау үшін порциялары өте үлкен болмауы керек.

Во время беременности Ваш организм требует больше питательных веществ, чтобы удовлетворить Ваши потребности растущего плода. Вы и Ваш будущий ребенок постоянно нуждаетесь в белках, углеводах, жирах, клетчатке, витаминах и минералах.

Чтобы получить полноценное питание и сбалансированное количество витаминов и минералов, Вы должны ежедневно получать *четыре основные группы пищевых продуктов*: молоко и молочные продукты, мясо, цельнозерновые (горох, фасоль, кукуруза), хлеб грубого помола и крупы, фрукты и овощи, выпивать 6-8 стаканов жидкости, принимать поливитаминные комплексы. Правильное питание благоприятствует здоровью беременной и поставляет питательные элементы, необходимые ребенку для хорошего роста и внутриматочного развития.

Основной принцип: питание должно быть разнообразным, максимально натуральным и содержать минимальное количество искусственно переработанных продуктов.

В *первый триместр беременности* рекомендуется соблюдать режим питания, включающий много овощей, фруктов, соков и зелени. Необходимо использовать цельные крупы.

*Второй триместр беременности* считается самым спокойным периодом. В это время пища может быть относительно калорийной. В меню должны быть включены не только фрукты, овощи, зелень, крупы, но также мясо, молочные продукты, орехи, яйца, бобовые. Мучные продукты также необходимы: черный хлеб, хлеб с отрубями и неочищенным рисом.

*Третий период беременности* - очень важный период для ребенка. В этот период пища должна быть малокалорийной. Следует исключить или ограничить потребление жирных и мучных продуктов, кондитерских изделий. Особенно это важно для беременных женщин с лишними килограммами.

В родах участвуют мышцы, а не жировая ткань.

Следует ограничить потребление мяса в последние месяцы беременности: это повысит эластичность тканей, что послужит хорошей профилактикой разрывов и уменьшит болевые ощущения во время родов.

В первый период беременности режим питания может остаться обычным, 4 раза в день. Во второй период беременная женщина должна питаться 5-6 раз в день. Но порции должны быть не слишком большими, чтобы избежать таких неприятных ощущений, как: изжога (жжение в желудке), отрыжка или вздутие живота.

**КҮНДЕЛІКТІ РАЦИОНДЫ ЖАСАУ КЕЗІНДЕ  
«ТАМАҚТАНУ ПИРАМИДАСЫН» БАСШЫЛЫҚҚА АЛУ ҚАЖЕТ**

## ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ЕЖЕДНЕВНОГО РАЦИОНА НЕОБХОДИМО РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ «ПИРАМИДОЙ ПИТАНИЯ»

- Тағамыңыздың құрылымы пирамида ретінде болуы керек: негізгі бөлігі «базисі» қатты бидай наны, дәнді дақылдар, жарма ботқалары мен макарон бұйымдарынан тұрады. Сізге осы тағамдарды басқаларға қарағанда көбірек жеу керек. Жеміс-жидектер қажетті тамақтанудың екінші орынды алады. Үшінші, сүт тағамдарын, сондай-ақ ет, бұршақ жұмыртқалары мен жаңғақтарды пайдалану керек. Пирамиданың басында майлар мен тәттілер орналасқан, оларды ең төмен мөлшерде қабылдау керек. Егер Сізде дұрыс тамақтануға қатысты сұрақтар болса, дәрігердің көмегіне жүгініңіз.

- По структуре Ваше питание должно напоминать пирамиду: наиболее широкая часть, «базис», состоит из хлеба грубого помола, зерновых культур, крупяных каш и макаронных изделий. Вам следует есть этих продуктов больше, чем каких-либо других. Фрукты и овощи образуют вторую по величине группу необходимых продуктов питания. Третью, еще меньшую группу составляют молочные продукты, а также мясо, бобовые яйца и орехи. На верхушке пирамиды находятся жиры, масла и сладости, которые рекомендуется есть в минимальных количествах. Если у Вас возникают какие-либо вопросы относительно здорового питания, обратитесь за помощью к врачу.



Майлар, тәттілер  
Жиры, сладкое  
Сыыр еті, тауық еті,  
жидектер, балық,  
сүт өнімдері – күніне 2-3 рет  
Говядина, куриное мясо,  
рыба, ягоды, молочные продукты –  
2-3 раза в день  
Жемістер – күніне 2-4 рет  
Көкөністер – күніне 3-5 рет  
Фрукты – 2-4 раза в день  
Овощи – 3-5 раз в день  
Нан, жармалар, күріш,  
ұн өнімдері – күніне 5 рет



Жаңадан дайындалған  
шырындар – шектеусіз  
Свежие соки – без ограничений

## **ЖЕКЕ ГИГИЕНА ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА**

### *Тісті күту*

Өзіңіздің жүкті екеніңізді білген соң, ұзаққа созбай тіс дәрігеріне барыңыз. Дәрігерге өзіңіздің жүктілігіңіз туралы айтыңыз.

Күн сайын таңертең және ұйықтар алдында тісіңізді тазалаңыз, әрбір ас қабылдағаннан кейін аузыңызды шайыңыз.

Ағзаға тістің сақталуына қажет кальцийдің түсуін қамтамасыз ететін сүт өнімдерін ішіңіз.

### *Уход за зубами*

Узнав, что Вы беременны, безотлагательно нанесите визит к стоматологу. Предупредите врача о своей беременности.

Ежедневно чистите зубы по утрам и перед сном, полощите рот после каждого приема пищи.

Употребляйте в пищу молочные продукты, обеспечивающие поступление в организм кальция, необходимого для сохранения зубов.

### *Шомылу*

Күнделікті ванна немесе душ Сізді сергітеді және көтеріңкі көңіл-күй береді. Шат арасын жақсылап жуыңыз. Жүктіліктің соңғы айларында ванна қабылдау туралы дәрігермен кеңесіңіз.

### *Купание*

Ежедневная ванна или душ освежат Вас и придадут хорошее самочувствие и настроение. Хорошо промывайте область промежности. Проконсультируйтесь с врачом относительно приема ванн в течение последнего месяца беременности.

### *Киім және аяқ киім*

Сіздің киіміңіз кең болуы және қозғалысыңызға кедергі болмауы керек. Аяқ киім ыңғайлы және функциялы болуы тиіс.

### *Одежда и обувь*

Ваша одежда должна быть свободной и не стеснять движений. Одежда должна быть из натуральных, в основном, хлопчатобумажных тканей. Одеваться надо тепло, соответственно погоде. Обувь должна быть удобной и функциональной, желательно из натуральных материалов.

### *Жұмыс*

Егер Сіздің қызметіңіздің түрі ауыр еңбекпен немесе зиянды заттармен байланысты болмаса және егер дәрігер жұмысты жүктілік бойынша демалысқа дейін тоқтату қажет деп санамаса, Сіз оны ресімдегенге дейін еңбек етуді жалғастыра аласыз.

### *Работа*

Если род Вашей деятельности не связан с тяжелым физическим трудом или с контактом с вредными веществами и если врач не сочтет необходимым для Вас прекратить работу до декретного отпуска, Вы можете продолжать трудиться вплоть до его оформления.

### *Жыныстық қатынастар*

Жүктілік мерзімі кезіндегі жыныстық қатынастар, сіздің болашақ балаңызға қандай да бір қауіпсіз, жұбайыңыз екеуіңіз қанша қаласаңыз, сонша жиі болуы мүмкін. Шектеу тек түсік тастау қаупі болған жағдайда ғана болуы мүмкін. Бұл кезде дәрігер Сіздерге жүктіліктің бірінші 3 айында жыныстық қатынастан бас тартуды сұрауы мүмкін. Кейбір дәрігерлер босану мерзіміне дейін бірнеше апта қалған кезде жыныстық қатынасты тоқтатуды талап етуі мүмкін. Бұл мәселені дәрігермен талқылау өте маңызды.

### *Половые контакты*

Сексуальные контакты на протяжении почти всей беременности могут быть столь частыми, как того хотите Вы с мужем, без какого - либо риска для будущего ребенка. Исключение должно быть сделано лишь в случае угрозы выкидыша. В этом случае врач попросит Вас воздержаться от контактов в течение первых 3 месяцев беременности. Некоторые врачи настаивают на прекращении

половых контактов за несколько недель до срока родов. Очень важно обсудить этот вопрос с врачом

## **СҮТ БЕЗДЕРІН КҮТҮ**

### **УХОД ЗА МОЛОЧНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ.**

Егер сіз мықты төсемдері бар бюстгальтер кисеңіз - өзіңізді ыңғайлы сезінесіз. Егер сіздің омырауыңыз үлкен болса, ұйықтаған кезде де бюстгальтерді шешпеңіз. Шамамен жүктіліктің ортасында емізіктерден түссіз немесе сарғылт түсті сұйықтық - уыз шығуы мүмкін. Егер уыз қатып қалса, ол сүт бездері сүттің пайда болуына дайындалып жатқанын білдіреді. Егер уыз қатпарланып қатып қалса, оны жылы сумен жуып кетіріңіз (сабын тітіркендіруі мүмкін). Бюстгальтерге сұйықты бойына сіңіретін мақта тампон салып алыңыз.

Вы почувствуете себя комфортно, если будете носить бюстгальтер с плотными прокладками. Если у Вас большая грудь, не снимайте бюстгальтер во время сна. Примерно в середине беременности из сосков могут выделяться капли бесцветной или желтоватой жидкости - молозиво. Его появление означает, что молочные железы готовятся к появлению молока. Если молозиво засыхает, образуя корочки, удалите их теплой водой (мыло может вызвать раздражение). Кладите в бюстгальтер ватный тампон, который будет впитывать жидкость.

Перзентханада болуға дайындық

Перзентханада болу үшін барлық қажет нәрселерді босанудың болжанып отырған мерзіміне дейін мүмкіндігінше 3-4 күн бұрын дайындаған жөн.

Подготовка к пребыванию в родильном доме

Желательно собрать все необходимое для пребывания в родильном доме за 3- 4 дня до предполагаемого срока родов.

## **ПЕРЗЕНТХАНАҒА ТҮСЕТІНДЕРГЕ АРНАЛҒАН ЖАДНАМА**

### **ПАМЯТКА ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ В РОДДОМ**

Өзімен бірге әкелетін заттар: жеке куәлік, жүкті және босанатын әйелдің ауыстырмалы - хабарлау картасы, иіс сабын, тіс щеткасы және пастасы, тарақ, шоколад немесе екі алма, тері тапочка, гигиеналық пакеттер. Барлығын целлофан пакетке салу керек. Өзімен бірге бір адам ілестіріп келу керек. Барлық ақша мен бағалы заттарды (сырға, сақина, сағат) үйде қалдырған жөн. Қол-аяқтың тырнақтарын үйден алып, тырнақтардағы лактарды кетіру керек.

Бала үшін: бас киім, нәскилер, қолғаптар, байкадан тігілген көйлектер, памперстер, шалбарлар. Барлық заттарды жуу және үтіктеу керек.

Иметь при себе: удостоверение, обменную карту беременной и родильницы, мыло туалетное, зубную щетку и пасту, расческу, шоколад или два яблока, тапочки кожаные, гигиенические пакеты. Все сложить в целлофановый пакет. Прийти с сопровождающим. Оставить дома деньги и все ценные вещи (серьги, кольца, часы). Дома подстричь ногти на руках и ногах, снять лак с ногтей.

Для ребенка: шапочка, носочки, варежки, распашонки байковые, памперсы, ползунки. Все вещи нужно постирать и погладить.

## **ЕМШЕКПЕН ҚОРЕКТЕНДІРУ**

### **ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ**

Әр ана өз баласын емшегімен емізе алады. Емшек сүті Сіздің балаңыз үшін ең жақсы тамақтану болып табылады. Онда жұғымды заттар, витаминдер, минералдар мен микроэлементтер тиімді үйлестірілген, емшек сүтінің құрамы баланың қажеттілігіне байланысты өзгеруі мүмкін. 4-6 айға дейін тек емшек сүтімен тамақтанған балалар тамақтануына су немесе басқа қандай да бір сусындарды қажет етпейді. Емшек сүтінің құрамында қорғаныш факторлары бар және өзі де стерильді болып, баланы барлық ішек және т.б. аурулардан сақтайды. Емшекпен емізу құрамында мидың дамуына

ықпалын тигізетін витаминдер, гормондар, липидтер бар болғандықтан, балалардың нерв-психикалық дамуына жақсы әсер етеді.

Емшекпен емізу анаға да пайдалы, өйткені ол келесі жүктіліктен сақтауға көмектесіп, келешекте мастопатиядан, сүт бездерінің және анабездің обырынан сақтайды.

Емшекпен емізу экономикалық тұрғыдан да отбасы үшін тиімді: сүт әрқашан болады, ол жылы және стерильді, құрғақ ұнтақты сатып алудың және оны дайындаудың қажеті жоқ. Баланы жасы бойынша қосымша тамақтандыруды 4-6 айдан кейін бастаған дұрыс.

Жас нәрестені бірінші рет тамақты анасының уызымен бірге бала бірінші иммундауды алу үшін немесе басқаша айтқанда, жұқпадан қорғау үшін туған соң жарты сағаттан кейін беру керек. Баланы қажеттілігі бойынша тамақтандыру керек: бала емшекті қаншалықты жиі және ұзақ емсе, анасында соншалықты сүті мол болады.

Үйдегі жағымды жағдай, анасының толыққанды демалысы мен тамақтануы, отбасы мүшелерінің көмегі баланы анасының бір жасқа немесе екі жасқа дейін емізуіне көмектеседі.

Толыққанды емшекпен тамақтандыру Сіздің балаңызға дені сау болуына, дене бітімі мен ақыл-есінің дамуына, ал Сізге ана болу бақытын шынайы сезінуге мүмкіндік береді.

Каждая мать может кормить своего ребенка грудью. Грудное молоко является лучшим питанием для Вашего малыша. В нем идеально сбалансированы питательные вещества, витамины, минералы и микроэлементы, более того, состав грудного молока может меняться соответственно потребностям ребенка. Здоровые дети, находящиеся на исключительно грудном вскармливании до 4 - 6 месяцев, не нуждаются в добавке воды или другого питья и питания. Грудное молоко содержит защитные факторы и, само являясь стерильным, надежно защищает младенца от кишечных расстройств, инфекций дыхательных путей и т. д. Грудное вскармливание положительно влияет на нервно-психическое развитие детей из-за содержания в нем витаминов, гормонов, липидов, способствующих развитию головного мозга.

Кормление грудью полезно и для матери, потому что оно служит естественным методом предохранения от следующей беременности, снижает риск заболевания в будущем мастопатией, раком молочной железы и яичников.

Грудное вскармливание выгодно для семьи и с экономической точки зрения: молоко всегда есть, оно теплое и стерильное, нет необходимости покупать и готовить смеси для ребенка. Прикорм ребенка по возрасту следует начинать после 4-6 месяцев.

Первое кормление новорожденного важно провести в первые полчаса после рождения для того, чтобы вместе с молозивом матери ребенок получил первую иммунизацию, или, другими словами, защиту от инфекций. Кормить малыша необходимо по потребности: чем чаще и дольше ребенок будет сосать грудь, тем больше молока будет у матери. Доброжелательная обстановка в доме, полноценный отдых и питание матери, помощь членов семьи помогут матери кормить ребенка только грудью до 4 - 6 месячного возраста, а в дальнейшем, введя прикорм по возрасту, продолжить грудное вскармливание до одного года или двух лет.

Полноценное грудное вскармливание дает возможность Вашему ребенку быть здоровым, развитым физически и интеллектуально, а Вам испытать истинное чувство материнства.

## **ЖАС НӘРЕСТЕНІҢ ТЕРІСІН КҮТУ УХОД ЗА КОЖЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО**

### **Жас нәрестенің терісін дұрыс күту үшін:**

- Балаларды күтуге арналмаған жуғыш заттарды пайдаланбау
  - Жөргектерде несеп, нәжіс жұғындары, жуғыш заттардың қалдықтары сияқты сыртқы тітіркендіргіштердің әсерін азайту
  - Теріні таза ұстау, жөргектер мен жаялықтарды жиі ауыстыру
- Үнемі ылғалды сорып алатын және үйкелісті азайтатын, сыртқы тітіркендіргіштермен байланыстан қорғайтын «кедергі» кремдерді, балаларға арналған ұнтақтарды пайдалану
- Үйдегі температура мен ылғалдылықты бірқалыпты ұстау қажет.

*Для правильного ухода за кожей новорожденных необходимо:*

- Не использовать моющие средства, не предназначенные для ухода за детьми;

- Уменьшить воздействие внешних раздражителей, таких, как моча, фекалии, остаточные пеленках;
- Поддерживать чистоту кожи, чаще менять пеленки и подгузники;
- Постоянно использовать «барьерные» кремы, защищающие кожу от контакта с внешними раздражителями, детские присыпки, поглощающие влагу и снижающие трение;
- Поддерживать в доме нормальную температуру и влажность.

### *Баланы күтуде балалар гигиенасы құралдарының рөлі*

Балалар терісін күту үшін арнайы әзірленген құралдар дұрыс күтуді және болуы мүмкін тері зақымдануының алдын алуды қамтамасыз етуде атқаратын рөлі зор. Олар өздері қандай да бір түрде осы зақымдардың пайда болуына ықпал етпейді. Мұндай жоғары талаптарға тек бала терісінің ерекшеліктерін ескере отырып, технологиялық стандарттар қатаң сақталған сенімді және қауіпсіз компоненттерден жасалған, сапасы қатаң бақылаудан өткен, сондай-ақ арнайы клиникалық сынақтардан өткен құралдар ғана сәйкес келуі мүмкін.

### *Роль средств детской гигиены в уходе за ребенком*

Специально разработанные средства для ухода за детской кожей играют важную роль в обеспечении правильного ухода и профилактики всевозможных кожных нарушений. Естественно, что они не должны сами каким-либо образом способствовать возникновению этих нарушений. Таким высоким требованиям могут соответствовать только средства, разработанные с учетом особенностей детской кожи, произведенные из надежных и безопасных компонентов при строжайшем соблюдении технологических стандартов, прошедшие строжайший контроль качества, а также специальные клинические испытания.

## **БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢ ГИГИЕНАСЫ ГИГИЕНА ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА**

Сіз перзентханадан үйге оралғанға дейін пәтеріңізде жалпы тазалық жұмысы жүргізілуі керек .

Босанудан кейінгі кезеңде Сіз күндіз демалуыңыз керек, өйткені Сізге баланы күту үшін түнде тұру қажет болады. Сізге қатты шаршауға болмайды, бұл Сіздің денсаулығыңыз және емшек сүтіңіздің нәрлілігіне әсер етеді.

Сіз өз денеңіздің тазалығына мұқият қарауыңыз керек.

Сүт бездерін бірқалыпты ұстау үшін Сізге чашкелері бар бюстгальтер кию керек, ол кеудені қыспай, керісінше көтеріп тұруы тиіс. Бюстгальтерді күн сайын ауыстырып отырған жөн.

Сіздің асыңыздың құрамында нәруыздар, майлар, көмірсулар, витаминдер, минералдар мен микроэлементтер жеткілікті болу керек. Емізетін ананың толыққанды тамақтануы жас нәрестенің толыққанды тамақтануының кепілі болып табылады. Емізетін ананың арнайы поливитаминдік кешендерді қабылдауы емшек сүтін өмірлік маңызды заттармен байытуға мүмкіндік береді және жас нәрестенің өсуіне ықпал етеді.

Жыныстық қатынастарға босанғаннан кейін екі айдан кейін және дәрігердің тексеруінен кейін рұқсат етіледі. Емшекпен емізу кезінде жүктіліктің басталуы орынсыз, сондықтан Сізге дәрігерден контрацепция және отбасын жоспарлаудың қазіргі заманғы әдітері туралы кеңес алу керек.

Босанудан кейін алғашқы айларда ауыр жұмыстар жасауға болмайды.

Өзін-өзі нашар сезінген жағдайда әйелдер консультациясына немесе емханаға, ал балаңыз ауырған кезде – балалар емханасына хабарласыңыз.

Үйде емдеу шараларын жасамаңыз.

Перед Вашим возвращением из роддома в квартире должна быть проведена генеральная уборка.

В течение послеродового периода Вы должны отдыхать днем, так как ночью Вам приходится вставать для ухода за ребенком. Вам не следует допускать переутомления, это может сказаться на Вашем здоровье и грудном вскармливании.

Вы должны тщательно следить за чистотой Вашего тела.

Для поддержания молочных желез Вам следует носить бюстгальтер с чашечками, он должен приподнимать, но не сдавливать грудь. Бюстгальтер желательно менять ежедневно.

Ваша пища кормящей матери должна содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минералов и микроэлементов. Полноценное питание кормящей матери является залогом полноценного питания новорожденного. Прием кормящей матерью специальных поливитаминных комплексов позволит обогатить грудное молоко жизненно важными веществами и будет способствовать росту новорожденного.

Половая жизнь разрешается только через два месяца после родов и после осмотра врача. Наступление беременности во время кормления грудью нежелательно, поэтому Вам необходимо получить совет у врача о современных методах контрацепции и планирования семьи.

Выполнение тяжелых работ в первые месяцы после родов недопустимо.

В случае недомоганий немедленно обратитесь за помощью в женскую консультацию или поликлинику, а при заболевании ребенка – в детскую поликлинику.

Не применяйте домашних способов лечения.

## **АНАҒА ҚҰТТЫҚТАУЛАР! ПОЗДРАВЛЕНИЯ МАМЕ!**

Ана болу әйел алдында үлкен ғажайып әрі беймәлім әлемді ашады. Әр жүктілік бірегей және еш нәрсеге қарамастан, осының барлығын көптеген сансыз отбасыларда көптеген рет болса да, әр жүкті әйел мұндай тәжірибені өзінше өткереді.

Жас нәрестенің дүниеге келуі – үлкен қуаныш. Бұл сонымен қатар барлық отбасы үшін сынақтар кезеңі: үйреніп қалған әдеттер өзгереді, жаңа жұмыстар пайда болады. Ата-ана болу – жас нәрестеге деген жауапкершілік қана емес, бұл – зор бақыт.

«Үлгілі ата-ана» болуға тырысыңыздар. Әрбір бала – қайталанбайтын тұлға. Туған сәттен бастап ол – жеке тұлға. Ең бастысы, Сіз және сәбиіңіз бір-біріңізді жан жүрегіңізбен түсініп, жақсы көруіңіз.

Материнство открывает перед женщиной огромный мир – удивительный и незнакомый. Каждая беременность уникальна, и, невзирая на то, что, это случалось великое множество раз в бесчисленных семьях, каждая беременная женщина переживает этот опыт по своему.

Появление новорожденного – большая радость. Это также и период испытаний для всей семьи: меняется привычный уклад жизни, появляются новые заботы. Быть родителями – это не только чрезвычайная ответственность за новорожденного, но и великое счастье.

Стремитесь стать «идеальными родителями». Каждый ребенок неповторим. С момента рождения он – личность. Главное, чтобы Вы и малыш понимали и любили друг друга всем сердцем.

## **ЖАС НӘРЕСТЕНІҢ ӘКЕСІНЕ! ОТЦУ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА!**

Перзентхана жұмыскерлері Сізді өміріңіздегі ең қуанышты сәт – балаңыздың дүниеге келуімен шын жүректен құттықтайды!

Сіздердің қамқор және жанашыр ата-ана болатындарыңызға және баланы мықты және дені сау етіп өсіруге барлық күш-жігеріңізді аямайтындарыңызға сенім мол.

Работники родильного дома от всей души поздравляют Вас с радостным событием в Вашей жизни – рождением ребенка!

Мы уверены, что Вы будете заботливыми и внимательными родителями, сделаете все зависящее от Вас, чтобы вырастить малыша крепким и здоровым.









3. Душ қабылдау, қынапқа кіреберістегі шашты қыру қажет.
4. Өзімен бірге халат, шәрке, іш көйлек, шұлық, төсеніш болуы тиіс.
5. **Назар аударыңыз!** Наркоз берілетін болса – емшара қолдану күнінің алдындағы кешінде ғана тамақтану, дәрі-дәрмекті немесе сұйықтықты, оның ішінде су ішу қажет! Таңертең ЕШТЕҢЕ ішуге, жеуге, дәрі-дәрмекті қабылдауға, сағызды шайнауға болмайды! (асқынуларды болдырмау үшін). Пункция жасау күні декоративтік опа-далапты пайдалануға болмайды!
6. Өзімен бірге болуы тиіс: \_\_\_\_\_
7. Ақы төлеуге: \_\_\_\_\_

**ЖҰБАЙЫНА:**

1. 3-5 күн ішінде жыныстық қатынастан тартыну қажет.
2. Пункция жасау күні - сағат \_\_\_\_\_ келу қажет.

Дәрігер \_\_\_\_\_ Дәрігер-анестезиолог \_\_\_\_\_ Пациент \_\_\_\_\_

Танысу күні \_\_\_\_\_

**ПАМЯТКА**

**перед пункцией**

**ПАЦИЕНТКЕ:**

8. Ваша пункция назначена на «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., время \_\_\_\_\_
9. Сделать инъекцию \_\_\_\_\_ внутримышечно/подкожно в переднюю стенку живота \_\_\_\_\_ ед, дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_.
10. Принять душ, побрить волосы при входе во влагалище.
11. Иметь с собой халат, тапочки, ночную рубашку, носки, прокладку.
12. **Внимание!** Если предполагается наркоз - последний прием пищи, лекарств или жидкости, в том числе воды - накануне вечером! С утра ничего НЕ пить, НЕ принимать пищу, таблетки, НЕ употреблять жевательную резинку! (во избежание осложнений). В день пункции не пользоваться декоративной косметикой!
13. Принести с собой: \_\_\_\_\_
14. На оплату: \_\_\_\_\_

**СУПРУГУ:**

1. Половое воздержание 3-5 дней.
  2. Прийти в день пункции к \_\_\_\_\_ часам.
- Врач \_\_\_\_\_ Врач-анестезиолог \_\_\_\_\_  
Пациент(ка) \_\_\_\_\_  
Дата ознакомления \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

--	--	--

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 2009/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 2009/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ТІРІ ТУҒАН, ӨЛІ ТУҒАН ЖӘНЕ 5 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ ҚАЙТЫС БОЛҒАН  
БАЛАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ  
КАРТА УЧЕТА РОДИВШЕГОСЯ ЖИВЫМ, МЕРТВороЖДЕННОГО  
И УМЕРШЕГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ**

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

1. Картаның тіркеу нөмірі _____ Регистрационный номер карты	ТМН/РМН <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---

2. Тегі\* (Фамилия\*) \_\_\_\_\_ аты (имя) \_\_\_\_\_  
әкесінің аты (отчество) \_\_\_\_\_  
3. ЖИН (ИИН) \_\_\_\_\_

4. Жынысы (пол):	<input type="checkbox"/> ер, (муж- ской)	<input type="checkbox"/> әйел, (женский)	<input type="checkbox"/> анықталған жоқ** (не определен**)
---------------------	--	---	---

5. ұлты \*\*\* (национальность\*\*\* ) \_\_\_\_\_

6. Жағдайы туу кезіндегі (Состояние при рождении):	<input type="checkbox"/>	тірі туғандағы (живорож- денный),	<input type="checkbox"/>	өлі туғандағы (мертво- рож- денный),	<input type="checkbox"/>	босануға дейінгі жағдайын- дағы	<input type="checkbox"/>	босану кезіндегі
					(до начала родов),		(во время родов)	

7. Туған күні (Дата рождения ) \_\_\_\_\_ күні (число) \_\_\_\_\_  
ай (месяц) \_\_\_\_\_ жыл (год) \_\_\_\_\_ уақыты (сағат, минут) (время (час,



18. Анасының отбасы жағдайы (Семейное положение матери):	<input type="checkbox"/>	некеде (состоит в браке),	<input type="checkbox"/>	некеге тұрған жоқ (не состоит в браке),	<input type="checkbox"/>	жесір (вдова),
<input type="checkbox"/>	айырылысқан (разведена),	<input type="checkbox"/>	анықталмаған (неизвестно).			

19. Жүктілік мерзімінде бала туды (Ребенок родился при сроке беременности) \_\_\_\_\_ толық аптасы (полных недель).

19.1. Босанудың саны (которые по счету роды) \_\_\_\_\_

20. Анасында нешінші туған бала (Который по счету родившийся ребенок у матери) \_\_\_\_\_.

20.1. Нешінші жүктілік (которая по счету беременность) \_\_\_\_\_

21. Қайтыс болған жері (Место смерти): облыс/ республикалық маңызы бар қала (область/город республиканского значения)

\_\_\_\_\_, аудан/облыстық маңызы бар қала (район/город областного значения)

\_\_\_\_\_, елді мекен (населенный пункт) \_\_\_\_\_,

медициналық ұйым (медицинская организация) \_\_\_\_\_.

22. Қайтыс болған уақыты (өлі туған) (Смерть (мртворождение) наступила):	<input type="checkbox"/>	ста-ци-онар-да (в ста-цио-наре)	<input type="checkbox"/>	үйде (на дому)	<input type="checkbox"/>	балалар үйі (дом ребенка),	
<input type="checkbox"/>	перзентха - на (роди-льный дом ),	<input type="checkbox"/>	басқа жерде (в другом месте).				
23. Перзентхана бөлімшесінде қайтыс болған жағдай (В случае смерти в родильном отделении):	<input type="checkbox"/>	перзентхана бөлімшесінде бір тәулікке дейін болып қайтыс болуы (умер до суток пребывания в родильном отделении);					
стаци-онарда (в стаци-онаре):	<input type="checkbox"/>	стационарда бір тәулікке дейін болып қайтыс болуы (умер до суток пребывания в стационаре).					
24. Баланың қайтыс болу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	жаза-тайым оқиға-	<input type="checkbox"/>	өлті-ріп		

себептері (өлі туған) (Смерть ребенка (м ертворождение) произошла от):	аурудан (забо- левания ) ,	дан (несча- стного случая) ,	алу- дан (убий- ства),
<input type="checkbox"/> белгіленген жоқ (не установлено).			

24.1. Баланың стационарда және перзентханада қайтыс болу (өлі туған) жағдайында МҰ перинаталды көмектің өңірлендіру деңгейі (В случае смерти ребенка (мертворождения) в стационаре и родильном доме указать уровень регионализации перинатальной помощи МО): 1, 2, 3, 4.

25. 10-ХАЖ бойынша өлім себептері қайтыс болған және өлі туған баланың \*\*\*\*\* (Причина смерти по МКБ-10 умершего ребенка и мертворожденного):

	Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз)	Патологоанатомиялық диагнозы (Патологоанатомический диагноз)	10-ХАЖ коды (код МКБ-10)
a)			
b)			
c)			
Анасының денсаулығының жай-күйі (Состояние здоровья матери)			
d)			
e)			

26. Өлімнің алдын алу***** (предотвратимость смерти):	<input type="checkbox"/> жоқ (нет)	<input type="checkbox"/> иә (да)	<input type="checkbox"/> шартты алдын алу (условно предотвратима)
---	------------------------------------	----------------------------------	---

	Медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской организации)	Өлімнің алдын алу (Предотвратимость смерти)	
		Иә (да)	Шартты алдын алу (Условно предотвратима)
a)			
b)			
c)			

27. Қайтыс болу туралы дәрігерлік куәлік берген денсаулық сақтау ұйымдарының атауы (Наименование организации здравоохранения, выдавшей врачебное свидетельство о смерти):

28. Қайтыс болу туралы дәрігерлік куәлік берген медицина

қызметкерінің ТАӘ (ФИО медицинского работника, выдавшего врачебное свидетельство о смерти):

Картаны толтыру күні «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылы (год).

Дата заполнения карты

Оператордың ТАӘ \_\_\_\_\_ картаны енгізу күні «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылы (год).

ФИО оператора Дата ввода карты

Ескерту (Примечание):

\* - өлі туғандарға анасының фамилиясы жазылады, анасын белгілеу мүмкіншілігі болмаған жағдайда белгісіз деп көрсетіледі (для мертворожденных записывается фамилия матери, в случае невозможности установления матери - указывается как неизвестный);

\*\* - перинаталды өлім-жітім жағдайы үшін (для случаев перинатальной смертности);

\*\*\* - перинаталды өлім-жітім кезінде баланың ұлты, анасының ұлты бойынша жазылады, басқа жағдайда ата-анасының ауызша берген жауабы бойынша (национальность ребенка записывается при перинатальной смертности по национальности матери, в других случаях по устному заявлению родителей);

\*\*\*\* - перзентханада туған жағдайда өңірлендіру деңгейі 1, 2, 3, 4 (республиканская клиника) (в случае рождения в родильном доме указать уровень регионализации 1, 2, 3, 4 (республиканская клиника));

\*\*\*\*\* - перинаталды өлім-жітімі кезінде баланың тұрғылықты жері, анасының тұрғылықты жері бойынша жазылды. Таяу және қиыр шет елдердің тұрғындары үшін, елдің атауы ғана көрсетіледі ( место жительства ребенка при перинатальной смертности записывается, по месту жительства матери. Для жителей дальнего и ближнего зарубежья указывается только страна);

\*\*\*\*\*а) өлім-жітім себептері болып табылатын (бір ауруды көрсету), баланың (ұрықтың) негізгі ауруы және жай-күйі (основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указать одно заболевание)),

б) баланың (ұрықтың) басқа ауруы немесе жай-күйі (другие заболевания или состояния, у ребенка (плода),

с) баланың өлім-жітімінің себептеріне негізделетін (ұрықтың), анасының негізгі ауруы немесе жай-күйі (одан кейінгі жай-күйі) (основное заболевание или состояние матери (состояние последа) , обусловившее причину смерти ребенка (плода),

д) ананың басқа аурулары (одан кейінгі жай-күйі) (другие заболевания матери (состояние последа) , способствующие смерти ребенка (плода),

е) басқа қосымша жай-күйі (другие сопутствующие состояния);

\*\*\*\*\*- өлім-жітімнің алдын алуын ҚР ДСМ сарапшылар анықтайды. Егер де өлім-жітімнің алдын алу немесе шартты алдын алу жағдайы болған жағдайда, медициналық ұйым көрсетіледі, оның деңгейінде өлім-жітімінің алдын ала алынған болса. Бірнеше ұйым көрсетілуі мүмкін (предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. В случае если смерть была предотвратима или условна предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Может быть указано несколько организаций).

A4 форматы

Формат A4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 2009-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 2009-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**АНА ӨЛІМ-ЖІТІМІН ЕСЕПKE АЛУ КАРТАСЫ  
КАРТА УЧЕТА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ**

**Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).**

1. Картаның тіркеу нөмірі _____ Регистрационный номер карты	МТН/PMH: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---

2. Карта:	<input type="checkbox"/> Бірінші рет (первичная),	<input type="checkbox"/> Екінші рет(вторичная)
-----------	--	--

3. Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_ аты (имя) \_\_\_\_\_ әкесінің  
аты (отчество) \_\_\_\_\_
4. Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_
5. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ (число) \_\_\_\_\_ айы (месяц)  
\_\_\_\_\_ жылы (год)
6. Жасы (Возраст) толық жасы (полных лет) \_\_\_\_\_
7. ЖИН (ИИН) \_\_\_\_\_

8. Қайтыс болған күні (Дата смерти) _____ (число) _____ айы (месяц) _____ жылы (год);	9. Тұрғыны (Житель):	<input type="checkbox"/>	Қала (горо- да, )	<input type="checkbox"/>	Ауыл (села)
--	----------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------

9. Тұрғылықты жері (Место жительства): облыс/республикалық маңызы бар  
қала (область/город республиканского значения)

\_\_\_\_\_,  
аудан/облыстық маңызы бар қала (район/город областного значения)  
\_\_\_\_\_ елді мекен (населенный пункт)

\_\_\_\_\_,  
үйінің мекенжайы (домашний  
адрес) \_\_\_\_\_.

10. Тіркеу ұйымы (Организация прикрепления)

\_\_\_\_\_

11. Қайтыс болған жері (Место смерти): облыс/ республикалық маңызы  
бар қала (область/город республиканского  
значения) \_\_\_\_\_  
аудан/облыстық маңызы бар қала (район/город областного значения)

\_\_\_\_\_ елді мекен (населенный пункт).

12. Жүктілігі бойынша тіркеуге алынған күні (Дата взятия на учет по беременности) (мерзімі \_\_\_\_\_ толық апта) \_\_\_\_\_.

13. Жүктілігі бойынша тіркеуде тұрған ұйым (Организация, в которой состояла на учете по беременности)

14. Босандыру күні (Дата родоразрешения), аборт (аборта) \_\_\_\_\_ күні (число) \_\_\_\_\_ айы (месяц) \_\_\_\_\_ жылы (год).

15. Босандыру орны (Место родоразрешения), аборт (аборта), соның ішінде өңірлендіру деңгейін ескере отырып (в т.ч. с учетом уровня регионализации):

<input type="checkbox"/>	стационарда (в стационаре, (1,2,3,4***),	<input type="checkbox"/>	үйде (на дому),	<input type="checkbox"/>	басқа жерде (другом месте).
--------------------------	--	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------------------

16. Жүктілік мерзімі (Срок беременности) \_\_\_\_\_ толық апта (полных недель).

17. Өлім (Смерть наступила в период):	<input type="checkbox"/>	жүктілік (беременности),	<input type="checkbox"/>	босану кезінде (в процессе родов),	босанғаннан кейін (послеродовой).
18. Босанғаннан кейінгі кезеңде қайтыс болған жағдайда өмір сүрген күндерінің саны (Количество прожитых дней в случае смерти в послеродовой) период):					
<input type="checkbox"/> босанғаннан кейін 42 күн ішінде (в течение 42 дней после родов)					
аборт (аборта),	<input type="checkbox"/>	босанғаннан кейін 43 күннен 365 күнге дейін (от 43 до 365 дней после родов).			

19. Жүктілігінің саны (Которая по счету беременность) \_\_\_\_\_

20. Босануының саны (Которые по счету роды) \_\_\_\_\_

21. Өлім (Смерть наступила):	<input type="checkbox"/>	стационарда (в стационаре),	<input type="checkbox"/>	үйде (на дому),	<input type="checkbox"/>	басқа жерде (другом месте).
22. Өлім (Смерть наступила в результате):	<input type="checkbox"/>	аборт (аборт),	<input type="checkbox"/>	жатырдан тыс жүктілік (внематочная беременность),		
<input type="checkbox"/>	жүктілікке байланысты аурулар (заболевания, связанные с беременностью),			<input type="checkbox"/>	жүктілікке байланысты емес аурулар (заболевания, не связанные с беременностью).	



22.1. Стационарда және перзентханада қайтыс болған жағдайда өңірлендіру деңгейі көрсетілсін (В случае смерти в стационаре и родильном доме указать уровень регионализации МО: 1, 2, 3, 4\*\*\*).

23.

	Клиникалық диагноз (Диагноз клинический):	10-ХАЖ коды (код МКБ -10)
a)		
b)		
c)		

24.

	Қайтыс болу себебі 10-ХАЖ* бойынша патологиялық-анатомиялық диагноз (Причина смерти (патологоанатомический диагноз) по МКБ-10*):	10- ХАЖ коды (код МКБ -10)
a)		
b)		
c)		
d)		

25. Өлімнің алдын алу (Предотвратимость смерти**):	<input type="checkbox"/>	жоқ (нет )	<input type="checkbox"/>	бар (да)	<input type="checkbox"/>	Шартты түрде алдын алу (условно предотвратима)
---	--------------------------	------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---

	Медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской организации)	Өлімнің алдын алу (Предотвратимость смерти)	
		(да)	Шартты түрде алдын алу (Условно предотвратима)
a)			
b)			
c)			

26. Өлім туралы дәрігерлік куәлікті берген денсаулық ұйымының атауы (Наименование организации здравоохранения, выдавшей врачебное свидетельство о смерти): \_\_\_\_\_

27. Өлім туралы дәрігерлік куәлікті берген медициналық қызметкердің ТАӘ (ФИО медицинского работника, выдавшего врачебное свидетельство о смерти): \_\_\_\_\_

Картаны толтыру күні (Дата заполнения карты) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

20\_\_\_\_ жыл (год).

Оператордың ТАӘ (ФИО оператора) \_\_\_\_\_ картаны бастау күні (Дата ввода карты) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ жыл (год).

Ескерту (Примечание\*):

- а) тікелей өлімге әкелген ауру немесе жағдай (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти);
- б) тікелей себептің пайда болуына әкелген патологиялық жағдай (патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины);
- с) өлімнің негізгі себебі (основная причина смерти);
- д) өлімге әкелген, бірақ аурумен немесе патологиялық жағдаймен байланысы жоқ басқа маңызды жағдайлар (прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней).

\*\* - өлімнің алдын алуды ҚР ДСМ сарапшылары айқындайды. Егер өлімнің алдын алынса немесе шарты түрде алдын алынса өлімнің алды алынған медициналық ұйым көрсетіледі. Бірнеше ұйым көрсетілуі мүмкін (\*\* - предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. В случае если смерть была предотвратима или условна предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Может быть указано несколько организаций).

\*\*\* - 4- республикалық клиникаларды, ғылыми орталықтарды, ҒЗИ санмен белгілеу (\*\*\* - 4 - цифровое определение республиканских клиник, научных центров, НИИ).

Приложение 2-1  
к приказу и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

**Методические рекомендации  
по заполнению, выдаче медицинской документации,  
удостоверяющей случаи рождения, смерти, перинатальной смерти**

**Сноска. Приказ дополнен приложением 2-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).**

**1. Общие положения**

1. Настоящая инструкция разработана в соответствии с Кодексами Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и «О браке (супружестве) и семье» и определяет единые требования по заполнению и выдаче форм первичной медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения (форма № 103/у-12), смерти (форма № 106/у-12) и перинатальной смерти (форма № 106-2/у-12).

2. Основные понятия, используемые в настоящей инструкции:

1) роды - полное изгнание или извлечение (экстракция) мертвого или живого плода от матери весом более 500 грамм, независимо от срока беременности, либо при сроке 22 полные недели и выше ;

2) физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой - частная медицинская практика физических лиц с медицинским образованием соответствующего профиля при наличии

лицензии на занятие медицинской, врачебной и фармацевтической деятельностью, направленной на оказание медицинской помощи и медицинских услуг;

3) медицинская организация – организация здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи;

4) мертворождение (мертворожденный плод) – смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, а также отсутствие после такого отделения признаков жизни (сердцебиения, дыхания, пульсации пуповины или явных произвольных движений мускулатуры);

5) причины смерти – все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы;

6) перинатальный период – начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 гр.) и заканчивается спустя 7 полных дней после рождения;

7) живорождение – полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента;

8) выкидыш – случайная потеря плода до родов, в результате его смерти в сроке до 22-х недель беременности;

9) регистрирующие органы – государственные органы регистрации актов гражданского состояния – отделы регистрации актов гражданского состояния, а в местностях, где таковых нет, – местные исполнительные органы, либо должностные лица аппаратов акимов поселков и сельских округов.

3. Настоящая инструкция обязательна к применению во всех медицинских организациях, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, а также физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

4. Бланки медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, и их корешки брошюруются в отдельные книги свидетельств. В конце книги прописью указывается количество листов. Книги прошнуровываются, скрепляются печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, и хранятся у руководителя медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой.

5. Корешки медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, используемые для составления отчета медицинской организации, подлежат хранению по месту выдачи медицинских свидетельств в течение 5 лет по окончании календарного года, в котором выдано свидетельство, после чего подлежат уничтожению.

6. Нумерация медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, в книгах регистрации свидетельств начинается с первого номера и ведется последовательно в течение года – с первого января по тридцать первое декабря (включительно).

7. Испорченный бланк медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, перечеркивается, делается запись «испорчено» и оставляется в книге бланков. Номер свидетельства, проставленный на испорченном бланке, на следующий бланк не переносится.

8. В случае утери медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, по письменному обращению заявителя оформляется новое врачебное (медицинское) свидетельство в точном соответствии с первоначальным экземпляром (оригиналом) с указанием его номера и даты выдачи с пометкой «дубликат».

9. Все графы бланков заполняются исчерпывающими ответами, без сокращения отдельных слов, чернилами или шариковой пастой четким разборчивым почерком. Помарки и подчистки не допускаются.

Графы, в которых на вопросы даются отрицательные ответы, заполняются словом «нет». При отсутствии необходимых сведений указывается соответственно «не известно», «не установлено» и прочее.

10. Контроль за правильностью заполнения и своевременной выдачей медицинской документации

, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, должны обеспечить руководители медицинских организаций и физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

11. Контроль за правильностью кодировки причин смерти осуществляется уполномоченными лицами, определенные приказом местных органов государственного управления здравоохранением.

## **2. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о рождении (форма № 103/у-12)**

12. Для регистрации рождения в регистрирующих органах представляется учетная форма первичной медицинской документации № 103/у-12 «Медицинское свидетельство о рождении», удостоверяющая факт рождения.

Регистрации подлежат все случаи рождения живых новорожденных с массой тела 500 грамм и выше и с гестационным сроком 22 недели и выше.

13. Медицинское свидетельство о рождении оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.

14. В случае выкидыша, мертворождения медицинское свидетельство о рождении не оформляется

15. Медицинское свидетельство о рождении выдается при выписке матери из стационара всеми медицинскими организациями, в которых произошли роды или родильница с ребенком была госпитализирована после родов, независимо от того, имеют ли эти организации акушерские койки или нет, во всех случаях живорождения.

16. В случае рождения ребенка вне медицинской организации медицинское свидетельство о рождении выдается медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, принявшим роды на дому.

17. При многоплодных родах медицинское свидетельство о рождении оформляется на каждого родившегося ребенка в отдельности в порядке их рождения.

18. В случае регистрации рождения найденного, брошенного (отказного) ребенка медицинской организацией оформляется справка о возрасте ребенка и производится регистрация в регистрирующих органах медицинской организацией, в которую помещен ребенок, не позднее семи суток со дня обнаружения, отказа или оставления.

19. Медицинское свидетельство о рождении для регистрации в регистрирующих органах выдается родителям, а в случае отсутствия таковых - опекунам, усыновителям (удочерителям), попечителям или администрации детского учреждения, в котором ребенок будет находиться на воспитании.

20. Запись о выдаче медицинского свидетельства о рождении с указанием его номера, серии, даты выдачи, регистрирующего органа, где произведена регистрация рождения, номера, и даты записи акта рождения указываются в учетной форме первичной медицинской документации № 097/у «История развития новорожденного».

21. В медицинском свидетельстве о рождении врач или средний медицинский работник делает отметку о дате выдачи медицинского свидетельства о рождении (или дате передачи его в регистрирующий орган, в случае регистрации рождения организацией), указывают наименование медицинской организации, его почтовый адрес, свою фамилию, имя, отчество.

22. Лица, заполняющие медицинское свидетельство о рождении, удостоверяют факт рождения живого ребенка, место рождения (название медицинской организации или указывают, что ребенок родился на дому, в дороге и так далее), дату рождения, пол ребенка, массу тела, рост. Также указываются сведения о матери ребенка: фамилия, имя, отчество (в соответствии с документами, удостоверяющими личность), образование и постоянное место проживания.

23. В корешке делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах медицинского свидетельства о рождении. Кроме того, для проведения более глубокого анализа при создании регистра новорожденных, в корешок вносятся такие сведения о матери, как дата рождения, национальность, место жительства (в соответствии с документами, удостоверяющими личность), семейное положение, которая по счету беременность, роды, срок беременности, при котором произошли роды, а также сведения о ребенке, при каких родах родился (

одноплодных, первым или вторым из двойни, при других многоплодных родах), оценка по шкале Апгар, наличие критериев живорождения. Округлением соответствующих кодов отмечаются наличие факторов риска (медицинских и социальных) при беременности, осложнений родов, акушерских процедур, осложнений периода новорожденности.

24. Медицинское свидетельство о рождении заверяется печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой и подписью медицинского работника, оформившего свидетельство.

25. Записи в корешке медицинского свидетельства о рождении должны быть полностью идентичны записям в самом свидетельстве о рождении.

26. Получатель отрывного медицинского свидетельства о рождении расписывается в его получении в корешке свидетельства.

### **3. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о смерти (форма № 106/у-12)**

27. Для регистрации смерти в регистрирующих органах медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, представляется учетная форма первичной медицинской документации № 106/у-12 «Медицинское свидетельство о смерти», удостоверяющая факт смерти.

28. В случаях мертворождения, смерти новорожденного в течение от 0 до 7 суток после рождения оформляется медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

29. Медицинское свидетельство о смерти выдается родственникам умершего или лицам, проживающим вместе с умершим, в случае отсутствия таковых - органам внутренних дел, обнаружившим труп.

30. Медицинское свидетельство о смерти оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.

31. В случае назначения в установленном законодательством порядке судебно-медицинской экспертизы, медицинское свидетельство о смерти оформляется судебно-медицинским экспертом с учетом результатов экспертизы.

32. Медицинское свидетельство о смерти не оформляется заочно, без личной констатации медицинским работником факта смерти.

33. Медицинское свидетельство о смерти выдается врачом (средним медицинским работником) медицинской организации или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, на основании осмотра трупа, записей в медицинской документации, предшествующего наблюдения за больным или результатов вскрытия.

34. В случае смерти в медицинской организации выдача трупа осуществляется после оформления медицинского свидетельства о смерти. В случае, когда захоронение умершего производится медицинской организацией, последнее заполняет медицинское свидетельство о смерти и производит регистрацию в регистрирующих органах в пятидневный срок.

35. В случае проведения патологоанатомического вскрытия медицинское свидетельство о смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия с учетом его результатов.

36. В целях обеспечения достоверности регистрируемых причин смерти и для того, чтобы не задерживать регистрацию смерти в регистрирующих органах и погребения, медицинские свидетельства о смерти выдаются с отметкой «предварительное», «взамен предварительного», «окончательное» или «взамен окончательного».

37. Медицинское свидетельство о смерти с отметкой «предварительное» выдается в случаях, если для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования, или к моменту выдачи свидетельства род смерти (несчастный случай вне производства или в связи с производством, самоубийство, убийство) не установлен, но в дальнейшем может быть уточнен.

После уточнения причин смерти и рода смерти составляется новое медицинское свидетельство о смерти и с отметкой «взамен предварительного» пересылается медицинской организацией или тем физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, которым выдано предыдущее

свидетельство с указанием его номера и даты выдачи непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган не позднее, чем через месяц.

Если было выдано медицинское свидетельство о смерти с пометкой «окончательное», но в дальнейшем выявилась ошибка в записи диагноза, составляется новое медицинское свидетельство о смерти с надписью, сделанной от руки «взамен окончательного» медицинского свидетельства о смерти № «\_\_\_» и направить непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган.

38. Допускается выдача медицинского свидетельства о смерти врачом, установившим смерть, только на основании осмотра трупа, при отсутствии подозрения на насильственную смерть.

В исключительных случаях, связанных с экологическими или техногенными катастрофами (землетрясение, авиационные, транспортные, шахтные и другие травмы с массовыми человеческими жертвами), и по согласованию с проводящими предварительное расследование правоохранительными органами разрешается выдача медицинского свидетельства о смерти судебно-медицинским экспертом на основании наружного осмотра трупа.

39. Руководителем медицинской организации обеспечивается контроль достоверности заполнения медицинских свидетельств о смерти, своевременности их выдачи родственникам умершего, а также регистрации в регистрирующих органах медицинских свидетельств о смерти в случаях захоронения умершего медицинской организацией.

40. Номер и серия свидетельства, дата его выдачи, причина смерти, регистрирующий орган, где произведена регистрация, номер и дата записи акта смерти указываются в соответствующих учетных формах первичной медицинской документации - №025/у «Медицинская карта амбулаторного больного», №003/у «Медицинская карта стационарного больного», либо № 096/у «История родов».

41. В бланке медицинского свидетельства о смерти указывается его характер путем подчеркивания соответствующего обозначения - «предварительное», «взамен предварительного», «окончательное» или «взамен окончательного».

42. Пункты 1-5 заполняются согласно обозначениям, причем фамилия, имя и отчество заполняется в соответствии документами, удостоверяющими личность.

В пунктах 6-7 сведения о месте жительства и смерти указываются по действующему административно-территориальному делению, а в случаях, когда это не представляется возможным установить, - по ранее существовавшему административно-территориальному делению.

В пункте 8 подчеркивается соответствующее обозначение.

В пункте 9 национальность указывается по документу, удостоверяющему личность, а в случае отсутствия в нем записи о национальности - не указывается.

При регистрации смерти иностранного гражданина кроме национальности указывается название государства, гражданином (подданным) которого он является, а также его гражданство.

Лицам без гражданства национальность указывается с добавлением слов: «лицо без гражданства».

В пунктах 10-11 подчеркивается соответствующее обозначение.

В пункте 12 указывается наименование предприятия, учреждения, организации, где работал умерший, его должность или выполняемая работа;

в отношении военнослужащих - наименование воинской части или учреждения согласно документам, удостоверяющим личность военнослужащего;

в отношении пенсионера указывается «пенсионер» и прежнее основное занятие.

В пунктах 13-15 подчеркиваются соответствующие обозначения.

В пункте 16 указывается фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника, заполняющего медицинское свидетельство о смерти, и далее подчеркиваются соответствующие обозначения.

В пункте 17 обязательно указывается первоначальная причина смерти, код (шифр) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10), рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения и даты начала и окончания болезни (число, месяц, год). В случае травм и отравлений обязательно указывается дополнительно внешние причины смерти и код по МКБ-10.

Записи причины смерти производятся в двух частях пункта 17, по которым отслеживается цепь взаимоувязанных и последовательных причин смерти.

Часть 1 состоит из 4 строк: «а)», «б)», «в)», «г»).

Строка «а)» предназначена для записи и кодировки только одной причины смерти (заболевание, травма или другое патологическое состояние), непосредственно приведшей к смерти.

Строка «б)» предназначена для записи и кодировки промежуточной причины смерти, т.е. промежуточного патологического состояния, приведшего к возникновению непосредственной причины смерти.

Строка «в)» предназначена для записи и кодировки основной (первоначальной) причины смерти, т.е. того заболевания, травмы или состояния, которые явились началом цепи патологических процессов, приведших к смерти.

Строка «г)» предназначена для записи и кодировки внешних причин, приведших к смерти.

Часть 2 предназначена для записи и кодировки прочих важных заболеваний и состояний, способствовавших смерти, но не связанных непосредственно с основной (первоначальной) причиной смерти. Например, объем и дата хирургического вмешательства, срок беременности и прочее.

В случаях смерти от заболеваний для записи причин смерти используются только первые три строки: «а)», «б)» и «в)», а строка «г)» остается свободной.

Кодированию подлежит только основная (первоначальная) причина смерти.

В случаях смерти от травм, отравлений их вид или характер, а также цепь патологических процессов, приведших к смерти, указываются в строках «а)», «б)», «в)» соответственно, а внешняя причина - в строке «г)».

В этом случае кодированию подлежат две строки: одна строка, где указывается основная (первоначальная) причина смерти от травмы, отравления по ее виду или характеру (XIX класс МКБ-10), вторая строка - это всегда строка «г)», где указывается внешняя причина травмы или отравления (XX класс МКБ-10).

Если не удастся установить полностью или частично цепь патологических процессов, приведших к смерти, то запись основной (первоначальной) причины смерти указывается в строке «а)», когда собственно заболевание, травма явились основной (первоначальной) причиной смерти.

Если установлен частичный механизм патологических процессов, приведших к смерти, запись заканчивается в строке «б)».

В каждой строке указывается только один диагноз, а строки заполняются сверху вниз.

Пример 1. 1) а) Гнойный менингит.

б)

в)

г)

2)

При кодировке основной причиной смерти считается «Бактериальный менингит неуточненный» (G00.9).

Пример 2. 1) а) Пневмония.

б) Корь.

в)

г)

2)

При кодировке основной причиной смерти считается «Корь, осложненная пневмонией» (B05.2).

Пример 3. 1) а) Уремия.

б) Атеросклеротический нефросклероз.

в) Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек.

г)

2)

При кодировке основной причиной смерти считается «Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью» (I12.0).

Пример 4. 1) а) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда.

б)

в)

г)

2) Генерализованный атеросклероз.

При кодировке основной причиной смерти считается «Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда» (I21.0).

При кодировке основной причины смерти учитываются все критерии, характерные для каждой частной патологии.

Так, в случае смерти по причине травмы указывается точная локализация, вид или характер травмы. В строках: «а)», «б)», «в)» указывается цепь причин, приведших к смерти, по характеру травмы, а в строке «г» указывается внешняя причина смерти.

Пример 5. 1) а) Травматический отек головного мозга.

б) Закрытый перелом основания черепа.

в)

г) Нападение на улице с применением тупого предмета.

2)

При кодировке основной причиной смерти считается «Перелом основания черепа, закрытый» (S02.10). Одновременно проставляется второй код по внешней причине «Нападение на улице с применением тупого предмета» (Y00.4).

Пример 6. 1) а) Сепсис.

б) Хронический остеомиелит бедренной кости.

в) Последствия перелома правого бедра.

г) Последствия падения с балкона квартиры.

2) Сахарный диабет инсулиннезависимый.

При кодировке основной причиной смерти считается «Последствия перелома бедра» (T93.1) и указывается код в строке «в)». Одновременно указывается второй код внешних причин «Последствия других несчастных случаев» (Y86.9) в строке «г)».

Понятие «последствия» включает состояния, описанные как таковые или как отдаленные проявления, развившиеся через год или более после произошедшего события.

Пример 7. 1) а) Травматический шок.

б) Множественные переломы костей скелета, разрывы внутренних органов.

в)

г) Лицо, находившееся в автобусе и пострадавшее при его столкновении с поездом.

2) Беременность 28 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается «Другие уточненные травмы с вовлечением нескольких областей тела» (T06.8), а по внешней причине «Лицо, находившееся в автобусе и пострадавшее при его столкновении с поездом» (V75.6).

При кодировке основной причины смерти учитываются все критерии, характерные для каждой частной патологии.

Так, в случае смерти по причине травмы указывается точная локализация, вид или характер травмы. В строках: «а)», «б)», «в)» указывается цепь причин, приведших к смерти, по характеру травмы, а в строке «г» указывается внешняя причина смерти.

В случае смерти беременной, роженицы, родильницы записи производятся следующим образом.

В случае смерти в результате акушерских осложнений беременности, родов или послеродового периода, а также в результате медицинских вмешательств, неправильного ведения родов и прочее, сведения о причине смерти указываются в части 1 в строках «а)», «б)», «в)».

Запись должна четко указывать на связь с беременностью, родами, послеродовым периодом и отражать характерную патологию для каждого периода, в котором наступила смерть. Например: «Угрожающий аборт на 20-ой неделе беременности», «Острая сердечная недостаточность при анестезии во время родов», «Послеродовой сепсис».

Пример 8. 1) а) Кровотечение.

б) Афибриногенемия.

в) Медицинский аборт.

г)

2) Беременность 10 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается «Медицинский аборт, осложнившийся кровотечением» (O04.6).

Пример 9. 1) а) Тромбоэмболия легочной артерии.



б) Тромбоз глубоких вен дородовый.

в)

г)

2) Беременность 32 недели.

При кодировке основной причиной смерти считается «Глубокий флеботромбоз во время беременности» (022.3).

В случае смерти беременной, роженицы или родильницы от ранее протекавшей болезни или болезни, возникшей в период беременности (сахарный диабет, сердечно-сосудистое заболевание, туберкулез и др.), руководствоваться следующим.

Если болезнь не связана с непосредственной акушерской причиной, но отягощена физиологическим воздействием беременности или отягощается течение беременности, сведения о причине смерти записываются в части 1 в строках «а)», «б)», «в)», но при этом в части 2 производится запись о беременности и ее сроке.

Во всех случаях смерти после родов (в период до 1 года) в части II производится запись: послеродовой период (указать количество дней).

Пример 10. 1) а) Отек легких.

б) Митральный стеноз (ревматический).

в)

г)

2) Беременность 28 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается «Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период» (099.4).

Пример 11. 1) а) Острая дыхательная недостаточность.

б) Правосторонняя вирусная бронхопневмония.

в) Грипп (вирус не идентифицирован).

г)

2) Беременность 40 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается «Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период» (099.5).

В пункте 18 подчеркивается соответствующий заголовок.

Материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее разрешения от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в период, превышающий 42 дня после родов, но менее чем 1 год после родов.

В пункте 19-20 указывается наименование медицинской организации или фамилия, имя, отчество физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, выдавших медицинское свидетельство о смерти, их почтовый адрес.

43. Медицинское свидетельство о смерти заверяется круглой печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой и подписью медицинского работника, оформившего свидетельство.

44. Записи в корешке медицинского свидетельства о смерти должны полностью соответствовать аналогичным записям самого свидетельства.

Для детей, умерших до 1 года:

в пункте 5 указывается дата рождения;

в пункте 6 указывается дата смерти, число месяцев и дней жизни;

в пункте 7 указывается место рождения с указанием наименования медицинской организации и его адреса;

в пункте 8 указывается полная фамилия, имя, отчество матери.

45. Получатель отрывного медицинского свидетельства о смерти расписывается в его получении в корешке свидетельства.

#### **4. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-12)**

46. Регистрация мертворождения и смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни в регистрирующих органах производится на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-07).

47. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти составляется всеми медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, на каждый случай мертворождения или смерти ребенка на первой неделе жизни (от 0 до 7 суток или 168 часов после рождения), с массой тела 500 грамм и более (если масса тела при рождении не известна, при длине тела 25 см и более или гестационном сроке беременности 22 недели и более).

48. Каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, регистрируется в регистрирующих органах не позднее пяти суток с момента мертворождения или наступления смерти новорожденного:

- 1) медицинской организацией, где произошло мертворождение или наступила смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни;
- 2) медицинской организацией, медицинским работником которые констатировали мертворождение или смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни, вне медицинской организации;
- 3) физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, констатировавшим мертворождение или смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни, вне медицинской организации;
- 4) центром судебной медицины при судебно-медицинской экспертизе.

49. В случае смерти новорожденного в течение 168 часов после родов на основании медицинского свидетельства о рождении новорожденный регистрируется в регистрирующих органах сначала как родившийся, а затем на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти как умерший.

50. Для регистрации мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, в регистрирующие органы представляется учетная форма первичной медицинской документации № 106-2/у-12 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти», удостоверяющая факт мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.

51. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.

52. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется всеми медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой на каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.

53. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти не оформляется заочно, без личного установления врачом (средним медицинским работником) факта мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.

54. При многоплодных родах медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется на каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, в отдельности.

55. В случае произведения вскрытия в централизованном патологоанатомическом отделении медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия с учетом его результатов.

Для регистрации в регистрирующих органах медицинское свидетельство о перинатальной смерти передается в те медицинские организации, откуда доставлены мертворожденные или новорожденные, умершие на первой неделе жизни.

56. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти направляется в регистрирующие органы с отметкой «предварительное», «взамен предварительного», «окончательное» или «взамен окончательного».

57. В случае необходимости получения дополнительных сведений о причинах смерти допускается выдача предварительного медицинского свидетельства о перинатальной смерти с отметкой «предварительное». В последующем оформляется новое свидетельство с дополненными сведениями, которое с отметкой «взамен предварительного» направляется непосредственно в территориальный

орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, где выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи.

58. В случае выдачи медицинского свидетельства о перинатальной смерти с отметкой «окончательное», но при установлении в дальнейшем дополнительных уточняющих сведений, оформляется новое свидетельство с дополненными сведениями и с отметкой «взамен окончательного» направляется непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, где выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи.

59. Номер и серия медицинского свидетельства о перинатальной смерти, дата его выдачи, причина смерти, регистрирующий орган, где произведена регистрация, номер и дата записи акта перинатальной смерти или рождения указываются в соответствующих учетных формах первичной медицинской документации: в случае мертворождения - №096/у «История родов», в случае перинатальной смерти - №097/у «История развития новорожденного».

60. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия, клинические данные о патологии матери, ребенка (плода) во время беременности и родов берутся из медицинской документации (история родов - ф. № 096/у, история развития новорожденного - ф. № 097/у).

61. Пункты 1-5 заполняются с учетом сведений из истории родов. Указывается ФИО умершего ребенка (мертворожденного), его пол (если пол не определен, указывается пол по желанию родителей), дата и время рождения умершего в перинатальном периоде или мертворождения, дата и время перинатальной смерти (в случае мертворождения - не заполняется). Указывается место смерти ребенка (мертворожденного): адрес (республика, область, район, город, село) и место, где произошла смерть (стационар, дом или другое место).

62. В пунктах 6-12 указываются сведения о матери:

Ф.И.О. матери, год рождения, национальность (в соответствии с документами, удостоверяющими личность). Сведения о семейном положении матери, в отношении состоящих в браке - на основании свидетельства о браке или с ее слов записывается дата заключения брака (регистрации в регистрирующих органах) и указывается фамилия, имя, отчество мужа. При этом путем подчеркивания соответствующего текста: «на основании записей в свидетельстве о браке» или «со слов матери» указывается источник информации. Если мать указанных сведений не сообщает, то следует подчеркнуть «не состоит в браке».

Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного), образование. Указывается место работы матери и ее занятие (должность или выполняемая работа). При заполнении этого пункта следует указать полное название предприятия, учреждения или организации. В том случае, если мать не работает, следует указать источник существования (находится на иждивении мужа, отца и т.д.).

63. В пунктах 13-23 указываются сведения о предыдущих беременностях, о сроках, течении и осложнениях данной беременности и родов.

64. В пунктах 24-30 указываются сведения о ребенке, вносимые из истории родов.

65. Полная и детальная форма записи причины перинатальной смерти необходима для того, чтобы определить истинную причину перинатальной смертности.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти составляется в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и предусматривает запись как причин смерти ребенка (плода), так и патологии со стороны материнского организма, оказавшей неблагоприятное воздействие на плод.

Запись причины смерти ребенка (мертворожденного) производится в пяти разделах пункта 31 и кодировка по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10):

обозначенных буквами от «а» до «д»:

в строку «а» вносится основное заболевание или патологическое состояние новорожденного (плода), обусловившее наступление смерти;

в строку «б» - другие заболевания или патологические состояния у ребенка (плода),

способствующие наступлению смерти;

в строку «в» - основное заболевание (или состояние матери), которое оказало наиболее выраженное неблагоприятное воздействие на новорожденного (плод);

в строку «г» записываются другие заболевания матери (или состояние матери, последа), которые могли способствовать смерти ребенка (плода);

строка «д» предусмотрена для констатации обстоятельств, которые оказали влияние на наступление смерти, но не могут быть классифицированы как болезнь или патологическое состояние матери или ребенка. В этой строке могут быть записаны операции, оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения.

В строку «а» и «в» записывается только один диагноз. Если установить заболевание (состояние) матери или состояние последа, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка (плод), не представляется возможным, в строках «в» и «г» записывается - «не известны», «не установлены».

При смерти от внешней причины в строке «а» указывается непосредственная причина смерти ребенка, например, переохлаждение, ожог, закупорка дыхательных путей пищей, перелом свода черепа, в строке «в» - обстоятельства, вызвавшие непосредственную причину смерти.

66. Следующие примеры иллюстрируют порядок записи причины перинатальной смерти и отбора их для статистической разработки:

1) Женщина с резус-отрицательной группой крови до беременности страдала ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Во время беременности явлений декомпенсации не наблюдалось. При сроке беременности 12 недель появились антитела, титр которых нарастал. Самопроизвольные роды в 35 недель мертвым плодом. Сердцебиение плода перестало прослушиваться с началом родовой деятельности.

Запись о причине мертворождения:

- а) гемолитическая болезнь
- б) ---
- в) резус-отрицательная кровь у матери с высоким титром антител
- г) ревматический порок сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана.
- д) ---

Для шифровки отбираются: гемолитическая болезнь, обусловленная резус-несовместимостью. 2) Женщина до наступления беременности страдала мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом. Во время 1-ой половины беременности было обострение пиелонефрита. При сроке беременности 38 недель повторное обострение пиелонефрита с высокой температурой. На 1-е сутки заболевания констатирована внутриутробная смерть плода. На 2-е сутки - самопроизвольные роды мертвым плодом с массой 2600 грамм. На вскрытии - антенатальная асфиксия на фоне гипотрофии.

Запись о причине мертворождения:

- а) антенатальная асфиксия
- б) внутриутробная гипотрофия
- в) хронический пиелонефрит
- г) почечно-каменная болезнь
- д) ---

Для шифровки отбираются: антенатальная асфиксия, хронический пиелонефрит.

3) Женщина, 21 года, в анамнезе один медицинский аборт. Беременность протекала без осложнений. Размеры таза нормальные. Во 2-ом периоде родов зарегистрирована слабость родовой деятельности, произведена родостимуляция. В связи с начавшей гипоксией плода наложены полостные щипцы. Извлечен мертвый мальчик, рост 53 см, масса 3500 грамм. Меры реанимации эффекта не дали.

На вскрытии: разрыв намета мозжечка, кефалогематома.

Причины перинатальной смерти:

- а) родовая травма
- б) начавшаяся асфиксия
- в) слабость родовой деятельности
- г) ---
- д) родостимуляция, полостные щипцы.

Для шифровки отбираются: родовая травма, слабость родовой деятельности.

4) У женщины с гестозом беременных произведено кесарево сечение в 32 недели беременности в связи с кровотечением из-за предлежания плаценты. Извлеченный ребенок с массой тела 1480 граммов умер через 16 часов. На вскрытии установлена болезнь гиалиновых мембран. В свидетельстве указывается:

- а) болезнь гиалиновых мембран
- б) недоношенность
- в) предлежание плаценты
- г) гестоз беременных
- д) кесарево сечение

При кодировке основной причиной смерти считается «предлежание плаценты».

67. Записи на корешке медицинского свидетельства о перинатальной смерти должны полностью соответствовать аналогичным записям самого свидетельства. Дополнительно, для более детального анализа причин смерти (мертворождений) при создании регистра новорожденных, в форму вносятся сведения о матери: число посещений врача (фельдшера, акушерки), чем закончились беременности, предшествующие данной, осложнения родов (обвести соответствующие коды в тексте), медицинские и социальные факторы риска настоящей беременности, акушерские процедуры. А также сведения о ребенке: который по счету родившийся ребенок у матери, наличие критериев живорождения, оценка по шкале Апгар, осложнения периода новорожденности, врожденные аномалии. В корешок вносятся номера и даты актов записей о рождении ребенка и его смерти в случае живорождения, и номер и дата актовой записи о смерти в случае мертворождения.

68. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти заверяется печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, и подписью медицинского работника, выдавшего свидетельства. Получатель отрывного медицинского свидетельства о перинатальной смерти расписывается в его получении в корешке свидетельства.

Приложение 3 к приказу  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 3 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 19.03.2015 № 153 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-2/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 001-2/у утверждена приказом

Ұйымның атауы Наименование организации	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907
---	---

**Үйдегі стационар науқастарын есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета больных стационара на дому**

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ басталды (начат)  
20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ аяқталды (окончен)

Р/с № п /п	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Д и а г н о з	Емдеудің басталу күні Дата начала лечения	Емдеудің аяқталу күні Дата окончания лечения	Емделген күндер саны Коли- чество дней лечения	Емдеу немен аяқталды Исход лечения	Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы парақ Листок временной нетрудо- способности
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 001-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Стационарға\*, күндізгі стационарға\*\* емдеуге жатқызуға

**ЖОЛДАМА**

(керектісінің астын сызыңыз)

**НАПРАВЛЕНИЕ**

на госпитализацию в стационар\*, в дневной стационар \*\*

(нужное подчеркнуть)

Код \_\_\_\_\_

Жіберуші медициналық ұйымының атауы (Наименование направляющей медицинской организации )

Жіберілді (Направляется в) \_\_\_\_\_

МҰ атауы, бөлімше (наименование МО, отделение)

Науқастың ТАӘ (ФИО больного (ой)) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының № \_\_\_\_\_

(№ медицинской карты амбулаторного пациента)

Мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы) \_\_\_\_\_

Диагнозы \_\_\_\_\_

АХЖ-10 коды (код по МКБ-10) \_\_\_\_\_

20 \_\_ жылғы (года) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ ТАӘ, дәрігердің коды (ФИО, код врача) \_\_\_\_\_

қолы (подпись)

\* Стационарға науқасты жоспарлы емдеуге жатқызуға дербес медициналық ұйымдардың жіберуге құқығы бар (на плановую госпитализацию больных в стационар имеют право направлять самостоятельные медицинские организации)

\*\* Күндізгі стационарға науқасты емдеуге жатқызуға медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдарының барлық құрылымдық бөлімшелері жіберуге құқығы бар (на госпитализацию больных в дневной стационар имеют право направлять все структурные подразделения организаций первичной медико-санитарной помощи)

«Стационарды таңдаумен келісемін»

Науқастың қолы \_\_\_\_\_

«С выбором стационара согласен»

Подпись больного \_\_\_\_\_

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 001-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Консультацияға немесе диагностикалық зерттеуге  
жіберілген науқасты есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета больных, направленных на консультацию или  
диагностическое исследование**

Р/ с № п/ п	Жіберілген күні Дата направления	Науқастың ТАӘ (толық) ФИО больного ( полностью)	Бірегейлендіру коды Идентификационный код	Науқастың туған күні Дата рождения больного	Жіберген ұйымның диагнозы Диагноз направившей организации	Амбулаториялық картаның № № амбулаторной карты
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Науқас жіберілген ЕПҰ, бөлімше ЛПО, отделение, в которое направлен больной	Жүргізілген зерттеудің немесе консультацияның күні мен уақыты Дата и время проведенного исследования или консультации	Аурухана жатқызуға жіберген дәрігердің ТАӘ ФИО врача, направившего на госпитализацию	Қаржыландыру көзі ( республикалық бюджет, жергілікті бюджет, ақылы қызмет, ЕМҚ келісім шарт бойынша, басқалар) Источник финансирования ( республиканский бюджет, местный бюджет, платные услуги, по договору ДМС, прочее)	Сақтандыру полисының №, сақтандыру ұйымының коды немесе басқа құжаттар № страхового полиса, код страховой организации или другой документ
8	9	10	11	12

А 4  
Формат А4

ф о р м а т ы

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Емдеуге жатқызуға жіберілген және емдеуге жатудан  
бас тартқан науқастарды есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета больных, направленных на госпитализацию  
и отказа от госпитализации**

р / с № п / п	Жіберілген күні Дата направления	Науқастың ТАӘ (толық) ФИО о больного ( полностью)	Науқастың бірегейленді коды Идентификационный код больного	Науқастың туған күні Дата рождения больного	Жіберген ұйымның диагнозы Диагноз направившей организации	Амбулаториялық картаның № № амбулаторной карты	Науқас жолданған ЕПҰ, бөлімше ЛПО, отделение в которое направлен больной
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Ауруханаға жатқызу бюросы анықтаған күні Дата госпитализации, определенная Бюро госпитализации	Ауруханаға жатқызылған күні мен уақыты Дата и время госпитализации	Бастапқы, қайта емдеуге жатқызу Первичная, повторная госпитализация	Қорытынды диагноз Заключительный диагноз	Ауруханаға жатудан бас тарту себебі Причина отказа в госпитализации	Ауруханаға жатқызуға жолдаған дәрігердің ТАӘ ФИО врача, направившего на госпитализацию	Қаржылау кезі республикалық бюджет жергілікті бюджет, қызмет, келісім бойынша басқалық Источники финансирования ( республикалық бюджет)

						местный , плат услуги. договору прочее
9	10	11	12	13	14	15

1. ЕПҰ – емдеуге-профилактикалық ұйымы
2. ЛПО – лечебно-профилактическая организация
3. ЕМС – ерікті медициналық сақтандыру
4. ДМС – добровольное медицинское страхование

A4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-7/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 003-2/ у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907



13. Хирургиялық операциялар (Хирургические операции)	по МКБ-9КМ)	Дата и время проведения

14. Емді бастаған күні ( Дата начала лечения ) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
кк/аа/жж (дд/мм/гг)

15. Емді аяқтаған (қайтыс болған) күні (Дата окончания лечения  
(смерти) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
кк/аа/жж (дд/мм/гг)

16. Өткізген күндері (Проведено дней) \_\_\_\_\_ 17. МЭХ (МЭП) № \_\_\_\_\_

**17. ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР  
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Тағайындалды (астын сызыңыз) Назначено (подчеркнуть)	Орындалды (күні, қолы) Выполнено (дата, подпись)
ЭКГ _____	_____
Эндоскопиялық зерттеу (Эндоскопическое исследование)	_____
Ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование)	_____
Ro - скопия (графия) _____	_____
_____	_____
_____	_____
Зерханалық зерттеулер (Лабораторные исследования)	_____

Шағымы (Жалобы) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Қысқаша сыртартпасы (Краткий  
анамнез) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Объективті статусы (Объективный  
статус) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**БАҚЫЛАУ КҮНДЕЛІГІ**  
**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ**

**Тағайындалымдардың орындалуы мен бақылау күнделігі**  
**Дневник наблюдения и выполнения назначений**

Тағайындалымдар Назначения	Орындалу күні (Дата выполнения)	Қолы (Подпись)
1. Емдеуші дәрігердің тексеріп-қарауы (Осмотр лечащего врача)		
2. Учаскелік мейірбикенің тағайындалымдарын орындауы (Выполнение назначений участковой медсестрой)		
3. Мамандардың консультациясы Консультации специалистов		

18.	Диагнозы	АХЖ-10коды (код по МКБ-10)
Қорытынды клиникалық диагнозы		

Клинический диагноз		
Патологоанатомиялық диагнозы Патологоанатомический диагноз		

19. Уақытша еңбекке жарамсыздық парағы (Листок временной нетрудоспособности)

(с) \_\_\_\_\_ бастап (по) \_\_\_\_\_ дейін

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): сауығумен (выздоровление) – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть)-5, стационарға ауыстыру (қай стационарға екенін көрсету) перевод в стационар (указать какой)

20 \_\_ жыл (год) «\_\_» \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат А4

Форма

A4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма 025/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ПАЦИЕНТТІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

№ \_\_\_\_\_

немесе коды (или код)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз)

(Пол: мужской, женский (подчеркнуть))

Туған күні \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_  
 (Дата рождения) \_\_\_\_\_ күні, айы, жылы (день, месяц, год) \_\_\_\_\_ үйінің,  
 қызмет \_\_\_\_\_  
 тел. \_\_\_\_\_  
 (домашний, \_\_\_\_\_  
 служебный )

Код КАТО \_\_\_\_\_  
 Науқастың мекенжайы (Адрес больного): облыс (область) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ елді мекен (населенный пункт) \_\_\_\_\_  
 Ауданы (район) \_\_\_\_\_ көшесі (орамы) (улица (переулок)) \_\_\_\_\_  
 үй № (дом №) \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ пәтер (квартира) № \_\_\_\_\_  
 Қызмет, жұмыс орны (Место службы, работы) \_\_\_\_\_  
 бөлімше (отделение), цех \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (өндірістің атауы мен сипаттамасы)  
 \_\_\_\_\_ (наименование и характер производства)  
 Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) \_\_\_\_\_

«Емхананы таңдаумен келісемін » Пациенттің қолы _____	«С выбором поликлиники согласен» Подпись пациента _____
---	---

025/е н. артқы беті  
 разворот ф. 025/у

Біреудің асырауындағы адам (иждивенец) _____	Медициналық сақтандыру туралы деректер (Данные о медицинском страховании) Сақтандыру полисінің № (№ страхового полиса) _____ _____ Сақтандыру түрі: міндетті, ерікті (астын сызыңыз) (Вид страхования: обязательное, добровольное*(подчеркнуть))
--	--

Диспансерлік қадағалауға алынды Мекенжайы мен жұмысының ауысуы  
 (Взят на диспансерное наблюдение) Перемена адреса и работы

Есепке алынған күні Дата взятия на учет	Қандай себеппен По поводу	Есептен шығарылған күні Дата снятия с учета	Шығарылу себебі Причина снятия	Күні Дата	Жаңа мекенжайы (жаңа жұмыс орны) Новый адрес (новое место работы)

- \* Медициналық сақтандыру ерікті болған жағдайда сақтандыру компаниясының атын көрсетіңіз.  
 \* При добровольном виде медицинского страхования – указать название страховой компании.

№ 025/е н. 2 беті  
 стр.2 ф. № 025/у

Қаралу мерзімі (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) обращения)	Арнаулы мамандардың консультациясын есепке алуға арналған жыл сайынғы диспансерлеу парағы Лист ежегодной диспансеризации для учета консультаций узких специалистов		
	Қорытынды ( анықталған) диагноздар Заключительные ( уточненные) диагнозы	Бірінші рет қойылған диагноздар (+ белгіленсін) Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Дәрігердің қолы (тегіңізді анық жазыңыз) Подпись врача (фамилию писать разборчиво)
1	2	3	4

Қаралу мерзімі (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) обращения)	Қорытынды (анықталған) диагноздарды жазу парағы Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов		
	Қорытынды ( анықталған) диагноздар Заключительные ( уточненные) диагнозы	Бірінші рет қойылған диагноздар (+ белгіленсін) Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Дәрігердің қолы (тегіңізді анық жазыңыз) Подпись врача (фамилию писать разборчиво)
1	2	3	4

Ерекше белгілер  
 Особые отметки

Аллергиялық анамнез Аллергический анамнез	Эпидемиологиялық анамнез Эпидемиологический анамнез	Жеке өзгешеліктері Индивидуальные особенности	Қандай аурулармен ауырған Перенесенные заболевания	
1	2	3	4	5

№ 025/е. н. 3, 4 беттері  
 стр. 3.4 ф.№ 025/у

Қаралған күні	Амбулаторияда, үйінде (жазыңыз )	Науқастың шағымы, объективті деректер, аурудың ағымы мен диагнозы, дәрігерлер мен кеңесшілердің қолы Жалобы больного, объективные	Тағайындалымдар мен еңбекке жарамсыздық парағы берілгені туралы белгілер
---------------	--	---	--



Дата посещения	Амбулаторное, на дому (вписать)	данные, течение и диагноз болезни, подписи врачей и консультантов	Назначения и отметки о выдаче листка нетрудоспособности
1	2	3	4

№ 025/е.н. 5, 6 беттері  
стр. 5.6 ф. № 025/у

Амбулаторлық науқастың \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
 медициналық картасының жапсырма беті  
 Вкладной лист к медицинской карте № \_\_\_\_\_  
 амбулаторного больного \_\_\_\_\_

Қаралған күні Дата посещения	Амбулаторияда, үйінде (жазыңыз) Амбулаторное, на дому (вписать)	Науқастың шағымы, объективті деректер, аурудың ағымы, диагнозы, дәрігерлер мен консультанттардың қолы Жалобы больного, объективные данные, течение и диагноз болезни, подписи врачей и консультантов	Тағайындалымдар мен еңбекке жарамсыздық парағы берілгені туралы белгілер Назначения и отметки о выдаче листка нетрудоспособности
1	2	3	4

№ 025/е.н.7,8 беті  
стр. 7,8 ф.025/у

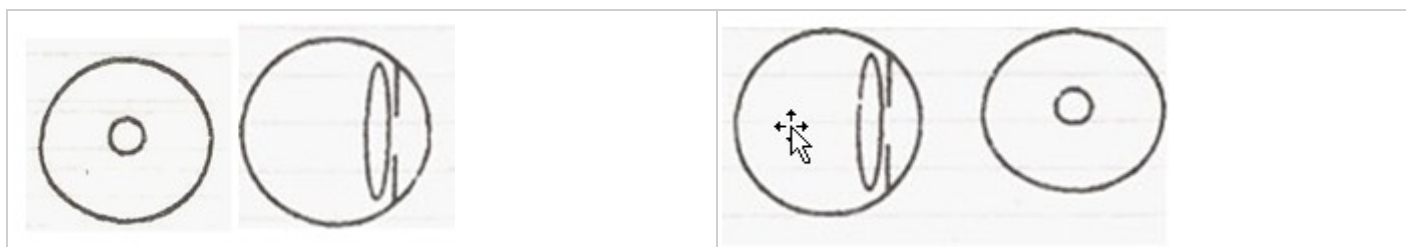
Амбулаториялық науқастың № \_\_\_\_\_ медициналық картасының жапсырма парағы  
 Вкладной лист к медицинской карте № \_\_\_\_\_  
 амбулаторного больного  
 (офтальмологиялық бейінді медицина ұйымдары мен бөлімшелері үшін)  
 (для медицинских организаций и отделений офтальмологического профиля)

Шағым, ауруын анамнез

Жалобы, анамнез заболевания \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

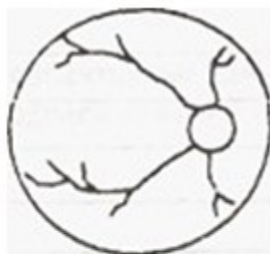
OD	OS
Көздің өткірлігі Острота зрения	
Сынуы Рефракция	

КІҚ ВГД	
Қосалқы аппарат Придаточный аппарат	
Алдыңғы кесіндісі Передний отрезок	
Сыну ортасы Преломляющие среды	



1. КІҚ - көз ішінің қысымы  
ВГД -внутриглазное давление

Көз түбі  
глазное дно



Диагнозы \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ \_\_\_\_\_

Қосымша деректер Дополнительные данные	
---	--

ҰСЫНЫСТАР:

РЕКОМЕНДАЦИИ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ПАЦИЕНТІНІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫНЫҢ  
ЖАСӨСПІРІМНІҢ ЖАПСЫРМА ПАРАҒЫ  
ВКЛАДНОЙ ЛИСТ НА ПОДРОСТКА К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ  
АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

Дата заполнения карты \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

№ или код

Туған күні (Дата рождения)

\_\_\_\_\_ күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Юноша - бозбала  
Девушка - бойжеткен

(астың сызыңыз)  
(подчеркнуть)

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

\_\_\_\_\_ Жасөспірімнің мекенжайы (Адрес подростка)

\_\_\_\_\_ Кәсіпорынның (оқу орнының) аты  
(Названия предприятия (учебного заведения))

\_\_\_\_\_ Кәсіпорынға (оқу орнына) түскен уақыты  
(Время поступления на предприятие (в учебное заведение))

\_\_\_\_\_ Кәсібі (Профессия)

\_\_\_\_\_ Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания)

\_\_\_\_\_ Ата-анасының аурулары (туберкулез, алкоголизм, психикалық сырқаттар)  
(Болезни родителей (туберкулез, алкоголизм, психические заболевания))



№ 025/е.н.11 беті  
стр. 11 ф.025/у

	1-ші тексеру 1-е обследование	2-ші тексеру 2-е обследование	3-ші тексеру 3-е обследование
Лимфа бездері Лимфатические железы			
Ауыз қуысы Полость рта			
Ас қорыту ағзалары Органы пищеварения			
Тыныс алу ағзалары Органы дыхания			
Қан айналу ағзалары (қан қысымы) Органы кровообращения (кровяное давление)			

№ 025/е.н.12 беті  
стр. 12 ф.025/у

	1-ші тексеру 1-е обследование	2-ші тексеру 2-е обследование	3-ші тексеру 3-е обследование
Несеп-жыныс ағзалары Мочеполовые органы			
Эндокриндік жүйе Эндокринная система			
Жүйке жүйесі Нервная система			
Психика			
Көру ағзалары Органы зрения			
Жоғарғы тыныс жолдары мен есту ағзалары Верхние дыхательные пути и органы слуха			

№ 025/е.н.13 беті  
стр. 13 ф.025/у

	1-ші тексеру 1-е обследование	2-ші тексеру 2-е обследование	3-ші тексеру 3-е обследование

Флюорография және рентгенологиялық зерттеу деректері Данные флюорографии и рентгенологических исследования			
Пирке реакциясы Реакция Пирке			
Манту реакциясы Реакция Манту			
Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования			
Диагноз			
Дене шынықтыру сабағына жіберілді (тобы) Допущен к занятиям по физкультуре (группа)			
Дәрігердің тағайындалымдары Назначения врача			
Дәрігердің қолы Подпись врача			

№025/е.н.14 беті  
стр. 14 ф.025/у

**САУЫҚТЫРУ ШАРАЛАРЫ**  
**ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ**  
(санаторийге, демалыс үйіне жіберу, емдәм тағамдарын берілуі, басқа жұмысқа ауыстырылуы және сауықтыру іс-шараларының басқа түрлері)  
(направление в санатории, дома отдыха, представление диетпитания, перевод на другую работу и прочие виды оздоровительных мероприятий)

Іс-шаралардың атауы Название мероприятий	КҮНІ ДАТА	
	тағайындаулар (назначения)	орындалуы (выполнения)
1- тексерілуі (1-е обследование)		
2- тексерілуі (2-е обследование)		
3- тексерілуі (3-е обследование)		

A5 форматы  
Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша Код организации по ОКПО	ұйым	коды
		_____	

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**АМБУЛАТОРЛЫҚ ПАЦИЕНТТІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫНА  
ЖАСӨСПІРІМГЕ ЖАПСЫРМА ПАРАҚ  
Картаның толтырылған күні 20\_\_ жылғы \_\_\_\_\_**

№ немесе коды

ВКЛАДНОЙ ЛИСТ НА ПОДРОСТКА К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА Дата заполнения карты \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы  
Формат A5

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды
		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 025-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Қорытынды (анықталған) диагноздарды тіркеуге арналған  
СТАТИСТИКАЛЫҚ ТАЛОН**

**СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН**  
**для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы  
 Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ДИСПАНСЕРЛІК ЕСЕПТЕГІ АМБУЛАТОРЛЫҚ ПАЦИЕНТТІҢ**  
**МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫНА ЖАПСЫРМА ПАРАҚ**  
**ВКЛАДНОЙ ЛИСТ К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ АМБУЛАТОРНОГО**  
**ПАЦИЕНТА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ**

**САТЫЛЫҚ ЭПИКРИЗ**  
**ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

1. Ауыруы (Болен с) \_\_\_\_\_ жылдан (года) бастап
2. Диспансерлік есепте (Состоит на диспансерном учете с) \_\_\_\_\_ жылдан (года) бастап тұр.  
Негізгі диагнозы (Основной диагноз) \_\_\_\_\_
3. Қосымша сырқаттары (Сопутствующие заболевания) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. Сырқатының биылғы ағымының сипаты мен диспансерлеудің тиімділігі:

Характеристика течения заболевания в текущем году и эффективность диспансеризации:

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| а) жазылды<br>(выздоровление)  | 1) өршу болмады<br>(обострение не было)                                  |
| б) жақсарды<br>(улучшение)     | 2) өршіді (қанша рет, көрсетіңіз)<br>(было обострение (указать сколько)) |
| в) өзгеріссіз<br>(без перемен) |  |



- г) нашарлады  
(ухудшение)
- д) күрт нашарлады  
(резкое ухудшение)
- е) қайтыс болды  
(смерть)

5. Жақсаруының немесе нашарлауының себебі (Причины улучшения или ухудшения) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Жұмысқа орналасуы (ДКК, МӘСК арқылы, астын сызып, жұмысқа орналасу сипатын жазыңыз)

(Трудоустройство (через ВКК, МСЭК, подчеркнуть и вписать характер трудоустройства)) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

№ 025-3/е. н. 2 беті  
Стр. 2 формы № 025-3/у

8. Еңбекке жарамсыздық күндерінің саны (Количество дней нетрудоспособности)

20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_

9. Қосалқы сырқаттары салдарынан еңбекке жарамсыздық күндерінің саны (Количество дней нетрудоспособности по сопутствующему заболеванию)

Емдеу жүргізілді (Проведенное лечение) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Санаторлық-курорттық емдеу (Санаторно-курортное лечение) \_\_\_\_\_

2. Стационарлық емдеу (Стационарное лечение) \_\_\_\_\_

3. Объективті деректер бойынша динамикасы (Динамика по объективным данным) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Басқа деректер (АҚҚ профілі) (Прочие данные (профиль АД)) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

**20\_\_ жылға - емдеу-профилактикалық іс-шараларының  
ЖОСПАРЫ  
ПЛАН  
лечебно-профилактических мероприятий 20\_\_ года**

Р/с № № п/п	Тексерулер және консультациялардың атауы Наименование обследований и консультаций	Орындалу мерзімі Срок исполнения	Орындалуы Исполнено
1	2	3	4
	Белгіленетін тексеру және консультация: Намечаемые обследования и консультации:		
	Қан талдауы: клиникалық, холестерин, билирубин, белок және белок фракциялары, қант, протромбин, сиал қышқылы, с – реактивті белок, қалдық азот, фибриноген, трансаминазалар, амилаза; Анализ крови: клинический, холестерин, билирубин, белок и белковые фракции, сахар, протромбин, сиаловая кислота, С-реактивный белок, остаточный азот, фибриноген, трансаминазы, амилаза;		
	Зәр талдауы: жалпы, диастазаға, Зимницкий сынамаcы, өт пигменттеріне, қантқа; Анализ мочи: общий, на диастазу, проба Зимницкого, на желчные пигменты, сахар;		
	Қақырық талдауы: жалпы, демікпе элементтері, ВК, типсіз клеткалар, флораға, антибиотиктерге сезімталдығын анықтау; Анализ мокроты: общий, элементы астмы, ВК, атипичные клетки, флору, определение чувствительности к антибиотикам;		
	Нәжіс талдауы: жалпы, жасырын қанға; Анализ кала: общий, на скрытую кровь;		
	Асқазан сөлінің талдауы: фракциялармен, ұлтабарды сүңгімен зерттеу; Анализ желудочного сока: фракционно, дуоденальное зондирование		
	R-скопия: өкпе, жүрек, асқазан, ішекті, холецистография; ; R-скопия: легких, сердца, желудка, кишечника, холецистография		
	ӨкпеR-графиясы, ЭКГ, ФКГ. Көз түбін зерттеу, ЛОР, тіс дәрігері, хирург, ревматолог, эндокринолог, терапия бөлімі меңгерушісінің, невропатологтың, ЭКГ дәрігерінің, фтизиатрдің, онкологтың, рентгенологтың кеңесі. R-графия легких, ЭКГ, ФКГ. Исследования глазного дна, консультация ЛОР, стоматолога, хирурга, ревматолога, эндокринолога, заведующий терапевтическим отделением,		

1.	невропатолога, врача ЭКГ, фтизиатра, онколога, рентгенолога.		
----	--	--	--

№ 025-3/е. н. 4 беті Стр. 4 ф. № 025-3/у

1	2	3	4
2.	Амбулаторлық және стационарлық емделуі (дәрі-дәрмекпен, оперативті, т.б.) курс ұзақтығы, мөлшерлері Амбулаторное и стационарное лечение (медикаментозное, оперативное и т.д.) длительность курса, дозы		
3.	Ауру қайталанбау үшін жүргізілетін ем, оның әдістемесі мен мерзімі Противорецидивное лечение, его методика и сроки		
4.	Жұмысқа орналастыру Трудоустройство		
5.	Емдәмдық тағам, санаторлық-курорттық емдеу (ұсыналған және тиым салынған тамақты көрсетіңіз, ұсынылған санаторлық емделу мен физиотерапия, ЕДШ) Диетическое питание и санаторно-курортное лечение (указать рекомендуемую и запрещаемую пищу, рекомендуемые виды санаторного лечения и физиотерапию, ЛФК)		
6.	Басқа шаралар Прочие мероприятия		

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_.

1. ДКК – дәрігер-консультативтік комиссиясы

ВКК – врачебно-консультативная комиссия

2. МӘСК – медициналық-әлеуметтік сараптау комиссиясы  
 МСЭК – медико-социальная экспертная комиссия

A5 форматы  
 Формат A5

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды
		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 025-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Дәрігердің қабылдауына арналған  
 ТАЛОН  
 ТАЛОН  
 на прием к врачу**

- 
1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_
2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_
3. Мекенжайы (Адрес местожительства) \_\_\_\_\_
- 
4. Амбулаторлық науқастың медициналық картасының № (№ медицинской карты амбулаторного больного) \_\_\_\_\_
- 
5. Кабинет (Кабинет) № \_\_\_\_\_
6. Келуі (Явиться) \_\_\_\_\_ күні (числа)  
 \_\_\_\_\_ сағат (часов) \_\_\_\_\_ минутта (минут)
7. Дәрігерге (К врачу) \_\_\_\_\_
- 
- тегі (фамилия)
8. Бала (Ребенок) (0-14 жастағы) (0-14 лет включительно), ересек (взрослый) (15 жастан жоғары) (от 15 и старше) – керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть).
9. Келу себебі (Повод обращения): сырқаты (заболевание), профилактикалық тексеру (профилактический осмотр), екпе (прививка), анықтамалық алуға (за справкой), басқа себептер (другие причины) – (керегінің астын сызыңыз, жетпегенін жазыңыз) (нужное подчеркнуть, недостающее вписать).

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

Форма

A5 форматы Формат А5		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-5/е нысанды медициналы құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма 025-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

**Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).**

Медициналық ұйым (Медицинская организация) \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_  
Медициналық тіркеу нөмірі (МТН)  
(Регистрационный медицинский номер (PMH)) !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!  
Амбулаториялық картаның № (№ амбулаторной карты) \_\_\_\_\_ Учаске (ОДА) № (участка  
СВА) \_\_\_\_\_

## **АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ПАЦИЕНТТІҢ КАРТАСЫ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА**

1. Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_  
Аты (Имя) \_\_\_\_\_ Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_
2. Туған күні (кк/аа/жжжж) (Дата рождения) (дд/мм/гггг) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
3. Жынысы (Пол): 1- ер (муж), 2 - әйел (жен)
4. Мекенжайы (Место жительства) \_\_\_\_\_
5. Бекітілген тұрғын (Прикрепленный житель): 1 - иә (да), 2 - жоқ (нет).  
5.1. Тұрғыны (Житель): 1 - қаланың (города); 2 - ауылдың (села)  
5.2. Оралман: 1 - иә (да), 2 - жоқ (нет).
6. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): 1 - бюджет; 2 - ЕМС (ДМС);  
3 - ақылы қызмет (платные услуги).  
6.1. Сақтандыру компаниясының атауы (Наименование страховой  
компании) \_\_\_\_\_  
Сақтандыру полисінің № (№ страхового полиса) \_\_\_\_\_
7. Жеңілдік алушылар категориясы (Категории льготников) 1-ҰОСМ (ИОВ); 2-ҰОСҚ (УВОВ);  
3- интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист); 4-бала кезінен мүгедек (инвалид  
детства); 5-ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию); 6 - басқа жеңілдік  
алушылар (прочие льготники)
8. Қаралу себебі (Повод обращения): ауру (заболевание); профилактикалық тексеріп-қарау

(профилактический осмотр); диспансерлеу (диспансеризация); екпе (прививка); медициналық-әлеуметтік (медико-социальный); басқалар (прочие); зақым (травма) (тек бір себепті сызыңыз) (подчеркнуть только один повод);

8.1. Зақым түрі (Вид травмы): 1- Өндіріспен байланысты (Связанная с производством): өнеркәсіпте, ауыл шаруашылығында, жол-көліктік, басқалар (в промышленности, в сельском хозяйстве, дорожно-транспортная, прочая); 2- Өндіріспен байланыссыз (Не связанная с производством): тұрмыстық, көшеде, жол-көліктік, спорттық, мектепте, басқалар (бытовая, уличная, дорожно-транспортная, спортивная, школьная, прочая);

8.2. Кім жіберді (Кем направлен): 1- ОДА (СВА); 2 – жедел жәрдем (скорой помощью); 3 – стационар (стационаром); 4 – өздігінен (самостоятельно).

9. Келуі (Посещения):

Күні Дата	Келу * түрі Вид * посещения	Дәрігер коды Код врача	Күні Дата	Келу * түрі Вид * посещения	Дәрігер коды Код врача	Күні Дата	Келу * түрі Вид * посещен	Дәрігер коды Код врача

- Е (П) – Емхана (Поликлиника); Ү (Д) – үйінде (на дому); ҮҚ (А) – үйінде қарау (актив на дому); М (Ш) – мектепте (балабақшада) (в школе (детском саду));  
- Ұ (О) – ұйымда (в организации); Б - күндізгі стационар (дневном стационаре); ҮС (С) – үйдегі стационар (в стационаре на дому).

10. Стационарда өткізген төсек-күндері (Проведено дней в стационаре):

күндізгі (дневном) \_\_\_\_\_ үйіндегі (на дому) \_\_\_\_\_

ауруы бойынша (по заболеванию) _____	АХЖ-10 коды (Код МКБ-10)	Түрі (Тип) 1,2,3*)
АХЖ-10 коды (код МКБ-10) _____		
11. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)		

\*) Диагностардың әрқайсысы үшін (Для каждого из диагнозов): 1- ушыққан ауру (острое заболевание); 2 - өмірінде бірінші рет анықталған созылмалы немесе бірінші рет анықталған (впервые в жизни зарегистрированный хронический или установленный впервые); 3- бұрыннан белгілі созылмалы (известное ранее хроническое).

12. Диспансерлеу (Диспансеризация)

	АХЖ-10 коды	1-алынды (взят) 2-есепте (состоит)	Есептен шығарылу себебі * (Причина)	Келесі келу күні	Дәрігер- дің коды
--	----------------	---	--	---------------------	----------------------

Диагнозы	(Код МКБ-10)	3-шығарылды (снят)	снятия с учета *)	(Дата следующей явки)	(Код врача)

\*) 1-жазылу (выздоровление); 2-15 жасқа толды (достигнуто 15 лет); 3-басқа жаққа кетті (выезд); 4-қайтыс болды (смерть)

13. Емшаралар мен талдаулар (орындалған ) (Процедуры и анализы (выполненные))

Маманның коды (Код специалиста)	Аттары Названия	Тарификатор бойынша коды (Код по тарификатору)	Саны (Количество)

14. Қабылдау кезінде және үйінде дәрігердің жасаған операциялары мен манипуляциялары  
Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме и на дому:

Күні Дата	Атауы Наименование	Операция коды Код операции	Дәрігердің коды Код врача

15. Қаралу нәтижесі (Исход обращения): 1- сау (здоров); 2 – жазылды (выздоровление); 3 - өзгеріссіз (без перемен); 4 – жақсарды (улучшение); 5 – ауруханаға жатқызылды (госпитализация); 6 – медициналық-әлеуметтік сараптамасына - болған жағдайда (бұдан әрі – МЭС) жіберілді (направлен на медико-социальную экспертизу – при наличии (далее - МСЭ); 7 – өлім (смерть); 8 – науқастың бас тартуы (отказ больного); 9- басқа жаққа кетуі (выезд); 10 – егілді (привит); 11 – басқалар (прочие); 12 – Емханалық қаралу оқиғасы - болған жағдайда (бұдан әрі – ЕҚО) жалғасуы (продолжение случая поликлинического обращения – при наличии (далее - СПО); 13 – КДЕ (ҚДО) жолданды (направлен в КДП (КДЦ).

16. ЕҚО (СПО): 1 – аяқталды (завершен); 2 - аяқталмады (не завершен)

17. Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Код \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

18. ЕҚО аяқталған күн (Дата завершения СПО) \_\_\_\_\_ жылғы (год) " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат А4





9.4. Мүгедектік бойынша диагноз/Диагноз по инвалидности

\_\_\_\_\_10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)

10. Бойы/Рост \_\_\_\_\_(см); 11. Салмағы/Вес \_\_\_\_\_(кг).
12. Бас шеңбері/Окружность головы (3 жасқа дейінгі балалар/дети до 3 лет) \_\_\_\_\_(см).
13. Кеуде шеңбері/Окружность грудной клетки (3 жасқа дейінгі балалар/дети до 3 лет) \_\_\_\_\_(см).
14. Темекі шегу, күніне ең болмағанда бір темекі (7 жас және одан үлкен балалар)/Курение, хотя бы одну сигарету в день (дети 7 лет и старше): 1-жоқ/нет; 2-иә/да.
15. Алкоголдік ішімдіктер тұтыну (7 жас және одан үлкенбалалар)/Употребление алкогольных напитков (дети 7 лет и старше): 1-жоқ/нет; 2-иә/да.
16. Физикалық белсенділік, күнделікті физикалық салмақ (жаттығу, жаяу жүру, спорттық үйірмелерге қатысу және т.б.) 30 минуттан кем емес (3 жас және одан үлкен балалар)/Физическая активность, ежедневная физическая нагрузка (зарядка, пешие прогулки, посещение спортивных секций и т.д.) не менее 30 минут (дети 3 лет и старше): 1-жоқ/нет, 2-иә/да.
17. Артериялық қысым (7 жас және одан үлкен балалар) (систолалық/диастолалық) 1-сі \_\_\_\_/\_\_\_\_, 2-сі \_\_\_\_/\_\_\_\_, орташа \_\_\_\_/\_\_\_\_мм.с.б./Артериальное давление (дети 7 лет и старше) (систолическое/диастолическое) 1-е \_\_\_\_/\_\_\_\_, 2-е \_\_\_\_/\_\_\_\_, среднее \_\_\_\_/\_\_\_\_мм.рт.ст.
18. Құлақтың естігіштігін анықтау/Определение остроты слуха:
- 18.1 Нәрестелер, отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен/Новорожденные, методом регистрации отоакустической эмиссии: 1-тіркелген/зарегистрирована; 2-тіркелмеген/не зарегистрирована; 3- жүргізілмеді/не проведена.
- 18.2 1 жасқа дейінгі балалар және одан үлкен/Дети 1 года и старше: 1-қалыпты/норма; 2-төмендеу/снижение.
19. Көздің көргіштігін анықтау/Определение остроты зрения: 1-қалыпты/норма; 2-төмендеу/снижение
20. Плантограмманы анықтау (5 жасқа дейінгі балалар және одан үлкендер/)/Оценка плантограммы (дети 5 лет и старше): 1-қалыпты/норма; 2-жалпақтабандық/плоскостопие.
21. Нервтік-психикалық дамуды бағалау/Оценка нервно-психического развития:1-қалыпты/норма; 2- аздаған ауытқу/незначительные отклонения; 3-айқын ауытқу/выраженные отклонения.
22. Жыныстық дамуды бағалау (7 жастағы балалар және одан үлкен)/Оценка полового развития (дети 7 лет и старше): 1-қалыпты/норма; 2-қалыс қалу/отставание; 3-ерте жетілу/опережение.
23. Қатыгездік белгілері/Признаки жестокого обращения: 1-жоқ/нет; 2-иә/да.
24. Қаралу/Посещения:

Күні/ Дата	Қаралу түрі*/ Вид * посе- щения	Дәрігер коды/ Код врача	Күні/ Дата	Қаралу түрі*/ Вид * посе- щения	Дәрігер коды/ Код врача

продолжение таблицы

Күні/ Дата	Қаралу түрі*/ Вид * посе- щения	Дәрігер коды/ Код врача	Күні/ Дата	Қаралу түрі*/ Вид * посе- щения	Дәрігер коды/ Код врача

\* А/П – БМСК/ПМСП; Ү/Д – үйде/на дому; А/А–үйге актив/актив на дому; М/Ш – мектепте/в школе ( балабақша, колледж, университет); К/К – жылжымалы медицина кешенінде/в передвижном медицинском комплексе.

25. Скринингтік тексерудің нәтижесі/Результаты скринингового обследования:

25.1 Дені сау/Здоров(а): 1-жоқ/нет; 2-иә/да.

25.2 Мінез-құлықтық қауіп факторлары анықталды /Выявлены поведенческие факторы риска: 1-темекі шегу/курение; 2-ішімдікке салыну/употребление алкоголя; 3-дененің артық салмағы/избыточная масса тела; 4-дене қимылы белсенділігінің төмендігі/низкая физическая активность.

25.3 Қорытынды диагноз/ Заключительный диагноз	10-ХАЖ коды/ Код МКБ-10	Диагноз түрі/ Тип диагноза (1,2,3*)	Дәрігер коды/ Код врача

\*) Диагноздың әрбірі үшін/Для каждого из диагнозов: 1-жедел сырқат/острое заболевание; 2-өмірінде алғаш тіркелген созылмалы немесе алғаш анықталған/впервые в жизни зарегистрированный хронический или установленный впервые; 3-бұрыннан белгілі созылмалы сырқат/известное ранее хроническое заболевание.

26. Денсаулық тобы: 1-I; 2-II; 3-III; 4-IV; 5-V./Группа здоровья: 1-I; 2-II; 3-III; 4-IV; 5-V.

27. Процедуралар мен талдаулар/Процедуры и анализы (орындалған/выполненные):

Мамандың коды Код специалиста	Тарифика- торға бойынша код Код по тарификатору	Атауы/Название	Саны Количество

28. БМСК дәрігеріне жіберілді (учаскелік дәрігер, жалпы практика дәрігері)/Направлен к врачу ПМСП (участковый врач, врач общей практики): 1-жоқ/нет; 2-иә/да.

29. Скрининг-тексеру аяқтау күні/Дата окончания скрининг-обследования: \_\_\_\_\_ жылғы/года. 30. Скрининг жүргізген адамның ТАӘ/ФИО лица, проводившего скрининг \_\_\_\_\_ Дәрігердің коды/Код врача \_\_\_\_\_

Берілген мәліметтердің растығын мақұлдаймын/Подтверждаю, что вся представленная информация достоверна.

Форма

А5 форматы Формат А5		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
-------------------------	--	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 025-8/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

**Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).**

Амбулаториялық картаның № (№ амбулаторной карты) \_\_\_\_\_  
учаске № (№ участка) \_\_\_\_\_

**Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) үшін  
АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ПАЦИЕНТТІҢ КАРТАСЫ  
КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА  
для профилактического медицинского осмотра (скрининга)**

1. Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_  
Аты (Имя) \_\_\_\_\_ Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_
2. Туған күні (Дата рождения) /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ ж. (г.)
3. Туған жері (Место рождения) \_\_\_\_\_
4. Жынысы (Пол): 1- ер (муж); 2 - әйел (жен) 5. Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_
6. ЖСН (ИИН) |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
7. Медициналық тіркеу нөмірі (МТН)  
(Регистрационный медицинский номер (РМН))  
|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
8. Тұрғыны (Житель): 1 - қаланың (города); 2 - ауылдың (села)  
8.1. Оралман: 1 - иә (да), 2 - жоқ (нет).
9. Тұрғылықты жері (Место жительства): облыс (область) \_\_\_\_\_ қала (город)  
\_\_\_\_\_ аудан (район) \_\_\_\_\_ елді мекен - кент, ауыл  
(населенный пункт - поселок, село) \_\_\_\_\_
10. Бұл жерде қай уақыттан бері тұрады (С какого времени проживает в данной местности)  
\_\_\_\_\_ (жылын көрсетіңіз) (указать год)
11. Бекітілген медициналық мекеме (Медицинская организация прикрепления) \_\_\_\_\_
12. Бойы (Рост) \_\_\_\_\_ (см) 12.1 Салмағы (Вес) \_\_\_\_\_ (кг) 12.2. Кетле индексі  
(Индекс Кетле) \_\_\_\_\_ (автоматты түрде есептеледі) (подсчитывается  
автоматически)
13. Әйелдер туралы мәліметтер (Сведения о женщинах): Сізде байланысты қан кетулер  
бола ма (Бывают ли у Вас контактные кровотечения) 1 - жоқ (нет); 2 - иә (да)
14. Темекі шегу (Курение): күніне кемінде 1 шылым тартасыз ба (хотя бы одну сигарету в  
день) 1 - жоқ (нет); 2 - иә (да)
15. Алкогольдік ішімдіктерді қолдану (Употребление алкогольных напитков) 35-65 жастағы  
ерлер (мужчины 35-65 лет): 1 - жоқ (нет); 2 - иә (да) (егер иә болса, бір аптадағы  
тұтыну нұсқасын көрсетіңіз (если да, то указать вариант еженедельного потребления):

сыра (пиво): ішпеймін (не употребляю), 4,0 л дейін (до 4,0 л), 4,0 л астам (более 4,0 л); шарап (вино): ішпеймін (не употребляю); 1,7 л (до 1,7 л), 1,7 л астам (более 1,7 л); арақ және басқа күшті ішімдіктер (водка и другие крепкие напитки): ішпеймін (не употребляю), 350 мл дейін (до 350 мл), 350 мл астам (более 350 мл). 21-34 жастағы жастар, әйелдер, 65 жастан асқан адамдар (молодые люди 21-34 лет, женщины, лица в возрасте старше 65 лет): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да) (иә болса, бір аптадағы тұтыну нұсқасын көрсетіңіз) (если да, то указать вариант еженедельного потребления): сыра (пиво): ішпеймін (не употребляю), 2,0 л дейін (до 2,0 л), 2,0 л астам (более 2,0 л); шарап (вино): ішпеймін (не употребляю); 840 мл дейін (до 840 мл), 840 мл астам (более 840 мл); арақ және басқа күшті ішімдіктер (водка и другие крепкие напитки): ішпеймін (не употребляю), 175 мл дейін (до 175 мл), 175 мл астам (более 175 мл).

16. Артериялық қан қысымы (Артериальное давление) систоликалық/диастоликалық (систолическое/диастолическое) 1-сі (1-е) \_\_\_\_/\_\_\_\_, 2-сі (2-е) \_\_\_\_/\_\_\_\_, орташа (среднее) \_\_\_\_/\_\_\_\_

17. Ата-аналарда жүрек аурулары (гипертония, жүректің ишемиялық ауруы) бар ма (Имеются ли у родителей болезни сердца (гипертония, ИБС): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да)

18. Сізде жүрек ауруы (гипертония, жүректің ишемиялық ауруы) бар ма (Имеются ли у Вас болезни сердца (гипертония, ишемическая болезнь сердца): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да)

19. Тыныш отырғанда немесе ашуланғанда (психоэмоционалдық, физикалық салмақ түскенде), Сіздің кеудеңіз ауыра ма немесе өзіңізді ауыр сезінесіз бе, ал ондай күй өткеннен кейін 10 минутта ауырғаны қойса немесе жүрек ырғағында ауытқулар бола ма (Появляется ли у Вас боль или другие неприятные ощущения за грудиной в покое или при нагрузке (психоэмоциональная, физическая), проходящие при ее отмене в течение до 10 минут или перебои в ритме сердца): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да)

20. Сіздің басыңыз ауыра ма (Отмечаются ли у Вас головные боли): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да)

21. Сізде артериялық қан қысымы көтерілуі байқала ма (Отмечается ли у Вас повышение артериального давления): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да)

22. Профилактикалық медициналық тексеріп-қараудың нәтижелері (Результаты профилактического медицинского осмотра):

22.1 – Дені сау (Здоров(-а));

22.2 – Қауіп тобы (Группа риска); 22.3 – Бұрын анықталған созылмалы аурулар (Ранее установленные хронические заболевания):

\_\_\_\_\_ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_

23. Дәрігерге жіберілді (Направлен к врачу): педиатрға ; терапевтке ; хирургқа ; невропатологке ; оториноларингологқа ; кардиоревматологқа ; кардиологқа ; гастроэнтерологке ; нефрологқа ; окулистке ; аллергологқа ; гематологқа ; гинекологқа ; дерматовенерологқа ; онкологқа ; эндокринологқа ; урологқа ; стоматологқа; және басқа (прочие) .

24. Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау өткізілген күн (Дата проведения профилактического медицинского осмотра): \_\_\_\_ жылғы (год) \_\_\_\_\_

25. Профилактикалық медициналық тексеріп-қарауды өткізген тұлғаның ТАӘ (ФИО лица, проводившего профилактический медицинский осмотр) \_\_\_\_\_

26. Қанайналым жүйесінің ауруларын анықтау мақсатында өткізілген зерттеулердің нәтижелері (Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения)

26.1 Электрокардиограмма - болған жағдайда (бұдан әрі – ЭКГ) (электрокардиограмма – при наличии (далее – ЭКГ): 1 – қалыпты (норма), 2 – патология

26.2 Холестерин деңгейі (уровень холестерина): 1. <5,2 ммоль/л, 2. >5,2 ммоль/л,

26.3 Триглицеридтер деңгейі (уровень триглицеридов) 1. =0,5-2,1ммоль/л, 2.>2,1ммоль/л,

26.4 Глюкоза (35 жастан асқан тұлғалар үшін) (для лиц старше 35 лет) 1 =3,88-5,55

ммоль/л, 2. >5,55 ммоль/л,

27. Әйелдерді тексерудің нәтижелері (Результаты обследования женщин):

27.1 Сүртінділердің цитологиялық зерттеуі, 35, 40, 45, 50, 55 және 60 жас

(Цитологическое исследование мазков, 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет): 1 - қалыпты (норма); 2 - LSIL (CIN); ASC-US; 3 - HSIL (CIN II, CIN III), ASC-H, AGC, AIS; 4 - инвазивтік обыр (инвазивный рак).

27.2 Маммография (50, 52, 54, 55, 56, 58 және 60 жас) (50, 52, 54, 55, 56, 58 и 60

лет): 1 - патология жоқ (без патологии); 2 - сүт безінің қатерсіз ауруы (доброкачественные заболевания молочной железы); 3 -1 см дейін ісік түйінімен сүт безі обыры (рак молочной железы с опухолевым узлом до 1 см); 4 - сүт безі обыры 1 см астам ісік түйінімен (рак молочной железы с опухолевым узлом более 1 см); 5 - ісік түйінісіз сүт безі обыры (рак молочной железы без тени узла); 6 - сүт безі обырының ісіктік-инфильтративтік түрі (отечно-инфильтративная форма рака молочной железы)

27.3 Кольпоскопия (35, 40, 45, 50, 55 және 60 жас) (35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет): 1 - өткізілді (проведена), 2 - өткізілмеді (не проведена)

28. Бекітілген тұрғын (Прикрепленный житель): 1 - жоқ (нет); 2 - иә (да)

29. Қаралулар (Посещения):

Күні (Дата)	Қаралу * түрі (Вид * посеще- ния)	Дә- рігер коды (Код вра- ча)	Күні (Дата)	Қаралу* түрі (Вид * посе- щения)	Дәрі- гер коды (Код вра- ча)	Күні (Дата)	Қаралу* түрі (Вид * посеще- ния)	Дә- рі- гер коды (Код вра- ча)	Күні (Дата)	Қаралу* түрі (Вид * посеще- ния)	Дәрі- гер коды (Код врача)

\*МСАК (ПМСП); Ү (Д) - үйінде (на дому); ҮҚ (А) - үйінде қарау (актив на дому); М (Ш) - мектепте (бала бақшада) (в школе (детском саду)); Ұ (О) - ұйымда (в организации); Б - күндізгі стационарда (дневном стационаре); ҮС (С) - үйдегі стационарда (в стационаре на дому).

30. Консультациялар мен тексеру түрлері (консультации и виды обследования)

Кабинеттің № № кабинета	Бөлімше Отделение	Зерттеу коды Код исследования
	Жалпы клиникалық зерттеулер Общеклинические исследования	
	Биохимиялық зерттеулер Биохимические исследования	
	Флюорография	
	Маммография	
	ЭКГ	
	Көз түбінің тонометриясы Тонометрия глазного дна	
	Сүртінділердің цитологиясы Цитология мазков	



на учет)	вания, фактор риска)	(Код МКБ- 10)	шыға- рылды (снят)	(1,2,3А, 3Б,3В)	(Дата следующей явки)	ние здоровья) *)	оздоров- ления) **)	снятия с учета) ***)	(Код вра- ча)

\*) 1 – денсаулықтың жоғарғы тобына ауысу (переход в группу с более высоким уровнем здоровья); 2 – өзгеріссіз (без изменений); 3 – нашарлауы (ухудшение); 4 – түрленуші қауіп факторларын жою (устранение модифицируемых факторов риска); 5 – жедел респираторлық вирустық аурулар жиілігін төмендету (снижение частоты острых респираторных вирусных заболеваний); 6 – созылмалы аурулардың күшею жиілігін төмендету (снижение частоты обострений хронических заболеваний); 7 – тәндік және жыныстық даму өлшемдерін жақсарту (улучшение параметров физического и полового развития); 8 – клиникалық айғақтарды жақсарту (улучшение клинических показаний); 9 – мүгедектікке шығу (выход на инвалидность).

\*\*) 1 – амбулаториялық-емханалық ұйымдар (амбулаторно-поликлиническая организация); 2 – стационар; 3 – санаторийлік-курорттық ұйым (санаторно-курортная организация); 4 – жазғы сауықтыру лагері (летний оздоровительный лагерь), 5 – басқа орындар (прочих местах).

\*\*\*) 1 – сауығу (выздоровление); 2 – 15 жасқа жетті (достигнуто 15 лет); 3 – кетіп қалды (выехал); 4 – өлім (смерть); 5 – 18 жасқа жетті (достигнуто 18 лет).

33. Жасалған емшаралар мен талдаулар (Выполненные процедуры и анализы)

Маман коды (Код специалиста)	Тарификатор бойынша код (Код по тарификатору)	Атаулары (Названия)	Саны ( Количество )

34. Қабылдауда және үйде дәрігер жасаған операциялар, манипуляциялар (Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме и на дому):

Күні (Дата)	Атауы (Наименование)	Операция коды (Код операции)	Дәрігер коды (Код врача)

35. Қаралу немен аяқталды (Исход обращения): 1 – дені сау (здоров); 2 – сауығу (выздоровление); 3 – өзгеріс жоқ (без перемен); 4 – жақсарды (улучшение); 5 – емдеуге жатқызылды (госпитализация); 6 – МССК жіберілді (направлен на МСЭК); 7 – өлім (смерть); 8 – науқас бас тартты (отказ больного); 9 – кетіп қалды (выехал); 10 – егілді

(привит); 11 – басқа (прочие); 12 – ЕҚЖ жалғастырылды (продолжение СПО); 13 – КДЕ жіберілді (направлен в КДП)

36. ЕҚЖ (СПО): 1 – аяқталды (завершен); 2 – аяқталмады (не завершен)

37. Дәрігер, ТАӘ (Врач, ФИО): \_\_\_\_\_ Коды (Код) \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись)

38. ЕҚЖ аяқталған күн (Дата завершения СПО)

20 \_\_\_\_ жылғы (года) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

А4 форматы

Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 025-9/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**АМБУЛАТОРЛЫҚ ПАЦИЕНТТІҢ СТАТИСТИКАЛЫҚ КАРТАСЫ**  
**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА**  
консультациялық-диагностикалық орталықтар (емханалар) үшін  
для консультативно-диагностических центров (поликлиник)

1. ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

2. Туған күні (кк/аа/жжжж) (Дата рождения (дд/мм/гггг))  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ жылы(год)

3. Жынысы (Пол): 1 – ер(муж.), 2 – әйел(жен.)

4. Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_ 5. Азаматтық (Гражданство) \_\_\_\_\_

6. ЖСН (ИИН) \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

7. Медициналық тіркеу нөмірі (МТН) |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
(Регистрационный медицинский номер (PMH))

5. Мекенжайы (Место жительства) \_\_\_\_\_

6. Жолдаған мекеме (Направившая медицинская организация) \_\_\_\_\_

7. Қаралу күні (кк/аа/жжжж) (Дата обращения (дд/мм/гггг))  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ жылы(год)

8. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): 2 – бюджет, 4 – ақылы қызметтер (платные услуги).

9. Кеңес берулер мен тексеру түрлері (консультации и виды обследования)

--	--	--





П – диагностикалық орталық (диагностический центр),  
 Б – күндізгі стационар (дневной стационар)

12. Диагноз

	Жолдағанда При направлении	ХАЖ-10 коды Код МКБ-10	Тексергенде При обследовании	ХАЖ-10 коды Код МКБ- 10	1,2,3 түрі Тип 1,2,3	Дәрігердің коды Код врача
Негізгі (Основной)						
Ілеспелі ( Сопутствующие )						

Әр диагнозға (Для каждого из диагнозов): 1 –жіті ауру (острое заболевание), 2 – бірінші рет анықталған (установленный впервые), 3 –бұрыннан белгілі созылмалы (известное ранее хроническое).

13. Өткізілген зерттеулер (Проведенные исследования):

Күні Дата	Маманның коды Код специалиста	Атауы Названия	Тарификатор бойынша коды Код по тарификатору	Саны Кол-во	1-алғашқы (первично) 2 – қайталана (повторно)

14. Қабылдауда дәрігермен жасалған операциялар мен манипуляциялар (Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме):

Атауы Наименование	Операцияның коды Код операции	Дәрігердің коды Код врача


15. Дәрігер: ТАӘ (Врач: ФИО) \_\_\_\_\_  
 Коды (Код) \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

16. ЕҚО аяқталған күн (Дата завершения СПО) \_\_\_\_\_  
 жылғы (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_

A5 форматы  
 Формат A5

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды
		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 026/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 026/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ**

(Мектеп, мектеп-интернат, балалар үйі, бала бақша, бүлдіршіндер бақшасы үшін)

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА**

(для школы, школы-интерната, детского дома, детского сада, яслей-сада)

Сынып Класс		АЛЛЕРГИЯ (егуге, дәрілік, аллергиялық аурулар) (вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания)
Топ группа	Жыл сайын толтырылады заполняется ежегодно	

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество ребенка) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жынысы (ер, әйел) (Пол (муж, жен)) \_\_\_\_\_

Мекенжайы (Адрес места жительства) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Қызмет көрсететін емхананың (Обслуживающая поликлиника) № \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Ата-анасы туралы мәлімет (Сведения о родителях) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	Туған жылы год рождения	Білімі образование	Жұмыс орны место работы	телефон
анасы (мать)				
әкесі (отец)				

- а) баспана-тұрмыстық жағдайлары (жилищно-бытовые условия) \_\_\_\_\_  
б) отбасылық сыртартпасы (семейный анамнез) \_\_\_\_\_

**МЕКТЕПТЕН ТЫС САБАҚТАҒЫ (ВНЕШКОЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ):**

- спорт (иә, жоқ, спорт түрі) (да, нет, вид спорта) \_\_\_\_\_  
шет тіл (иә, жоқ) (иностраннй язык (да, нет)) \_\_\_\_\_  
музыка (иә, жоқ) (да, нет) \_\_\_\_\_  
басқа сабақтары (другие занятия) \_\_\_\_\_

Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания)

	Күні Дата		Күні Дата
Қызылша (корь)		Қызамық (краснуха)	
көк жөтел (коклюш)		жұқпалы гепатит (инфекционный гепатит)	
жәншау (скарлатина)			
күл ауруы (дифтерия)		дизентерия	
жел шешек (ветряная оспа)		іш сүзегі (брюшной тиф)	
жұқпалы паротит (инфекционный паротит)		туберкулез	
		ревматизм	

**БАЛАНЫҒ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ ҚОЗҒАЛЫСЫНЫҒ ПАРАҒЫ  
(ЛИСТ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА)**

Жасы Возраст Денсаулық тобы Группа здоровья	Нәресте Новорожденный	1 ай	2 ай	3 ай	4 ай	5 ай	6 ай
		1 месяц	2 месяца	3 месяца	4 месяца	5 месяцев	6 месяцев
+							

I							
II А	+	+	+	+			
II Б					+	+	+
III							
IV							
V							

продолжение таблицы

7 ай 7 месяцев	8 ай 8 месяцев	9 ай 9 месяцев	10 ай 10 месяцев	11 ай 11 месяцев	12 ай 12 месяцев	1 жас 3 ай 1 год 3 мес	1 жас 6 ай 1год 6 мес
+	+	+	+	+	+	+	+

продолжение таблицы

1 жас 9 ай 1год 9 мес	2 жас 2 года	2 жас 6 ай 2 года 6 мес	3 жас 3 года	4 жас 4 лет	5 жас 5 лет	6 жас 6 лет	7 жас 7 лет	8 жас 8 лет	9 жас 9 лет	..... .....	14 жас 14 лет
+	+	+					+	+			
			+	+	+	+					

ЕСКЕРТУ: Кестеде баланың туғаннан 14 жасқа дейінгі денсаулық жағдайының мысалы келтірілген. (+) белгісімен профилактикалық тексеріп-қарау кезіндегі баланың денсаулық тобы белгіленеді.

ПРИМЕЧАНИЕ: В таблице приведен пример динамики состояния здоровья ребенка от рождения до 14 лет . Знаком + отмечается группа здоровья ребенка при профилактическом осмотре.

Ауруханаға жатқызылуы, санаторлық емделуі туралы мәліметтер (Сведения о госпитализации, санаторном лечении)

Күні	Дата	Диагноз	Күні	Дата	Диагноз



Күні Дата	Тексеріп-қарау деректері Данные осмотра	Ұсыныстар Рекомендации
1	2	3

\*Емханада диспансерлік бақылауда тұрғандар үшін  
 (\* Для состоящих в поликлинике на диспансерном наблюдении).

Күні Дата	Тексеріп-қарау деректері Данные осмотра	Ұсыныстар	Рекомендации
1	2	3	

Зертханалық зерттеулер деректері  
 Данные лабораторных исследований

Күні Дата	Нәтиже Результат	Талдаулар Анализы	Күні Дата	Нәтиже Результат
		Қанды крови		
		Несепті мочи		
		Нәжісті кала		

Күні Дата				
Нәтиже Результат				
Күні Дата				
Нәтиже Результат				

Күні Дата				
--------------	--	--	--	--

Формула				
---------	--	--	--	--

Форма

А4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 026-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма 026-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ**  
(балалар үйі үшін) (қыз бала)  
**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА**  
(для детского дома) (девочка)

Қан тобы  
(группа крови) \_\_\_\_\_  
Резус тиістілігі  
(резус принадлежность) \_\_\_\_\_

1.Тегі \_\_\_\_\_ Аты \_\_\_\_\_ Әкесінің аты \_\_\_\_\_  
(фамилия ) \_\_\_\_\_ (имя) \_\_\_\_\_ (отчество) \_\_\_\_\_

2.Туған күні \_\_\_\_\_ айы \_\_\_\_\_ жылы  
(дата рождения): число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

3.Туылған жері  
( место рождения) \_\_\_\_\_

4. Ұлты \_\_\_\_\_ 5.Әлеуметтік жағдайы \_\_\_\_\_  
(национальность) \_\_\_\_\_ (статус) \_\_\_\_\_



6. Түскен мерзімі: күні \_\_\_\_\_ айы \_\_\_\_\_ жылы \_\_\_\_\_ сағат \_\_\_\_\_  
(дата поступления): (число) (месяц) (год) (время)

7. Кеткен мерзімі күні \_\_\_\_\_ айы \_\_\_\_\_ жылы \_\_\_\_\_ сағ \_\_\_\_\_  
(дата выбытия): (число) (месяц) (год) (время)

8. Қайда ауысты  
(адрес выбытия): \_\_\_\_\_

9. Қанша төсек-күн болды  
(проведено койко-дней): \_\_\_\_\_

10. Жіберген мекеменің диагнозы (диагноз направившего учреждения):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Қандай диагнозбен түсті (диагноз при поступлении):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Қорытынды диагноз (диагноз заключительный):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Отбасы туралы мәліметтер  
(Сведения о семье)**

Ата-аналар және басқа балалар (родители и другие дети) Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)	Туған жылы (дата рождения)	Жұмыс орны, лауазымы, телефоны (бала ұйымы) (где и кем работает, телефон (детские организации)	Асқынған аурулардың бар-жоғы (наличие запущенных заболеваний)
Ана (мать)			
Әке (отец)			
Басқа балалар (другие дети)			

**Баланың төлқұжаты туралы анықтама  
(справка о паспорте ребенка)**

Түскен кезіндегі құжаттар (документы при поступлении)			
Туу туралы куәлік (свидетельство о рождении)			
Бас тарту өтініші (заявление об отказе)			
Баланы тастап кету актісі (акт о подкидыше)			
№ 4 нысан (форма № 4)			
Қ а у л ы (постановление)			
Қолдау хат (ходатайство)			

З е р т х а н а л ы қ  
( лабораторные

- 1.
- 2.
3. HBSAg и AntiHCV\_\_\_\_\_

з е р т т е у л е р :  
и с с л е д о в а н и я ) :

RW \_\_\_\_\_  
ВИЧ \_\_\_\_\_

Баланың ауырған аурулары туралы мәлімет (сведения о перенесенных заболеваниях ребенка):

Ушыққан инфекциялық аурулар (острые инфекционные заболевания)	Ауырған күні (дата заболевания)	Созылмалы аурулар (хронические заболевания)	Ауырған күні (дата заболевания)
Қызылша (корь)		Туберкулез	
Қызамық (краснуха)		Мерез (сифилис)	
Күл ауруы (дифтерия)		Вирустық гепатиттер (вирусные гепатиты)	
Жел шешек (ветряная оспа)			
Жәншау (скарлатина)			

Туған кездегі салмағы (вес при поступлении) \_\_\_\_\_

Туған кездегі бойы (рост при поступлении) \_\_\_\_\_

ДСИ (ИМТ) \_\_\_\_\_

Бастың шеңбері (окружность головы) \_\_\_\_\_

Денесінің дамуын бағалау (оценка физического развития):

**Жалпы мәлімет**  
**Общие сведения**

1. Гинекологиялық анамнез (гинекологический анамнез) \_\_\_\_\_

2. Әлеуметтік анамнез (социальный анамнез)

Шешесі (мать) \_\_\_\_\_ Әкесі (отец) \_\_\_\_\_

Тұрмыстық жағдайы (бытовые условия) \_\_\_\_\_

Материалдық қамтамасыз ету (материальное обеспечение) \_\_\_\_\_

3. Акушериялық анамнез (акушерский анамнез) \_\_\_\_\_

Нәресте мезгілінде туылды (шала туылды) (ребенок родился доношенным (недоношенным)) \_\_\_\_\_

Босану ағымы қалыпты (қалыпсыз) (течение родов правильное (неправильное)) \_\_\_\_\_

Операция қолданылды (применение операционного вмешательства) \_\_\_\_\_

Жансыздандырылды иә, жоқ (обезволивание да, нет) \_\_\_\_\_

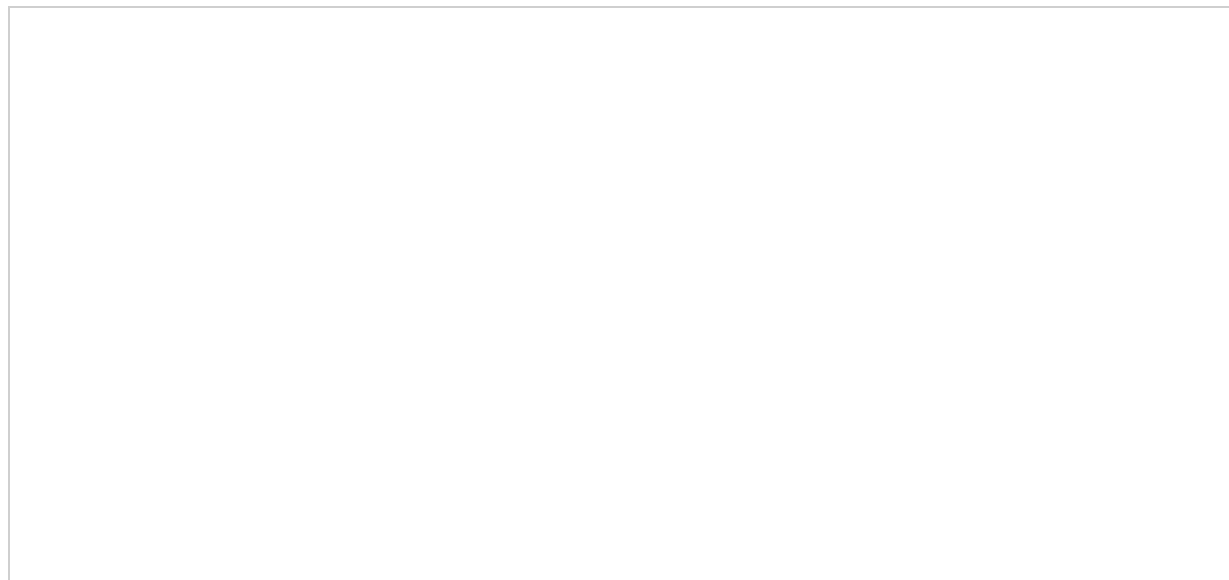
Туылған кезіндегі салмағы (вес при рождении) \_\_\_\_\_

Ұзындығы (длина) \_\_\_\_\_

Бастың көлемі (окружность головы) \_\_\_\_\_

Кеуде шеңбері (окружность грудной клетки) \_\_\_\_\_

**Алмасу картасын жабыстыруға арналған орын**  
**(место для приклеивания обменной карты)**










**Рентген зерттеулерін есепке алу  
(учет рентгенологических исследований)**

Зерттеу күні (дата исследования)	Баланың жасы (возраст ребенка)	Зерттеу сипаты (характер обследования)	Зерттеу саласы (область обследования)

**Мешелді спецификалық профилактикалауды есепке алу парағы  
(лист учета специфической профилактики рахита)**

Күні (дата)	«Д» витамин мөлшері (Доза витамина «Д»)	Күні (дата)	«Д» витамин мөлшері (Доза витамина «Д»)	Ультракүлгін сауле - болған жағдайда (бұдан әрі - УКС) (ультрафиолетовое облучение - при наличии (далее - УФО)		
				Күні (дата)	Арасы (расстояние)	Ұзақтығы (длительность)

**Антропометриялық деректер  
(антропометрические данные)**

Күні (дата)	Жасы (воз- раст)	Массас (масса)	Бойы (рост)	Басының шеңбері (окруж- ность головы)	Кеудесінің шеңбері (окруж- ность грудной клетки)	Тіс саны (коли- чество зубов)	Физикалық дамуын бағалау (оценка физич. развития)	Психикалық -тірек дамуын бағалау (оценка психо- моторного развития)

**Балалар үйіне түсу кезіндегі алғашқы тексеріп-қарау:  
(первичный осмотр при поступлении в Дом ребенка)  
Тексеріп-қарау міндеттері  
(задачи осмотра)**

1. Қауіпті симптомдардың болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)
2. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие)
3. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру (проверить, нет ли врожденных пороков развития)
4. Қалыпты бейімделу бойынша ұсыныстар беру (дать рекомендации по нормальной адаптации)

Тексеріп-қаралу күні (дата осмотра) 20\_\_ \_\_/\_\_\_\_ Жасы (возраст): \_\_\_\_ Дене қызуы (температура)\_\_\_\_\_

Туғандағы дене салмағы (при рождении вес): \_\_\_\_ кг Бойы (рост): \_\_\_\_ см

ИМТ \_\_\_\_\_басының шеңбері (окружность головы)\_\_\_\_\_см

Графиктерді пайдаланып физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):

Анасының шағымы (жалобы матери):

Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7. Дене қызуының 38 °C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5 °C төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі (бала өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейінгі), білінетін бозару (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных

Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_



везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)

СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); басқасы (другое) ...

Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез):  
Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлексінің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлекстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; автоматтандырылған жүру (автоматической походки) Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица):

(симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)

Тері (кожа): \_\_\_\_\_ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая)

Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) \_\_\_\_\_ конъюнктивалар (конъюнктивы)

Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус) \_\_\_\_\_ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген «флексорлық қалып») (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок «флексорная поза»)

Көзге көрінетіе туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки) \_\_\_\_\_

Сүйек жүйесі (костная система) \_\_\_\_\_

Бас пішіні (форма головы) \_\_\_\_\_ жігі (швы) \_\_\_\_\_

Үлкен еңбегі (большой родничок) \_\_\_\_\_ кіші еңбегі (малый родничок) \_\_\_\_\_

Буынды бағалаңыз (оцените суставы): \_\_\_\_\_ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы)

Тыныс алу органдары (органы

дыхания): \_\_\_\_\_ Тыныс алу

жиілігі - болған жағдайда (бұдан әрі – ТЖ) (частота дыхания – при наличии (далее -ЧД) \_\_\_\_\_ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)

Жүрек-тамыр жүйесі - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖТЖ) органдары (органы сердечно-сосудистой системы – при наличии (далее - ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (частота сердечных сокращений) \_\_\_\_\_ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) \_\_\_\_\_; Жүрек шуылы (сердечные шумы) \_\_\_\_\_; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного пульса) \_\_\_\_\_ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) ( в норме

симметрично с двух сторон)

Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) \_\_\_\_\_ бауыр (печень) \_\_\_\_\_ көкбауыр (селезенка) \_\_\_\_\_

Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) \_\_\_\_\_

Кіндік (пуповина) \_\_\_\_\_ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Несеп шығару (мочеиспускание) \_\_\_\_\_ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Нәжіс (стул) \_\_\_\_\_ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТА  
ЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)

ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ  
(ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)

- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (Нет) \_\_\_\_\_

- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз? ) \_\_\_\_\_

- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) \_\_\_\_\_ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен \_\_\_\_\_, кесемен және қасықпен \_\_\_\_\_ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_)

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).

- Бала емшекті еме алады ма?

Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):

- Иегі емшекке тиеді ме?

<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p>	<p>(подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо) Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p>		<p>Даму проблемалары (проблемы развития)</p>
<p>Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца): Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня): 1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ _____</p>		<p>Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки) _____ Мерзімі (дата) _____</p>
<p>Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка) Жайдың гигиенасы (гигиена помещения _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22 °C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 °C) Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____</p>		<p>Күту проблемалары (проблемы ухода)</p>
<p>Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери): 1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):</p>		

	Проблемалар (проблемы)
<p>2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство)</li> <li>2. терең мұңды (глубокая печаль)</li> <li>3. жиі жылау (частые слезы)</li> <li>4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке)</li> <li>5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины)</li> <li>6. байбалам ұстамасы (приступы паники)</li> <li>7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность)</li> <li>8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии)</li> <li>9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания)</li> <li>10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна)</li> <li>11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом)</li> <li>12. секске қызықпау потеря интереса к сексу)</li> <li>13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности)</li> <li>14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)</li> </ol>	<p>Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности)</li> <li>2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней)</li> <li>3. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания)</li> <li>4. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку)</li> <li>5. бала туралы ойлау (думать о ребенке)</li> <li>6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться)</li> <li>7. жақсы тамақтану (хорошо питаться)</li> <li>8. өзіне күтім жасау (заботиться о себе)</li> <li>9. күнделік жүргізу (вести дневник) егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту)</li> </ol>
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

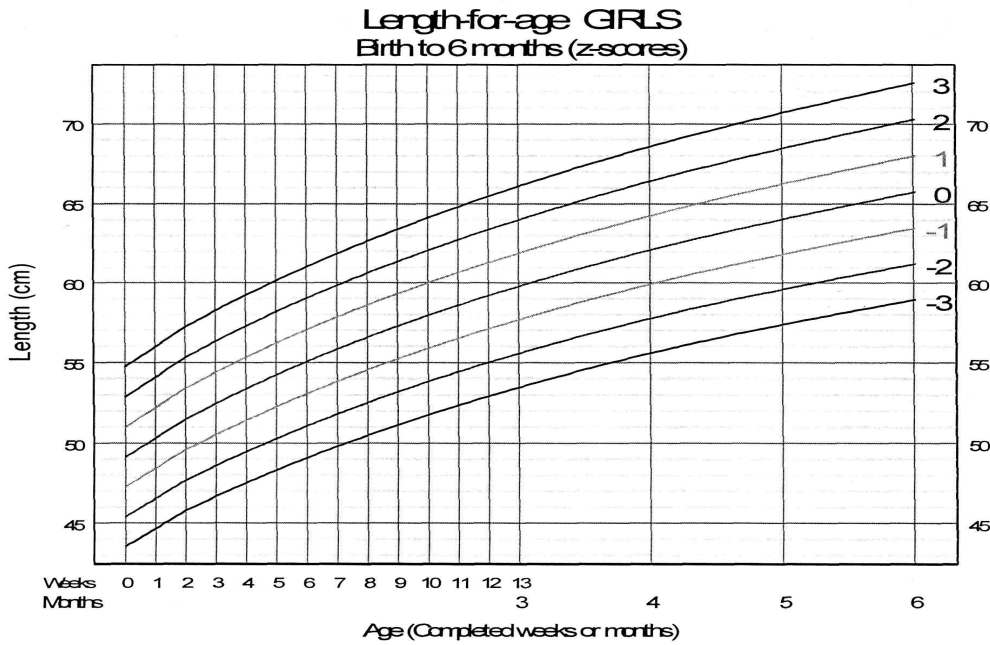
Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания);
- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания);
- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости));
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери);
- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (требования к помещению и предметам ухода за новорожденным);

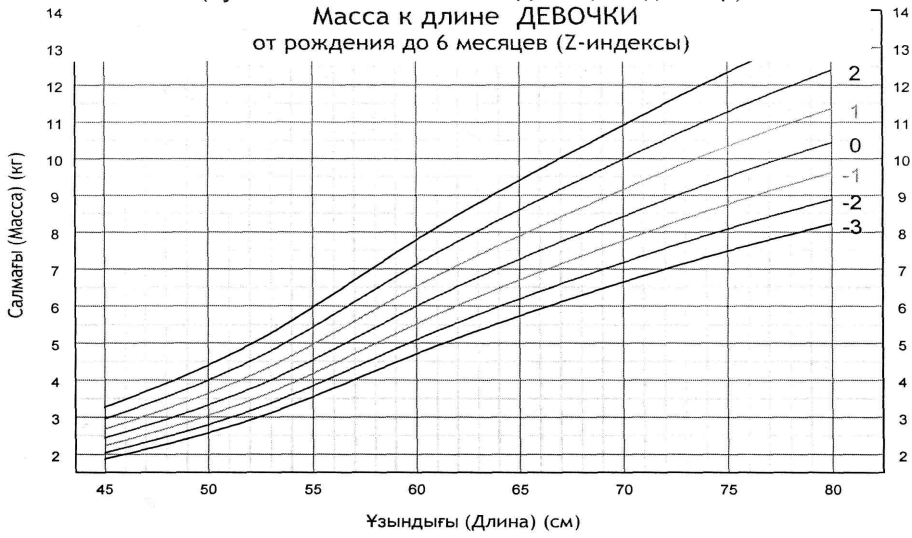
- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);
- Нәресте күтімі, серуендеу режімі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны);
- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки));
- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации);

Дәрігер (врач):

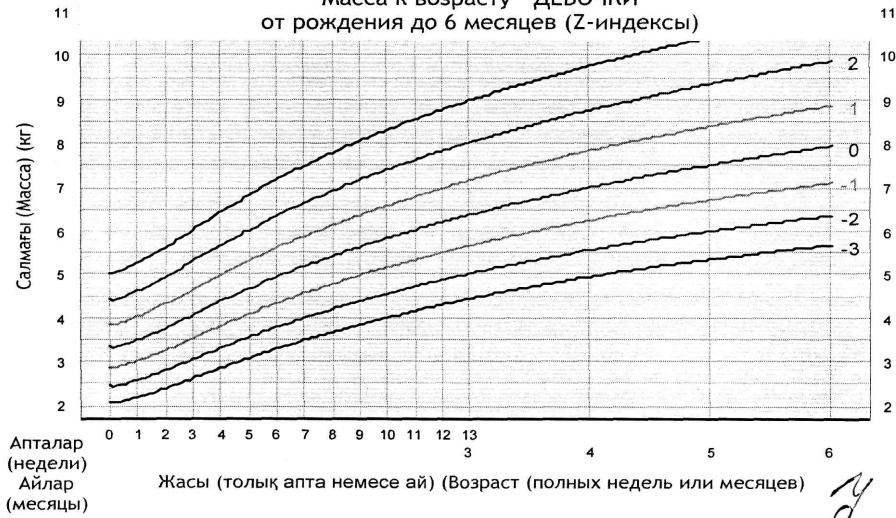
**Қыздың жасына қарай бойының ұзындығы**  
**(туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-индекстер)**  
**Длина к возрасту ДЕВОЧКИ**  
**от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)**



Қыздың бойының ұзындығына салмағы  
(туғаннан бастап 6 айға дейін)(Z-индекстер)  
Масса к длине ДЕВОЧКИ  
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)



Қыздың жасына қарай дене салмағы  
(туғаннан бастап 6 айға дейін)  
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ  
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)

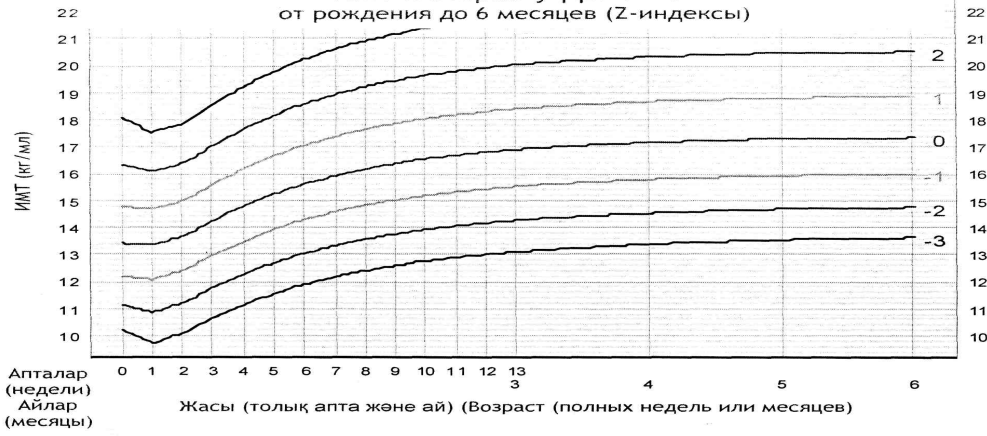


Апталар  
(недели)  
Айлар  
(месяцы)

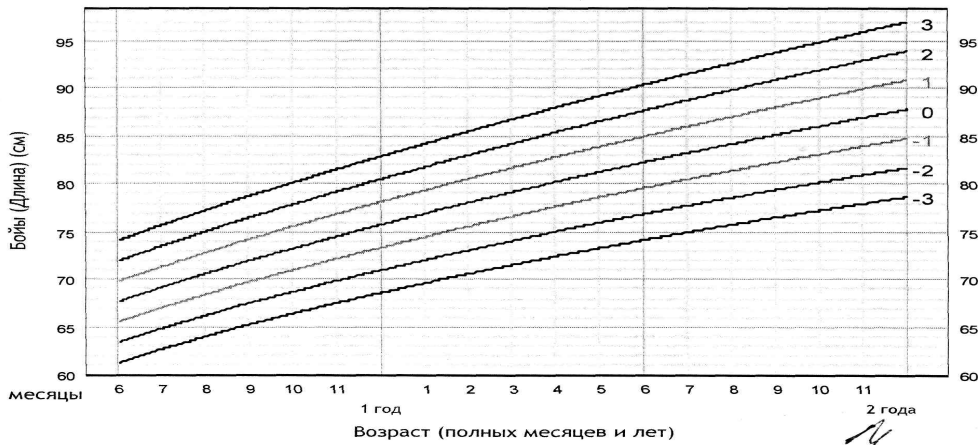
Жасы (толық апта немесе ай) (Возраст (полных недель или месяцев))

24

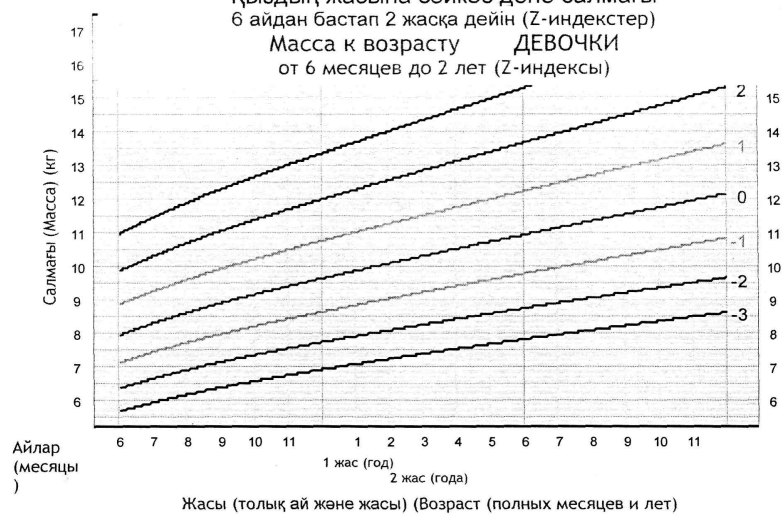
Қыздың жасына сәйкес ИМТ  
туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-индекстер)  
ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ  
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)



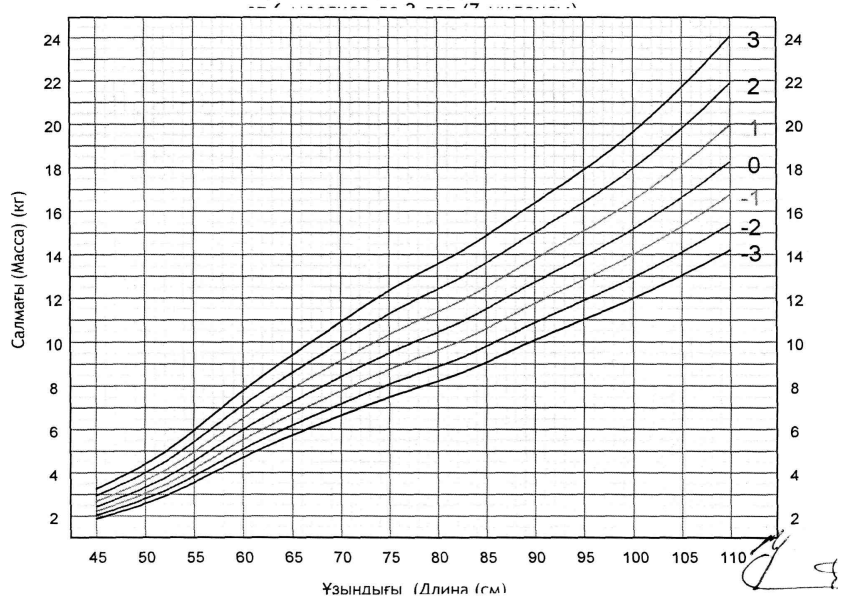
Длина к возрасту ДЕВОЧКИ  
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



Қыздың жасына сәйкес дене салмағы  
 6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-индекстер)  
 Масса к возрасту ДЕВОЧКИ  
 от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)

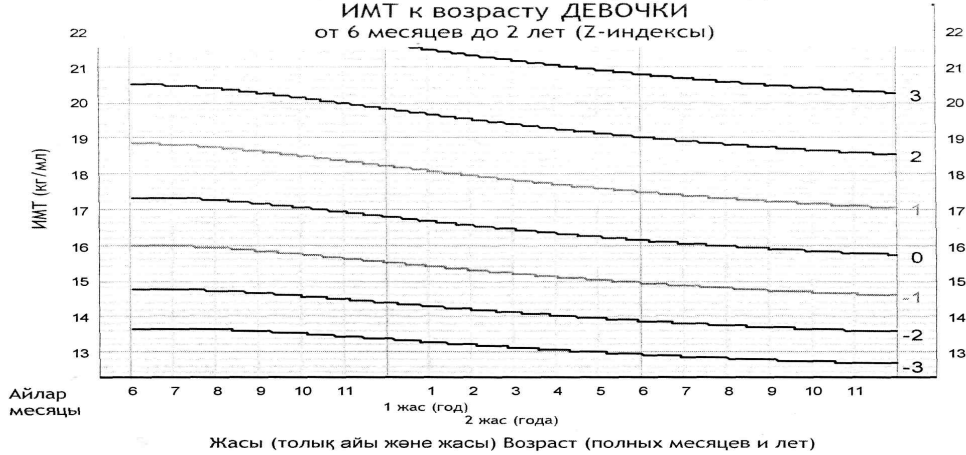


Қыздың жасына байланысты дене салмағы  
 (Масса к длине ДЕВОЧКИ)

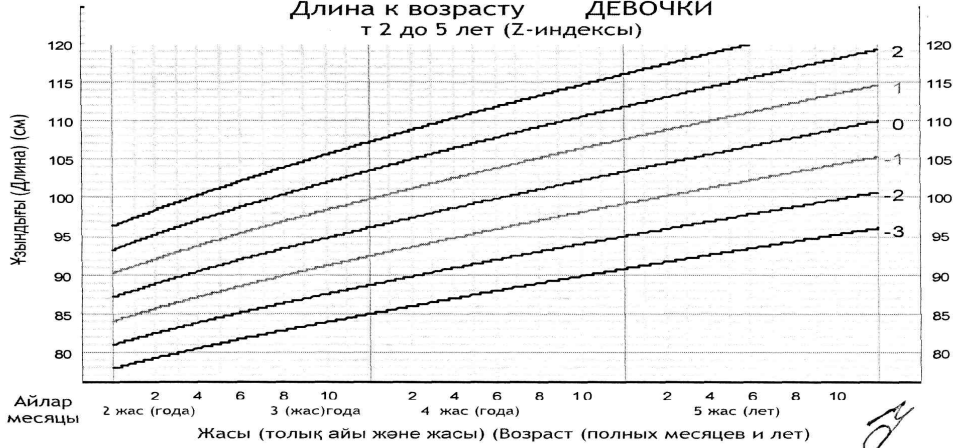




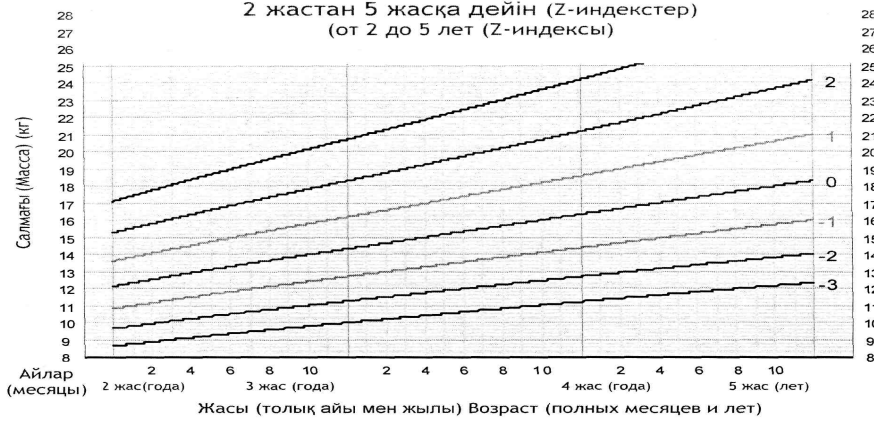
Қыздың жасына сәйкес ИМТ  
6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-индекстер)  
ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ  
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



Қыздың жасына сәйкес бойының ұзындығы  
2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-индекстер)  
Длина к возрасту ДЕВОЧКИ  
т 2 до 5 лет (Z-индексы)

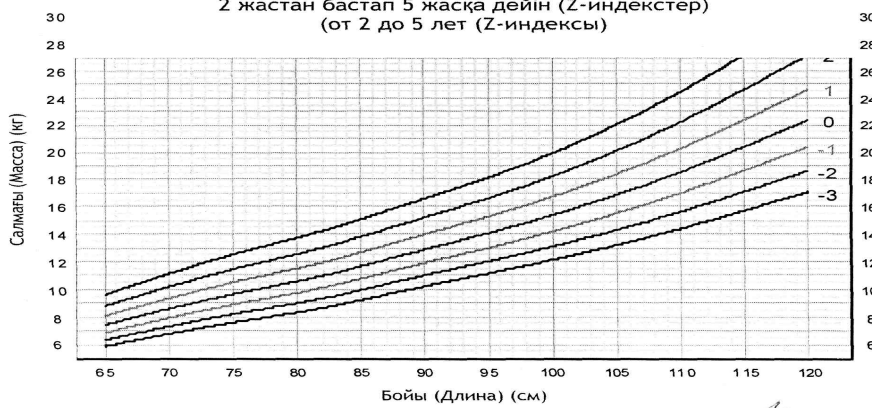


Қыздың жасына байланысты дене салмағы  
(масса к возрасту ДЕВОЧКИ)  
2 жастан 5 жасқа дейін (Z-индекстер)  
(от 2 до 5 лет (Z-индексы))

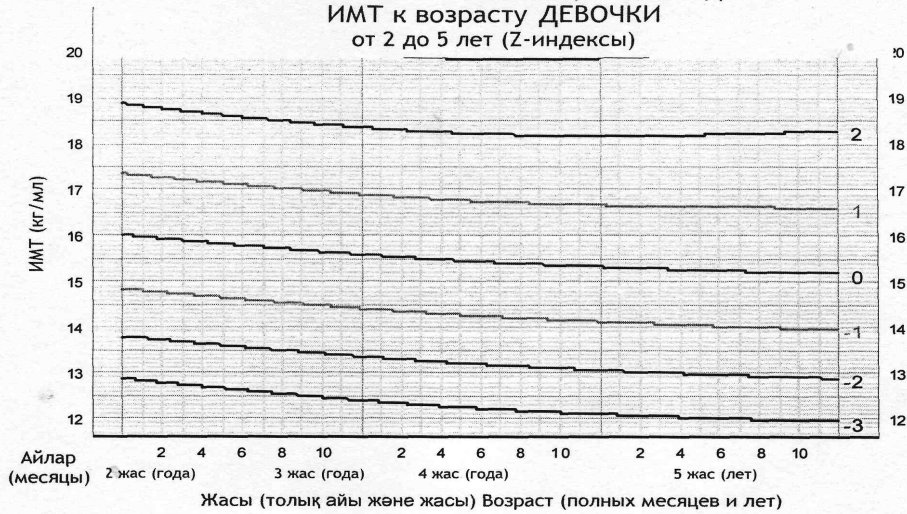


Қыздың жасына дене салмағы (масса к длине  
ДЕВОЧКИ)

2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-индекстер)  
(от 2 до 5 лет (Z-индексы))



Қыздың жасына ИМТ  
2 жастан 5 жасқа дейін (Z-индекстер)  
ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ  
от 2 до 5 лет (Z-индексы)



Профилактикалық екпелерді есепке алу картасы  
(карта учета профилактических прививок)









ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7.. Дене қызуының 38 °C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5°C төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5°C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозаруы (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11 Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустикул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)

Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); басқасы (другое)

Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез):  
Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлексінің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлексстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; автоматтандырылған жүру (автоматической походки) Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица):

(симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)

Тері (кожа): \_\_\_\_\_ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая)

Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) \_\_\_\_\_ конъюнктивалар (конъюнктивы)

Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус) \_\_\_\_\_ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген «флексорлық қалып») (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок «флексорная поза») Көзге көрінетін туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки)

Сүйек жүйесі (костная система)

Бас пішіні (форма головы) \_\_\_\_\_ жігі (швы)

Үлкен еңбегі (большой родничок) \_\_\_\_\_ кіші еңбегі (малый родничок) \_\_\_\_\_

Буынды бағалаңыз (оцените суставы): \_\_\_\_\_ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы)

Тыныс алу органдары (органы

дыхания): \_\_\_\_\_ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) \_\_\_\_\_ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)

ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) \_\_\_\_\_ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) \_\_\_\_\_; Жүрек шуылы (сердечные шумы) \_\_\_\_\_; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного

пульса) \_\_\_\_\_ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) ( в норме симметрично с двух сторон)

Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) \_\_\_\_\_ бауыр (печень) \_\_\_\_\_ көкбауыр (селезенка) \_\_\_\_\_

Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) \_\_\_\_\_

Кіндік (пуповина) \_\_\_\_\_ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Несеп шығару (мочеиспускание) \_\_\_\_\_ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Нәжіс (стул) \_\_\_\_\_ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТА  
ЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)

ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ  
(ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)

- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (Нет) \_\_\_\_\_

- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз? ) \_\_\_\_\_

- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли



ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) \_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) \_\_\_\_ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен \_\_\_\_, кесемен және қасықпен \_\_\_\_ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_)

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ  
БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ  
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):  
Нәресте соңғы сағатта  
емшекпен емізілді ме?  
(кормился ли младенец  
грудью в течение  
последнего часа?)

Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).

- Бала емшекті еме алады ма?  
Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):

- Иегі емшекке тиеді ме?  
(подбородок касается груди) Иә (да) \_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_  
- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) \_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_

- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) \_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_

- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта)

Иә (да) \_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_  
Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо)

- Нәресте жақсы емеді ме?  
(үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно)

- Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз

	(ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)).	
<p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)</p> <p>- Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)</p> <p>- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p>		<p>Даму проблемалары (проблемы развития)</p>
<p>Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца):</p> <p>Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня):</p> <p>1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ _____</p>		<p>Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки) _____</p> <p>Мерзімі (дата) _____</p>
<p>Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кровати, предметов ухода, одежда ребенка)</p> <p>Жайдың гигиенасы (гигиена помещения _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22°C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22°C)</p> <p>Баланың гигиенасы (гигиена ребенка)</p> <p>_____</p>		<p>Күтім жасау проблемалары (проблемы ухода)</p>
<p>Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери):</p> <p>1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):</p>		<p>Проблемалар (проблемы)</p>
<p>2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство)</li> <li>2. терең мұңды (глубокая печаль)</li> <li>3. жиі жылау (частые слезы)</li> <li>4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке)</li> <li>5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины)</li> <li>6. байбалам ұстамасы (приступы паники)</li> <li>7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность)</li> <li>8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии)</li> <li>9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания)</li> <li>10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна)</li> <li>11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом)</li> <li>12. секске қызықпау потеря интереса к сексу</li> <li>13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение</li> </ol>		<p>Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности)</li> <li>11. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней)</li> <li>12. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания)</li> <li>13. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку)</li> <li>14. бала туралы ойлау (думать о ребенке)</li> <li>15. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться)</li> <li>16. жақсы тамақтану (хорошо питаться)</li> </ol>

беспомощности и безнадежности) 14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)	17. өзіне күтім жасау (заботиться о себе) 18. күнделік жүргізу (вести дневник) егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

**Ұсыныстар (рекомендации):**

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания)
- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания)
- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости))
- Ананың құнарлы тамақтануы (оптимальное питание матери)
- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери)
- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (требования к помещению и предметам ухода за новорожденным)
- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
- Нәресте күтімі, серуендеу режимі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны)
- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки)).
- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации)

**Дәрігер (врач):**

**Дәрігердің тексеріп-қарауы (15-ші күн) (Осмотр врачом (15-й день))**

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20\_\_ \_\_/\_\_\_\_ Жасы (возраст): \_\_\_\_\_. Дене қызуы (температура)\_\_\_\_\_

**Шағымдар (жалобы):**

Қауіп себептерін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 °C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5 оC төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °C и не повышается после согревания); 9.

Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)

Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

Тері (кожа): Кіндік (Пуповина) \_\_\_\_\_

Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) конъюнктивалар

(конъюнктивы) \_\_\_\_\_

Үлкен еңбегі (большой родничок) \_\_\_\_\_

Тыныс алу органдары (органы дыхания): \_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) \_\_\_\_\_

ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) \_\_\_\_\_ (100/мин

астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы

(сердечный ритм) \_\_\_\_\_ Жүрек шуылы

(сердечные шумы) \_\_\_\_\_;

Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот)

\_\_\_\_\_ бауыр (печень) \_\_\_\_\_ көкбауыр (селезенка)

Несеп шығару (мочеиспускание) \_\_\_\_\_; Нәжіс (стул) \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗЫ:

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)

ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)

- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (Нет) \_\_\_\_\_

- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз? ) \_\_\_\_\_

- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) \_\_\_\_\_ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен \_\_\_\_\_, кесемен және қасықпен \_\_\_\_\_ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_)

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу

меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):</p> <p>Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):</p> <p>- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо)</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно)</p> <p>Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)).</p>	
<p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)</p> <p>- Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)</p> <p>- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p>		<p>Даму проблемалары (проблемы развития)</p>

КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):	КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)
Балаға қатыгез мінез көрсету белгілері (признаки жестокого обращения с ребенком): физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Иә (да) Жоқ (нет)
Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіп белілері (тревожные признаки, требующие специализированной помощи): Есту бойынша (по слуху) Көру бойынша (по зрению)	Проблемалар (проблемы)
АНАНЫҢ ҚАУІПТІ АУРУЛАРДЫҢ БЕЛГІСІН БІЛУІ (ЗНАНИЕ МАТЕРИ ОПАСНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ)	Иә (да) Жоқ (нет)
АНА ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ):	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

1. Тек емшекпен емізуді қолдау (поощрение исключительно грудного вскармливания);
2. Емізетін ананың тиімді тамақтануы және ұйқы/демалу режімі (оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери);
3. Нәресте күтімі (уход за новорожденным);
4. Психоәлеуметтік дамуды ынталандыру (стимуляция психосоциального развития);
5. Қауіпсіз орта (нәресте киіміне, күтім жасау заттарына және ойыншықтарға қойылған талаптар) және жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);
6. Бала сырқаттанғанда күту және мінез-құлық қағидасы (правила поведения и уход в случае болезни ребенка);
7. Баладағы қауіпті аурулардың белгісінде ананың тез арада дәрігерге баруын үйрету: емшек еме алмайды, әрбір емген немесе су ішкен жағдайда құсу, сіреспе, летаргиялық немесе ес-түссіз (обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания);
8. Басқа (другое).

Дәрігер (Врач):

Дәрігердің баланы 1 айында тексеріп-қарауы (осмотр ребенка 1 месяца жизни врачом)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20\_\_ \_\_/\_\_\_\_ Жасы (возраст): \_\_\_\_ . Дене қызуы (температура) \_\_\_\_\_

Салмағы (вес) \_\_\_\_\_ гр Бойы (рост) \_\_\_\_ см ИМТ \_\_\_\_\_ Басының шеңбері (окружность головы) \_\_\_\_ см

Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):

Шағымдар (жалобы):

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА)

Тері (кожа): Кіндік  
(Пуповина) \_\_\_\_\_

<p>Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости)</p> <p>_____</p> <p>Аңқа (зев)</p> <p>_____</p> <p>Конъюктивалар (конъюктивы) _____</p> <p>Үлкен еңбегі (большой родничок)</p> <p>_____</p> <p>Тыныс алу органдары (органы дыхания) _____</p> <p>Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____</p> <p>ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____</p> <p>Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____</p> <p>Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____</p> <p>Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот)</p> <p>_____</p> <p>бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____</p> <p>Несеп шығару (мочеиспускание) _____</p> <p>Нәжіс (стул) _____</p>	<p>ДИАГНОЗЫ:</p>	
<p>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚ АҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)</p>	<p>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)</p>	
<p>- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет) _____</p> <p>- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____</p> <p>- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз? ) _____</p> <p>- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____</p> <p>- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____</p> <p>- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)</p>		
<p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):</p>		
	<p>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма?</p> <p>Тексеру үшін мыналарға қараңыз</p>	

<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҒЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):</p> <p>Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p>	<p>(способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):</p> <p>- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо)</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно)</p> <p>- Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС):</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня)</p> <p>В гепатиті 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>В гепатиті 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2</p> <p>1 айында _____мм БЦЖ-дан беріштің даму динамикасын бағалау (оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц _____ мм)</p> <p>Және перифериялық лимфотүйіндерді (и периферических лимфоузлов)</p>		<p>Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки) _____</p> <p>Күні (дата) _____</p>
<p>Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям )</p>		<p>Мөлшері (доза) _____</p> <p>Ұзақтығы (длительность) _____</p>
<p>ПСИХОМОТОРЛЫҚ ДАМУ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ):</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p>		<p>Қалмаған (Не отстает) _____ эпикриздік</p>



<p>Рп= Н= Э= ДАМУ МАҚСАТЫНДА КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p>	<p>мерзімге қалып қойған Отстает на _____эпикризный срок ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)</p>
<p>КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику) 2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям) 3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 оС артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы &lt;35,5°С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее &lt;35,5°С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка)); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)</p>	<p>КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)</p>
<p>БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком): Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)</p>	<p>ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи) - Ықтимал керендік немесе көру проблемалары (возможная</p>	<p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда</p>

<p>глухота или проблемы со зрением)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт)</li> <li>- Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе)</li> <li>- Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</li> <li>- Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит)</li> </ul>	<p>мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ):</p> <p>Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, жатыр ішіндегі спираль - болған жағдайда (бұдан әрі - ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, внутриматочная спираль - при наличии (далее - ВМС)</p>	<p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)</p>
<p>ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):</p>	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья);
- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки);
- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);
- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);
- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);
- Басқасы (Другое).

Дәрігер (Врач):

Дәрігердің баланы 2 айында тексеріп-қарауы (осмотр ребенка 2 месяца жизни врачом)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20\_\_ \_\_/\_\_\_\_ Жасы (возраст): \_\_\_\_.

Дене қызуы (температура)\_\_\_\_\_

САЛМАҒЫ (ВЕС)\_\_\_\_\_гр. БОЙЫ (РОСТ) \_\_\_\_ см. ИМТ\_\_\_\_\_Басының шеңбері (Окружность головы) \_\_\_\_см

Бағандарды пайдаланумен, физикалық дамуын бағалаңыз (Оцените физическое развитие, используя графики):

Шағымдар (жалобы):

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА)

Тері (кожа): Кіндік

(пуповина)\_\_\_\_\_

Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости)

Аңқа (Зев)

Конъюнктивалар

(конъюнктивы)\_\_\_\_\_

Үлкен еңбегі (большой родничок)\_\_\_\_\_

Тыныс алу органдары (органы дыхания):\_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) \_\_\_\_\_

ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС)\_\_\_\_\_

Жүрек ырғағы (сердечный ритм) \_\_\_\_\_

Жүрек шуылы (сердечные шумы)\_\_\_\_\_

Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот)

\_\_\_\_\_

бауыр (печень)\_\_\_\_\_ көкбауыр (селезенка) \_\_\_\_\_

Несеп шығару (мочеиспускание) \_\_\_\_\_

Нәжіс (стул) \_\_\_\_\_

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚ

АҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)

- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (Нет)\_\_\_\_\_

- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет)\_\_\_\_\_

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз? ) \_\_\_\_\_

- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) \_ Жоқ (нет) \_\_

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) \_\_\_\_\_ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен \_\_\_\_\_, кесемен және қасықпен \_\_\_\_\_

(и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ДИАГНОЗЫ:

ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)

<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):</p> <p>- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо)</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)).</p>	
<p>ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС): Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня) В 1- 0 В гепатиті БЦЖ АҚДС 1 + hib 1 2 В гепатиті ОПВ-1 АҚДС 2 + hib 2</p>		<p>Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки) _____ Күні (дата) _____</p>
<p>Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям )</p>		<p>Мөлшері (доза) Ұзақтығы (длительность)</p>

ПСИХОҚОЗҒАЛЫС ДАМУЫ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ):

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)

- Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)

- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)

Қалмаған (Не отстает)

\_\_\_\_\_эпикриздік

мерзімге қалып қойған

Отстает на

\_\_\_\_\_эпикризный срок

ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ

ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА

для РАЗВИТИЯ)

КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):

1. 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику)

2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям)

3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности):

1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное

втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38

оС артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°С); 8. Дене қызуы <35,5 °С төмен және жылытқанға

қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1

тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение

гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12.

теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек

подкожной основы, покраснение, уплотнение

ПРОБЛЕМЫ УХОДА

БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком):

ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)

<p>Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)</p>	
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ықтимал кереметтік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением)</li> <li>- Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт)</li> <li>- Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе)</li> <li>- Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</li> <li>- Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит).</li> </ul>	<p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС ) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)</p>	<p>АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)</p>
<p>ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):</p>	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери));
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья);
- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки);
- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного

случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);
- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);
- Басқасы (Другое).

Дәрігер (врач):

**Дәрігердің 3 айлық баланы тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка 3 месяцев жизни врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\_20__ /Дата осмотра___\_____ 20__	
Жасы: _____ /Возраст: _____	
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр.	
Бойы _____ см. /Рост _____ см.	
ДСИ _____/ИМТ _____	
Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____	ДИАГНОЗ: /ДИАГНОЗ:
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____	
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____	
Несеп шығару/Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚ АҢЫЗ/ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____	

\_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? \_\_\_рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз

- Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

- Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен \_\_\_\_\_, кесемен және қасықпен \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да \_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да \_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да \_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да \_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем  
Толық салынбаған/ Приложен плохо  
Жақсы салынған/ Приложен хорошо

- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ  
БАҒАЛАҢЫЗ:/ОЦЕНИТЕ  
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:  
Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?



	<p>ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?          Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді          Сосет неэффективно/ Нәшар сорады          Сосет эффективно/ Жақсы сорады          - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>													
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:          Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <table border="0"> <tr> <td>Гепатит В 1- 0</td> <td>БЦЖ</td> <td>АКДС 1+ hib 1</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В 2</td> <td>ОПВ-1</td> <td>АКДС 2+ hib 2</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В 3</td> <td>ОПВ-2</td> <td>АКДС 3 + hib 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ОПВ-3</td> <td></td> </tr> </table> <p>3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм          Перифериалық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов</p>	Гепатит В 1- 0	БЦЖ	АКДС 1+ hib 1	Гепатит В 2	ОПВ-1	АКДС 2+ hib 2	Гепатит В 3	ОПВ-2	АКДС 3 + hib 3		ОПВ-3			<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____          Күні/Дата _____</p>
Гепатит В 1- 0	БЦЖ	АКДС 1+ hib 1												
Гепатит В 2	ОПВ-1	АКДС 2+ hib 2												
Гепатит В 3	ОПВ-2	АКДС 3 + hib 3												
	ОПВ-3													
<p>Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям )</p>		<p>Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность</p>												
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:          До=          Др=          Ра=          Рп=          Н=          Э=          ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ          Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?          Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>		<p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает          Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок          ДАМУ ТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>												
<p>КҮТҮДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:          - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям          - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p>														

<p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери));
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья));
- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки));
- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);
- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);
- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

(Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);  
- Басқасы (Другое).

Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 4 айлық баланы тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка 4 месяцев жизни врачом**

Тексеріп қарау күні \_\_\_\\_\_\_\20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\\_\_\_\_\_ 20\_\_

Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_

Температурасы\_\_\_\_\_ /Температура\_\_\_\_\_

Салмағы\_\_\_\_\_ гр. /Вес\_\_\_\_\_ гр.

Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.

ДСИ \_\_\_\_\_ /ИМТ \_\_\_\_\_

Басының шеңбері \_\_\_\_\_ см. /Окружность головы \_\_\_\_\_ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюктивалары /конъюктивы

Үлкен еңбек / Большой

родничок \_\_\_\_\_

Тыныс алу органдары: /Органы

дыхания: \_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания \_\_\_\_\_

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ)

/частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_; Жүрек

соғуының ырғағы /Сердечный ритм \_\_\_\_\_;

Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы \_\_\_\_\_;

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот

\_\_\_\_\_ бауыр/печень \_\_\_\_\_ көкбауыр/селезенка \_\_\_\_\_

Несеп шығару /Мочеиспускание \_\_\_\_\_

Нәжіс /Стул \_\_\_\_\_

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ

ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас

трудности при кормлении? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

- Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? \_\_\_рет /Если Да,

сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз

- Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да \_\_\_\_\_

<p>_____ Жоқ/Нет _____</p> <p>- Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____</p> <p>Жоқ/Нет _____</p> <p>- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ / _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой</p>	
<p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>	
<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет _____</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет _____</p> <p>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет _____</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет _____</p> <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сорама)/ Эффективно ли сосет</p>

	<p>младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді  Сосет неэффективно/ Нәшар сорады  Сосет эффективно/ Жақсы сорады  - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:  Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1  Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2  Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3  ОПВ-3</p> <p>3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм</p> <p>Перифериялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов</p>		<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____  Күні/Дата _____</p>
<p>Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям )</p>		<p>Мөлшері/Доза  ұзақтығы/длительность</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:  До=  Др=  Ра=  Рп=  Н=  Э=  ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?  Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>		<p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает  Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок  ДАМУ ТҮШІН КҮТУ МӘСЕЛЕСЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА ДЛЯ РАЗВИТИЯ</p>
<p>КҮТҮДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:  - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p>		

<p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 5. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери));
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья));
- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки));
- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);
- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);
- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

(Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);  
- Басқасы (Другое).

Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 5 айлық баланы тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні \_\_\_\\_\_\_\20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\\_\_\_\_\_ 20\_\_

Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_

Температурасы\_\_\_\_\_ /Температура\_\_\_\_\_

Салмағы\_\_\_\_\_ гр. /Вес\_\_\_\_\_ гр.

Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.

ДСИ \_\_\_\_\_ /ИМТ \_\_\_\_\_

Басының шеңбері \_\_\_\_\_ см. /Окружность головы \_\_\_\_\_ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы \_\_\_\_\_ Аңқа \_\_\_\_\_

Слизистые ротовой полости \_\_\_\_\_ Зев \_\_\_\_\_

Конъюктивалары /конъюктивы

Үлкен еңбек / Большой

родничок \_\_\_\_\_

Тыныс алу органдары: /Органы

дыхания: \_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания \_\_\_\_\_

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ)

/частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_ ; Жүрек

соғының ырғағы /Сердечный ритм \_\_\_\_\_ ;

Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы \_\_\_\_\_ ;

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот

\_\_\_\_\_ бауыр/печень \_\_\_\_\_ көкбауыр/селезенка \_\_\_\_\_

Несеп шығару /Мочеиспускание \_\_\_\_\_

Нәжіс /Стул \_\_\_\_\_

ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІНІҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ

- Тамақтандыру кезінде қиыншылықтар туындай ма? Иә \_\_\_\_\_

Жоқ \_\_\_\_\_

Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

- Бала емшек емеді ме? Иә \_\_\_\_\_ Жоқ \_\_\_\_\_

Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

- Еметін болса, 24 сағат ішінде қанша рет? \_\_\_\_\_ рет

Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз

- Түнде емшекпен емізесіз бе? Иә \_\_\_\_\_ Жоқ \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

ДИАГНОЗ:

ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

- Бала басқа тамақты жейді ме немесе сұйықтықты ішеді ме?  
Иә \_\_\_\_ Жоқ \_\_\_\_

Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да\_\_ Нет \_\_\_\_

- Ішсе және жесе, неше рет? Тәулігіне қанша рет және тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: \_\_\_\_ бөтелке \_\_\_\_ шыныаяқ және қасық \_\_\_\_

- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_ чашкой и ложкой

Нәрестенің жасы 1 айлықтан кем болса немесе тамақтандыру кезінде қиыншылықтар туындаса (емшекпен емізу қиындықтары бар; нәресте тәулігіне емшекті 8 реттен кем емсе, басқа да тамақты жесе немесе сұйықтықты ішсе; өзінің жасына салмағы төмен болса)

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ  
БАҒАЛАҢЫЗ:/ОЦЕНИТЕ  
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:  
Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?

Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Бала емшекті еме алады ма?  
/Способен ли ребенок брать грудь?  
Тексеру үшін мыналарға қараңыз  
/Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да \_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_

- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да \_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_

Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да \_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_

- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта  
Иә/Да \_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_

Емшекке салынбаған/Не приложен совсем  
Толық салынбаған/Приложен плохо  
Жақсы салынған/ Приложен хорошо

- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?



	<p>Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді  Сосет неэффективно/ Нәшар сорады  Сосет эффективно/ Жақсы сорады  - Аузында ойық жара немесе  ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите  язвы или белые пятна во рту  (молочница).</p>													
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:  Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните  прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <table border="0"> <tr> <td>Гепатит В 1- 0</td> <td>БЦЖ</td> <td>АҚДС 1+ hib 1</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В 2</td> <td>ОПВ-1</td> <td>АҚДС 2+ hib 2</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В 3</td> <td>ОПВ-2</td> <td>АҚДС 3 + hib 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ОПВ-3</td> <td></td> </tr> </table> <p>3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын  бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3  месяца_____ мм</p> <p>Перифериялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка  состояния периферических лимфоузлов</p>	Гепатит В 1- 0	БЦЖ	АҚДС 1+ hib 1	Гепатит В 2	ОПВ-1	АҚДС 2+ hib 2	Гепатит В 3	ОПВ-2	АҚДС 3 + hib 3		ОПВ-3			<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит  для следующей  прививки_____</p> <p>Күні/Дата_____</p>
Гепатит В 1- 0	БЦЖ	АҚДС 1+ hib 1												
Гепатит В 2	ОПВ-1	АҚДС 2+ hib 2												
Гепатит В 3	ОПВ-2	АҚДС 3 + hib 3												
	ОПВ-3													
<p>Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес  (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая  (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д  дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая  профилактика витамином Д (по показаниям )</p>		<p>Мөлшері/Доза  ұзақтығы/длительность</p>												
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:  До=  Др=  Ра=  Рп=  Н=  Э=  ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ  РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим  ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь  с вашим ребенком?</p>		<p>Дамуында тежелу жоқ/Не  отстает  Дамуы _____эпикриздік  мерзімге тежелген/Отстает на  _____эпикризный срок  ДАМУ ТУ үшін КҮТУ  МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА  для РАЗВИТИЯ</p>												
<p>КҮТҮДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:  - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные  признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может  есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен  или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги  в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық  ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес  баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и  питья и правила ухода за ребенком согласно данным  рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды  орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и  уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру,  ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет  (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание,</p>														

питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери));
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья));
- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки));
- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);
- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);
- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);
- Басқасы (Другое).

Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 6 айлық баланы тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\20__ /Дата осмотра___\_____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТУ ҮШІН КҮТУ МӘСЕЛЕСЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает

<p>Рп= Н= Э=</p>	<p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p>	
<p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:</p> <p>- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____/_____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки</p>

<p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит  АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация  НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация  БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____  мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>_____</p> <p>Күні/Дата _____</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ  ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт</p> <p>- Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе</p> <p>- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <p>- Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.)/При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген «Ерте жастағы

балалардың тамағы» әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям «Питание детей раннего возраста», утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарыны іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.
- Басқа/Другое

Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 7 айлық баланы тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\_20__ /Дата осмотра___\_____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар:/Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы _____ Аңқа Слизистые ротовой полости _____ Зев Конъюктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой рожничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____	

<p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ;  Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ ;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____  Нәжіс /Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:  ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМУҒА МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?  Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ДАМУҒА үшiн КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ  ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=  Др=  Ра=  Рп=  Н=  Э=</p>	<p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает  Дамуы _____эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____эпикризный срок</p>
<p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание  Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p>	
<p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>_____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов:</p>	

Қоректі/Питательная \_\_\_\_\_ Қорексіз/Не питательная \_\_\_\_\_

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл./\_\_\_\_\_ мл.

- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая \_\_\_\_\_ Сұйық/ Негустая \_\_\_\_\_

Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:

- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_ /сколько дней \_\_\_\_\_

- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/сколько дней \_\_\_\_\_

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/сколько дней \_\_\_\_\_

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай?

Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бөтелке \_\_\_\_\_ шыныаяқ және қасық \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:  
Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2

Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит

АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация

НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация

БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау \_\_\_\_\_

мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_

мм

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки

\_\_\_\_\_ Күні/Дата \_\_\_\_\_

КҮТҮДІ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА УХОДА:

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА



<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</li> <li>- Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха)</li> <li>- Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</li> <li>- Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи</li> <li>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт</li> </ul>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген «Ерте жастағы балалардың тамағы» әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям «Питание детей раннего возраста», утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 8 айлық баланы тексеріп-қарауы  
Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\_20__ /Дата осмотра___\_____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек/Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТҮШІН КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА ДЛ РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы

Др= Ра= Рп= Н= Э=	_____эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?	
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____/_____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:  
 Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня  
 Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2  
 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2  
 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3  
 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит  
 АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация  
 НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация  
 БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау \_\_\_\_\_  
 мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ  
 \_\_\_\_\_ мм

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки

Күні/Дата \_\_\_\_\_

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:  
 - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям  
 - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком  
 - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:  
 Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ИӘ ЖОҚ  
 ДА НЕТ

Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи  
 - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения  
 - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха)  
 - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемей немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь  
 - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от

МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ  
 Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения

груді или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ :	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген «Ерте жастағы балалардың тамағы» әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям «Питание детей раннего возраста», утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

#### Дәрігердің 9 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні \_\_\_\\_\_\_\20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\\_\_\_\_\_ 20\_\_  
Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_  
Температурасы\_\_\_\_\_/Температура\_\_\_\_\_  
Салмағы\_\_\_\_\_гр. /Вес\_\_\_\_\_гр.  
Бойы \_\_\_ см. /Рост \_\_\_ см.  
ДСИ\_\_\_\_\_/ИМТ\_\_\_\_\_  
Басының шеңбері\_\_\_\_\_см. /Окружность головы\_\_\_\_\_см.  
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

<p>Шағымдар: /Жалобы:</p> <p>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА</p> <p>Терісі: /Кожа:</p> <p>Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов</p> <p>Ауыз қуысының шырышы Аңқа</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев</p> <p>Конъюктивалары /конъюктивы</p> <p>Үлкен еңбек/Большой родничок _____</p> <p>Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____</p> <p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;</p> <p>Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ДАМУ ТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p>	<p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает</p> <p>Дамуы _____эпикриздік мерзімгее</p> <p>тежелген/Отстает на _____эпикризный срок</p>
<p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p>	
<p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли</p>	

ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_  
Тамақтанса, күніне \_\_\_\_\_ рет \_\_\_\_\_ мл./Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? \_\_\_\_\_  
- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_  
- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная \_\_\_\_\_ Қорексіз/Не питательная \_\_\_\_\_  
- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл./\_\_\_\_\_ мл.  
- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая \_\_\_\_\_ Сұйық/ Негустая \_\_\_\_\_  
Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:  
- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_ /сколько дней \_\_\_\_\_  
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/сколько дней \_\_\_\_\_  
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/сколько дней \_\_\_\_\_  
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_  
Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бөтелке \_\_\_\_\_ шыныаяқ және қасық \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:  
Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня  
Гепатит В 1- 0    БЦЖ    ОПВ-3    АКДС 1+ hib 2  
Гепатит В 2    ОПВ-1    ОПВ-0    АКДС 2+ hib 2  
Гепатит В 3    ОПВ-2    \_\_\_\_\_    АКДС 3+ hib 3  
Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит  
АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация  
НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация  
БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау \_\_\_\_\_  
мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_  
Күні/Дата \_\_\_\_\_

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:  
- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту

<p>қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <p>- Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха)</p> <p>- Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <p>- Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген «Ерте жастағы балалардың тамағы» әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям «Питание детей раннего



возраста», утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

### Дәрігердің 10 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ___\___\20__ /Дата осмотра___\_____ 20__	
Жасы: _____ /Возраст: _____	
Температурасы_____ /Температура_____	
Салмағы_____ гр. /Вес_____ гр.	
Бойы _____ см. /Рост _____ см.	
ДСИ_____ /ИМТ_____	
Басының шеңбері_____ см. /Окружность головы_____ см.	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА	
Терісі: /Кожа:	
Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов	
Ауыз қуысының шырышы	Аңқа
Слизистые ротовой полости	Зев
Конъюнктивалары /конъюнктивы	
Үлкен еңбек/Большой	
родничок _____	
Тыныс алу органдары: /Органы	
дыхания: _____	
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания	
_____	
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі	
(ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;	
Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм	
_____;	
Жүрек соғуының дыбысы	
/Сердечные шумы _____;	

<p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМУҒА МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ДАМУҒА үшін КҮТУ МӘСЕЛЕСІ</p> <p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p>	<p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает</p> <p>Дамуы _____эпикриздік мерзімгее</p> <p>тежелген/Отстает на _____эпикризный срок</p>
<p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p>	
<p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p>	
<p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день</p>	
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой</p>	

<p>недели ребенок ел:  - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты  Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ қанша күн ___ /сколько дней ___  - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___  қанша күн ___/сколько дней ___  - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және  көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты  Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ қанша күн ___/сколько дней ___  - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай?  Иә/Да ___ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені  пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ___  бөтелке ___ шыныаяқ және қасық ___/___ бутылочкой  ___ чашкой и ложкой ___</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:  Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните  прививки, которые нужно сделать сегодня  Гепатит В 1- 0      БЦЖ      ОПВ-3      АҚДС 1+ hib 2  Гепатит В 2      ОПВ-1      ОПВ-0      АҚДС 2+ hib 2  Гепатит В 3      ОПВ-2      АҚДС 3+ hib 3  Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит  АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация  НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация  БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____  мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ  _____ мм</p>	<p>Келесі егу үшін  қаралу/Визит для  следующей прививки  _____  Күні/Дата _____</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:  - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает  опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может  пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған  халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде  сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты  қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады  және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту  қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья  и правила ухода за ребенком согласно данным  рекомендациям  - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша  ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по  питанию, развитию и уходу за ребенком  - Науқас баланы күту қағидаларын біледі:  тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан  сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным  ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться  за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ  УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО  ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:  Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және  эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие,  пренебрежение, физическая и эмоциональная  заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ  ДА НЕТ</p>
	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p>

<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</li> <li>- Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха)</li> <li>- Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемей немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</li> <li>- Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи</li> <li>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт</li> </ul>	<p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген «Ерте жастағы балалардың тамағы» әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям «Питание детей раннего возраста», утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 11 айлық баланы тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\20__ /Дата осмотра___\_____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек/Большой родничок_____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТҮШІН КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА ДЛЯ РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____эпикриздік мерзімгее

<p>Рп= Н= Э=</p>	<p>тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p><b>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b></p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p>	
<p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p>	
<p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____/_____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p><b>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p>	

<p>Гепатит В 1- 0    БЦЖ    ОПВ-3    АКДС 1+ hib 2  Гепатит В 2        ОПВ-1    ОПВ-0    АКДС 2+ hib 2  Гепатит В 3        ОПВ-2                    АКДС 3+ hib 3  Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит  АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация  НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация  БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____  мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ  _____ мм</p>	<p>Келесі егу үшін  қаралу/Визит для  следующей прививки  _____  Күні/Дата _____</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:  - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает  опасные признаки: 1. Ише, жей алмайды./Не может  пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған  халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде  сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты  қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады  және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту  қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья  и правила ухода за ребенком согласно данным  рекомендациям  - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша  ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по  питанию, развитию и уходу за ребенком  - Науқас баланы күту қағидаларын біледі:  тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан  сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным  ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться  за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ  УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО  ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:  Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және  эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие,  пренебрежение, физическая и эмоциональная  заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ  ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН  БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие  специализированной помощи  - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе  қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или  ограничения движения  - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы  мүмкін)/Частые движения головой (возможное  заболевания уха)  - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке  елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или  сниженная реакция на звуки, знакомые лица или  предложенную грудь  - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от  груди или другой пищи  - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в  контакт</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ  Үрей тудыратын белгілер  анықталғанда  мамандандырылған көмекті  таңдау және қамтамасыз  ету үшін жеке бейін  маманының  консультациясына  бағыттау қажет  (психолог, логопед және  т.б.) /При выявлении  тревожных признаков  направить на  консультацию узкого  специалиста для выбора  и обеспечения  специализированной  помощи (психолог,  логопед и т.д)</p>

**АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ**

1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи

ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

**Ұсынымдар/Рекомендации**

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген «Ерте жастағы балалардың тамағы» әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям «Питание детей раннего возраста», утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 12 айлық баланы тексеріп-қарауы  
Осмотр ребенка в возрасте в 12 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні \_\_\\_\_\20\_\_ /Дата осмотра \_\_\\_\_ 20\_\_

Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_

Температурасы \_\_\_\_\_ /Температура \_\_\_\_\_

Салмағы \_\_\_\_\_ гр. /Вес \_\_\_\_\_ гр.

Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.

ДСИ \_\_\_\_\_ /ИМТ \_\_\_\_\_

Басының шеңбері \_\_\_\_\_ см. /Окружность головы \_\_\_\_\_ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:





<p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____/_____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки</p> <p>_____</p> <p>Күні/Дата _____</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанды мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	<p>бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: азық-түліктік терімді кеңейту, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары/Прикорм: расширение продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік және моторикалық дамыту/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Дәрігердің қабылдауында тоқсан сайынғы тексеріп қарау/Ежеквартальный осмотр на приеме у врача
- Қанның жалпы талдауы, зәрдің жалпы талдауы, гельминттердің жұмыртқаларына нәжіс талдауы/Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов
- Мамандардың консультациясы - хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог/Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог

Дәрігер/Врач

**1 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ**

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 1 ЛЕТ**

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение

педиатра) 1 жыл 3 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 3 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні \_\_\_\\_\_\_\\_20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\\_\_\_\_\_ 20\_\_

Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_

Температурасы \_\_\_\_\_/Температура \_\_\_\_\_

Салмағы \_\_\_\_\_ гр. /Вес \_\_\_\_\_ гр.

Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.

ДСИ \_\_\_\_\_/ИМТ \_\_\_\_\_

Басының шеңбері \_\_\_\_\_ см. /Окружность головы \_\_\_\_\_ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюктивалары /конъюктивы

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: \_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания \_\_\_\_\_

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм \_\_\_\_\_; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы \_\_\_\_\_;

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот \_\_\_\_\_ бауыр/печень \_\_\_\_\_ көкбауыр/селезенка \_\_\_\_\_

Несеп шығару /Мочеиспускание \_\_\_\_\_

Нәжіс /Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:  
ДИАГНОЗ:

ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?

ДАМУ ТУ ҮШІН КҮТУ  
МӘСЕЛЕЛЕРІ  
ПРОБЛЕМЫ УХОДА ДЛ  
РАЗВИТИЯ

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

Дамуында тежелу  
жоқ/Не отстает  
Дамуы

\_\_\_\_\_  
эпикриздік  
мерзімгее  
тежелген/Отстает  
\_\_\_\_\_  
эпикризный срок

ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма?  
/Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание

Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_  
рет/\_\_\_\_\_ раз

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да \_\_\_\_\_  
Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы  
қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо

искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да \_\_\_\_\_  
Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ Тамақтанса, күніне \_\_\_\_\_ рет \_\_\_\_\_ мл./Если  
Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? \_\_\_\_\_  
- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_  
- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная \_\_\_\_\_  
Қорексіз/Не питательная \_\_\_\_\_  
- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл./\_\_\_\_\_ мл.  
- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая \_\_\_\_\_  
Сұйық/ Негустая \_\_\_\_\_  
Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:  
- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_  
қанша күн \_\_\_\_\_ /сколько дней \_\_\_\_\_  
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн  
\_\_\_\_\_/сколько дней \_\_\_\_\_  
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/сколько дней  
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_  
Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при  
кормлении: \_\_\_\_\_ бөтелке \_\_\_\_\_ шыныаяқ және қасық \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ бутылочкой  
\_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

**ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0	БЦЖ	ОПВ-3	АКДС 1+ hib 2
Гепатит В 2	ОПВ-1	ОПВ-0	АКДС 2+ hib 2
Гепатит В 3	ОПВ-2		АКДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит

АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация

НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация

БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау \_\_\_\_\_ мм/Оценка  
динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Келесі егу үшін  
қаралу/Визит для  
следующей прививки

Күні/Дата \_\_\_\_\_

**КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:**

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ  
ПРОБЛЕМЫ УХОДА

Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:  
Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау жә қамтамасыз ету үш жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопе және т.б.) /При выявлении тревожн признаков направи на консультацию узкого специалист для выбора и обеспечения специализированно помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

**1 жыл 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 6 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\20__ /Дата осмотра___\_____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ___ см. /Рост ___ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар:/Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТҮШІН КҮТҮ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА ДЛ РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее _____ тежелген/Отстает _____ эпикризный срок _____
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?	
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____	

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ рет/\_\_\_\_\_ раз  
Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ Тамақтанса, күніне \_\_\_\_\_ рет \_\_\_\_\_ мл./Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? \_\_\_\_\_  
- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_  
- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная \_\_\_\_\_ Қорексіз/Не питательная \_\_\_\_\_  
- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл./\_\_\_\_\_ мл.  
- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая \_\_\_\_\_ Сұйық/ Негустая \_\_\_\_\_  
Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:  
- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_ /сколько дней \_\_\_\_\_  
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/сколько дней \_\_\_\_\_  
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/сколько дней \_\_\_\_\_  
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_  
Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бөтелке \_\_\_\_\_ шыныаяқ және қасық \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

**ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0	БЦЖ	ОПВ-3	АКДС 1+ hib 2
Гепатит В 2	ОПВ-1	ОПВ-0	АКДС 2+ hib 2
Гепатит В 3	ОПВ-2		АКДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит

АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация

НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация

БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау \_\_\_\_\_ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

**КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:**

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі,

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки

Күні/Дата \_\_\_\_\_



<p>медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ   ДА ЖОҚ   НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау жә қамтамасыз ету үш жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопе және т.б.) /При выявлении тревожн признаков направи на консультацию узкого специалист для выбора и обеспечения специализированно помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

**1 жыл 9 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 9 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\_20__ /Дата осмотра___\_____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы _____/Температура _____ Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ _____/ИМТ _____ Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар:/Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТУ ҮШІН КҮТУ МӘСЕЛЕСЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА ДЛ РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает _____ эпикризный срок

ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма?  
/Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание

Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да \_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_  
рет/\_\_\_\_ раз

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да \_\_\_\_  
Жоқ/Нет \_\_\_\_

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы  
қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо  
искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да \_\_\_\_  
Жоқ/Нет \_\_\_\_ Тамақтанса, күніне \_\_\_\_ рет \_\_\_\_ мл./Если  
Да, \_\_\_\_ мл \_\_\_\_ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в  
день? \_\_\_\_

- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов  
за день? \_\_\_\_

- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная \_\_\_\_  
Қорексіз/Не питательная \_\_\_\_

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи  
съедает за один прием? \_\_\_\_ мл./\_\_\_\_ мл.

- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая \_\_\_\_  
Сұйық/ Негустая \_\_\_\_

Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:

- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да \_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_  
қанша күн \_\_\_\_ /сколько дней \_\_\_\_

- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да \_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_ қанша күн  
\_\_\_\_/сколько дней \_\_\_\_

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые  
овощи и фрукты Иә/Да \_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_/сколько дней

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да \_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_  
Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при  
кормлении: \_\_\_\_ бөтелке \_\_\_\_ шыныаяқ және қасық \_\_\_\_/\_\_\_\_ бутылочкой  
\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые  
нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0            БЦЖ            ОПВ-3            АКДС 1+ hib 2

Гепатит В 2            ОПВ-1            ОПВ-0            АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3            ОПВ-2                       АКДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит

АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация

НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация

БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау \_\_\_\_ мм/Оценка  
динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_ мм

Келесі егу үшін  
қаралу/Визит для  
следующей прививки

Күні/Дата \_\_\_\_

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше,  
жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен  
танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі  
талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық

<p>ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ    ДА ЖОҚ   НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <p>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</p> <p>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</p> <p>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау жә қамтамасыз ету үш жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопе және т.б.) /При выявлении тревожн признаков направи на консультацию узкого специалист для выбора и обеспечения специализированно помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная

инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

## Дәрігердің 2 жастағы баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте в 2 лет врачом

Тексеріп қарау күні \_\_\_\\_\_\_\20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\\_\_\_\_\_ 20\_\_

Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_

Температурасы\_\_\_\_\_ /Температура\_\_\_\_\_

Салмағы\_\_\_\_\_ гр. /Вес\_\_\_\_\_ гр.

Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.

ДСИ\_\_\_\_\_ /ИМТ\_\_\_\_\_

Басының шеңбері\_\_\_\_\_ см. /Окружность головы\_\_\_\_\_ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюктивалары /конъюктивы

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: \_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания \_\_\_\_\_

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм \_\_\_\_\_; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы \_\_\_\_\_;

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот \_\_\_\_\_ бауыр/печень \_\_\_\_\_ көкбауыр/селезенка \_\_\_\_\_

Несеп шығару /Мочеиспускание \_\_\_\_\_

Нәжіс /Стул \_\_\_\_\_

ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

ДИАГНОЗ:

ДИАГНОЗ:

ДАМУ ТУ ҮШІН КҮТУ  
МӘСЕЛЕЛЕРІ  
ПРОБЛЕМЫ УХОДА ДЛ  
РАЗВИТИЯ

Дамуында тежелу  
жоқ/Не отстает  
Дамуы

Др= Ра= Рп= Н= Э=	<hr/> эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстаёт <hr/> эпикризный срок	
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ		
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?		
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? ____ рет/____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____		
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ Тамақтанса, күніне ____ рет ____ мл./Если Да, ____ мл ____ раз в день		
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? ____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? ____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная ____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? ____ мл./ ____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ Сұйық/ Негустая ____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____		
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0            БЦЖ            ОПВ-3            АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2            ОПВ-1            ОПВ-0            АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3            ОПВ-2                       АҚДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация		Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки <hr/> Күні/Дата ____

<p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</li> <li>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</li> <li>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</li> </ul>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау жә қамтамасыз ету үш жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопе және т.б.) /При выявлении тревожн признаков направи на консультацию узкого специалист для выбора и обеспечения специализированно помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

Ұсынымдар/Рекомендации

Дәрігер/Врач

**2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ**

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және

педиатрдың қорытындысы) **2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ ПАРАҒЫ**

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және

педиатрдың қорытындысы) **2 жас 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп қарауы**

**Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні \_\_\_\\_\_\_\20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\\_\_\_\_\_ 20\_\_

Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_

Температурасы\_\_\_\_\_/Температура\_\_\_\_\_

Салмағы\_\_\_\_\_гр. /Вес\_\_\_\_\_гр.

Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.

ДСИ\_\_\_\_\_/ИМТ\_\_\_\_\_

Басының шеңбері\_\_\_\_\_см. /Окружность головы\_\_\_\_\_см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар:/Жалобы:

**БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА**

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивалары /конъюнктивы

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:\_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания \_\_\_\_\_

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)\_\_\_\_\_;

Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм \_\_\_\_\_;

Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы \_\_\_\_\_;

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот \_\_\_\_\_ бауыр/печень \_\_\_\_\_

көкбауыр/селезенка \_\_\_\_\_

Несеп шығару /Мочеиспускание \_\_\_\_\_

Нәжіс /Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

ДИАГНОЗ:

**ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ**

Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?

ДАМУ ТҮШІН КҮТҮ  
МӘСЕЛЕЛЕРІ  
ПРОБЛЕМЫ УХОДА ДЛ  
РАЗВИТИЯ

**ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:**

До=

Др=

Ра=

Дамуында тежелу  
жоқ/Не отстает  
Дамуы

\_\_\_\_\_

эпикриздік  
мерзімгее



Рп= Н= Э=	тежелген/Отстает _____ эпикризный срок			
<b>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>				
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?				
<p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____</p>				
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная ____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ Сұйық/ Негустая ____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:</p> <p>- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____</p> <p>Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>				
<b>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b>				
Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня				
Гепатит В 1- 0	БЦЖ	ОПВ-3	АКДС 1+ hib 2	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививк _____ Күні/Дата _____
Гепатит В 2	ОПВ-1	ОПВ-0	АКДС 2+ hib 2	
Гепатит В 3	ОПВ-2		АКДС 3+ hib 3	
Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит				Күні/Дата _____
АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация				
НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация				
БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм				
<b>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</b>				
- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за				

<p>ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</li> <li>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</li> </ul>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ    ДА ЖОҚ   НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт</li> <li>- Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе</li> <li>- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)</li> <li>- Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит</li> </ul>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау жә қамтамасыз ету үш жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопе және т.б.) /При выявлении тревожн признаков направи на консультацию узкого специалист для выбора и обеспечения специализированно помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания)
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

### Дәрігердің 3 жастағы баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом

Тексеріп қарау күні \_\_\_\\_\_\_\20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\\_\_\_\_\_ 20\_\_

Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_

Температурасы \_\_\_\_\_/Температура \_\_\_\_\_

Салмағы \_\_\_\_\_гр. /Вес \_\_\_\_\_гр.

Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.

ДСИ \_\_\_\_\_/ИМТ \_\_\_\_\_

Басының шеңбері \_\_\_\_\_ см. /Окружность головы \_\_\_\_\_ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар:/Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюктивалары /конъюнктивы

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: \_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания \_\_\_\_\_

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм \_\_\_\_\_; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы \_\_\_\_\_;

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот \_\_\_\_\_ бауыр/печень \_\_\_\_\_ көкбауыр/селезенка \_\_\_\_\_

Несеп шығару /Мочеиспускание \_\_\_\_\_

Нәжіс /Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

ДИАГНОЗ:

ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?

ДАМУ ТУ үшін КҮТУ  
МӘСЕЛЕЛЕРІ  
ПРОБЛЕМЫ УХОДА дл  
РАЗВИТИЯ

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Дамуында тежелу  
жоқ/Не отстает  
Дамуы

эпикриздік

Рп= Н= Э=	мерзімгее тежелген/Отстает _____ эпикризный срок													
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ														
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма?/Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?														
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание 1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____														
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная ____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ Сұйық/ Негустая ____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____														
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня <table border="0" data-bbox="110 1354 1274 1470"> <tr> <td>Гепатит В 1- 0</td> <td>БЦЖ</td> <td>ОПВ-3</td> <td>АКДС 1+ hib 2</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В 2</td> <td>ОПВ-1</td> <td>ОПВ-0</td> <td>АКДС 2+ hib 2</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В 3</td> <td>ОПВ-2</td> <td></td> <td>АКДС 3+ hib 3</td> </tr> </table> Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм		Гепатит В 1- 0	БЦЖ	ОПВ-3	АКДС 1+ hib 2	Гепатит В 2	ОПВ-1	ОПВ-0	АКДС 2+ hib 2	Гепатит В 3	ОПВ-2		АКДС 3+ hib 3	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
Гепатит В 1- 0	БЦЖ	ОПВ-3	АКДС 1+ hib 2											
Гепатит В 2	ОПВ-1	ОПВ-0	АКДС 2+ hib 2											
Гепатит В 3	ОПВ-2		АКДС 3+ hib 3											
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды														

<p>орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Ойынға қызығушылығы жоқ/Нет интереса к игре</p> <p>- Жиі құлайды/Часто падает</p> <p>- Кішкентай заттарды ұстауда қиындық туындайды/Трудности с манипулированием мелкими предметами</p> <p>- Жәй сұрақтарды түсіну қиындығы туындайды/Проблемы с пониманием простых обращений.</p> <p>- Қарапайым сөйлемдерді қалыптастыра алмайды/Неспособность формулировать простые предложения.</p> <p>- Тамаққа қызығушылығын жоқтығы немесе қызығушылығының аздығы/Отсутствие или незначительный интерес к еде.</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау жә қамтамасыз ету үш жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направи на консультацию узкого специалист для выбора и обеспечения специализированно помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания)
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

**3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ  
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ**

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)  
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ  
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ**

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)  
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ  
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ**

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)  
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ  
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ**

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)  
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

АУДАРМАЛЫ ЭПИКРИЗ \_\_\_\_\_

БАЛАНЫҢ АУРУЫ БОЙЫНША ЖАЗБАЛАР/ЗАПИСИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/  
Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя \_\_\_\_\_ Жасы/Возраст \_\_\_\_\_ Салмағы (кг)/Вес (кг) \_\_\_\_\_ Температурасы/Температура \_\_\_\_\_

СҰРАҒЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка \_\_\_\_\_

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? \_\_\_\_\_

Қайта қаралу?/Повторный визит? \_\_\_\_\_

**БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ**

**(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)**

**ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ**

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
Сұраңыз/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/ Сосчитайте число дыханий в минуту _____ — - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/ Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз/ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру/ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/ Осмотрите движения младенца. Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/ Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички	

САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ  
ИӘ/ДА \_\_\_\_\_ ЖОҚ/НЕТ \_\_\_\_\_

Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху ( желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____	

<p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ:          Қашаннан бері?__ күн/          Как долго?__ дней          Нәжисінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?</p>	<p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:          - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/          Посмотрите на общее состояние младенца:          Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции?          Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма /Остается без движения даже при стимуляции ?          Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим?          - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза          - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки          Іркіс жазылады/Складка расправляется          Өте баяу (2 секундтан артық)/          Очень медленно (больше 2 секунд)?          Ақырын (2 секундқы дейін)/          Медленно (до 2 секунд)?</p>	
<p>Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?</p>		
<p>Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p>		
<p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:          - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да __ Жоқ/Нет __          - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?__          - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да __ Жоқ/Нет __          - Іше немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто?__          - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</p>	<p>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/ Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий _____          Төмен Не низкий емес _____          - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)_____</p>	
	<p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если</p>	



<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди . Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p>	
<p>НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1-0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АҚДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p>	
<p>БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:</p>		

#### ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит \_\_\_\_\_

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/  
Объясните, когда вернуться немедленно

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/  
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу  
(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/  
Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/  
Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/  
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/  
Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя \_\_\_\_\_ Жасы/Возраст \_\_\_\_\_ Салмағы (кг)/Вес (кг) \_\_\_\_\_

Температурасы/Температура \_\_\_\_\_

СҰРАҒЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка \_\_\_\_

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? \_\_\_\_ Қайта қаралу?/Повторный визит? \_\_\_\_\_

**БАҒАЛАҒЫЗ/ОЦЕНИТЕ  
(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)  
ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ**

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
	ТЕКСЕРІП ҚАРАҒЫЗ, ТЫҢДАҒЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/ Сосчитайте число дыханий в минуту _____ _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз\	

<p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:</p> <p>- Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении?</p> <p>- Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?</p>	<p>немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь</p> <p>- Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/ Осмотрите движения младенца.</p> <p>Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/ Двигается ли он только при стимуляции?</p> <p>Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма? /Остается ли он без движения даже при стимуляции?</p> <p>- Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения?</p> <p>- Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички</p>	
---	--	--

<p>САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____</p>		
<p>Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?</p>	<p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ :</p> <p>Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)?</p> <p>Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?</p>	
<p>Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/ Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?</p>	<p>ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____</p>	
<p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ:</p> <p>- Қашаннан бері?____ күн/Как долго?____ дней</p> <p>- Нәжисінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?</p>	<p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ :</p> <p>- Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца:</p> <p>Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции?</p> <p>Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции?</p> <p>Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим?</p> <p>- Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза</p> <p>- Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/ Проверьте реакцию каждой складки</p> <p>Іркіс жазылады/Складка расправляется</p> <p>Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно ( больше 2 секунд)?</p> <p>Ақырын (2 секундқы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?</p>	
<p>Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?</p>		
<p>Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p>		

<p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жоқ/Нет__</li> <li>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа? _____</li> <li>- Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жоқ/Нет__</li> <li>- Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/ Если ДА, как часто?_____</li> <li>- Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий_____</li> <li>Төмен Не низкий емес_____</li> <li>- Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)_____</li> </ul>	
<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</li> <li>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да __ Жоқ/Нет __</li> <li>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да __ Жоқ/Нет __</li> <li>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да __ Жоқ/Нет __</li> <li>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да __ Жоқ/Нет __</li> <li>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо</li> <li>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады</li> <li>Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос , если это мешает кормлению грудью.</li> </ul>	
<p>НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей</p>	

Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АҚДС 1 _____ _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____	прививки _____ _____ Күні/Дата _____
БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:	

#### ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит \_\_\_\_\_

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/  
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

#### СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/ ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/  
Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя \_\_\_\_\_ Жасы/Возраст \_\_\_\_\_ Салмағы (кг)/Вес (кг) \_\_\_\_\_

Температурасы/Температура \_\_\_\_\_

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка \_\_\_\_\_

Алғашқы қаралу?/Первичный визит?\_\_Қайта қаралу?/  
Повторный визит?\_\_\_\_\_

**БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ****(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)****ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ**

<b>Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ</b>	
<b>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:</b> - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги ?	<b>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ:</b> - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксиллярлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксиллярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички
<b>САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ</b> ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____	
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет	<b>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ /ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:</b> Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған

<p>пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?</p>	<p>ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?</p>	
<p>Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/ Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?</p>	<p>ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____</p>	
<p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері?____ күн/Как долго?____ дней - Нәжисінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?</p>	<p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)? Ақырын (2 секундқы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?</p>	
<p>Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?</p>		
<p>Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p>		
<p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә /Да__ Жоқ/Нет__ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?____ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/ Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жоқ/Нет__ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто?____ - Нәрестені емізу кезінде нені</p>	<p>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий____ Төмен Не низкий емес____</p>	

<p>пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</p>	<p>- Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)</p>	
<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди . Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху , а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___</p> <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады</p> <p>Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p>	
<p>НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____</p> <p>_____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____</p>		<p>Келесі егу үшін қаралу/ Визит для следующей прививки _____</p> <p>_____ Күні/Дата _____</p>
<p>БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:</p>		

#### ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:  
Келесі бару/Последующий визит \_\_\_\_\_  
Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/  
Объясните, когда вернуться немедленно  
АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_  
БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:



1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/  
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу  
(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/  
Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/  
Лечить дома без назначения препаратов (уход)

### СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/

ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың  
жазбасының нысаны/

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Тексеріп қарау күні ___\___\20__ /Дата осмотра ___\___\20__ Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес _____ Температурасы/Температура _____ Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный __ Шағымдар/Жалобы:	Қауіптің жалпы белгілері/ Общие признаки опасности:
<u>Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз:</u> 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі талтылады ма? 4. Летаргия немесе есінен танған халінде ме? Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	Иә ___ Жоқ ___ Да ___ Нет ___
Бала <u>жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба?</u> Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание?</u> Да ___ Нет ___ Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны _____ Жиі демалу Как долго? _____ Число дыханий в минуту _____ Учащенное дыхание Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс ( демалысы астмоидтық па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз) Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание ( если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Баланың іші өтеді ме? Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка диарея? Да ___ Нет ___ Қашаннан бері _____ Нәжісінде қан бар ма _____ Как долго _____ Есть ли кровь в стуле _____ Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба	

<p>Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим</p> <p>Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді</p> <p>Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо</p> <p>Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (&gt; 2 сек.) ақырын (&lt; 2 сек.),</p> <p>Кожная складка расправляется: очень медленно (&gt; 2 сек.) медленно (&lt; 2 сек.),</p>	
<p>Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә__Жоқ__</p> <p>Есть ли у ребенка температура? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да__Нет__</p> <p>Қашаннан бері?_____ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба?_____ соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырды ма _____</p> <p>Как долго?_____ Если более 5 дней. Каждый день?_____ Болел ли корью последние 3 месяца_____</p> <p>Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы</p> <p>Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз</p> <p>Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден іріңді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр</p> <p>Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>Баланың құлағы ауыра ма? Иә__Жоқ__</p> <p>Есть ли у ребенка боли в ухе? Да__Нет__</p> <p>Құлағынан іріңді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық</p> <p>Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней</p> <p>Құлағының арты ісіп кеткен бе</p> <p>Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма ? Иә__Жоқ__</p> <p>Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да__Нет__</p> <p>Тамағында ақ өңез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе</p> <p>Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p>Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз</p> <p>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</p> <p>График бойынша салмақ: төмен__төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма.</p> <p>Вес по графику: низкий__не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.</p> <p>Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе _____</p> <p>Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп_____</p>	
<p>Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса):</p> <p>Оцените питание (если не направляется в стационар):</p>	

Емшекті еме ме иә \_\_жоқ\_\_ емсе, тәулігіне қанша рет \_\_\_\_Түнде тамақтандырасыз ба. Иә \_\_Жоқ\_\_ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә \_\_Жоқ\_\_ Ішсе немес жесе, қандай тамақты және сұйықтықты \_\_\_\_\_

Кормится ли грудью да \_\_нет\_\_ Если да. то сколько раз за сутки \_\_\_\_ Кормите ли ночью. Да \_\_Нет\_\_ Получает ли другую пищу или жидкость Да \_\_ Нет\_\_ Если Да, то какую пищу и жидкости \_\_\_\_\_

Күніне қанша рет \_\_\_\_\_ Емізу кезінде нені пайдаланады \_\_\_\_\_  
\_ Бір тамақтану өлшемінің көлемі \_\_\_\_\_ Белсенді емізу Иә \_\_\_\_ Жоқ \_\_\_\_ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә \_\_Жоқ\_\_ Өзгерсе, қалай \_\_\_\_\_  
Сколько раз в день \_\_\_\_\_ Чем пользуются при кормлении \_\_\_\_\_  
Объем одной порции \_\_\_\_\_ Активное кормление Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_  
Изменилось ли кормление во время болезни Да \_\_Нет\_\_ Если да, то как \_\_\_\_

Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа \_\_\_\_\_

орналасу жері \_\_\_\_\_  
қыштын қышымайтын;  
Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные;  
Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая \_\_\_\_\_ локализация \_\_\_\_\_

Зудящая Не зудящая;  
Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы \_\_\_\_\_

Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое \_\_\_\_\_

Қайда \_\_\_\_\_ Көздің конъюнктивасы: гиперемияланған, іріңді бөлінетін, ақ қабық: инъецирленген, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар \_\_\_\_\_  
Где \_\_\_\_\_ Конъюнктива глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные  
Носовое дыхание затруднено, выделения \_\_\_\_\_  
Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді  
Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа: \_\_\_\_\_  
Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар \_\_\_\_\_ ЖСЖ

Мойын тамырларының соғуы.  
Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: \_\_\_\_\_

Сердечные тоны: приглушены, шум \_\_\_\_\_  
ЧСС \_\_\_\_\_

Пульсация вен шеи.  
Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген ішперде симптомы, басқасы \_\_\_\_\_

Тамақтану мәселелері /  
Проблемы питания

Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое \_\_\_\_\_

Бауыр көлемі: \_\_\_\_\_ Печень размеры: \_\_\_\_\_

Көкбауыр: көлемі \_\_\_\_\_ см. Селезенка: размеры \_\_\_\_\_ см.

Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі \_\_\_\_\_ см.

Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры \_\_\_\_\_ см.

Бассүйек-ми нервтері жағынан \_\_\_\_\_

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов \_\_\_\_\_

Шала салдану, салдану \_\_\_\_\_

Парезы, параличи \_\_\_\_\_

Перифериялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры) \_\_\_\_\_

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) \_\_\_\_\_

Дизуриялық көрініс: \_\_\_\_\_

Дизурические явления: \_\_\_\_\_

Басқалары \_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_

#### ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит \_\_\_\_\_

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/ срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/**

**ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/**

**Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет**

<p>Тексеріп қарау күні ___\___\20__ /Дата осмотра ___\___\20__</p> <p>Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес_____ Температурасы/Температура_____</p> <p>Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный ___</p> <p>Шағымдар/Жалобы:</p>	<p>Қауіптің жалпы белгілері/ Общие признаки опасности:</p> <p>Иә___Жоқ___</p> <p>Да___Нет___</p>
<p>Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2.Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3.Сіңірі талтылады ма? 4.Летаргия немесе есінен танған халінде ме?</p> <p>Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2.Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3.Были ли судороги? 4.Летаргичен или без сознания?</p>	
<p>Бала жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба? Иә___Жоқ___</p> <p>—</p> <p>Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да___Нет___</p> <p>—</p> <p>Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны_____ Жиі демалу Как долго?_____Число дыханий в минуту___Учащенное дыхание Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс ( демалысы астмоидттық па па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз)</p> <p>Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла</p>	
<p>Баланың іші өтеді ме? Иә___Жоқ___</p> <p>Есть ли у ребенка диарея? Да___Нет___</p> <p>Қашаннан бері___Нәжисінде қан бар ма _____</p> <p>Как долго___Есть ли кровь встуде_____</p> <p>Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба</p> <p>Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим</p> <p>Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді</p> <p>Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо</p> <p>Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (&gt; 2 сек.) ақырын (&lt; 2 сек.),</p> <p>Кожная складка расправляется: очень медленно (&gt; 2 сек.) медленно (&lt; 2 сек.),</p>	
<p>Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә___Жоқ___</p> <p>Есть ли у ребенка температура? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да___Нет___</p> <p>Қашаннан бері?_____ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба?_____ соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырды ма _____</p> <p>Как долго?_____ Если более 5 дней. Каждый день?_____ Болел ли</p>	

<p>корью последние 3 месяца ___</p> <p>Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден іріңді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>Баланың құлағы ауыра ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Есть ли у ребенка боли в ухе? Да ___ Нет ___</p> <p>Құлағынан іріңді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық</p> <p>Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней</p> <p>Құлағының арты ісіп кеткен бе</p> <p>Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___</p> <p>Тамағында ақ өңез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе</p> <p>Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p>Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз</p> <p>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</p> <p>График бойынша салмақ: төмен ___ төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма.</p> <p>Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.</p> <p>Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын</p> <p>Екі аяқ басы ісіп кеткен бе ___</p> <p>Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная</p> <p>Есть ли отек обеих стоп ___</p>	
<p>Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса): Оцените питание (если не направляется в стационар): Емшекті еме ме иә ___ жоқ ___ емсе, тәулігіне қанша рет ___</p> <p>Түнде тамақтандырасыз ба. Иә ___ Жоқ ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә ___ Жоқ ___ Ішсе немес жесе, қандай тамақты және сұйықтықты</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да. то сколько раз за сутки ___ Кормите ли ночью. Да ___ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости _____</p>	

Тамақтану мәселелері/  
Проблемы питания

Күніне қанша рет \_\_\_\_\_ Емізу кезінде нені пайдаланады \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Бір тамақтану өлшемінің көлемі \_\_\_\_\_  
Белсенді емізу Иә \_\_\_\_\_ Жоқ \_\_\_\_\_ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә \_\_\_\_\_ Жоқ \_\_\_\_\_ Өзгерсе, қалай \_\_\_\_\_

Сколько раз в день \_\_\_\_\_ Чем пользуются при кормлении \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Объем одной порции \_\_\_\_\_ Активное кормление  
Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Изменилось ли кормление во  
время болезни. Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Если да, то как \_\_\_\_\_

Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа \_\_\_\_\_  
орналасу жері \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ қыштын қышымайтын;

Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая \_\_\_\_\_ локализация \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Зудящая Не  
зудящая;

Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы \_\_\_\_\_  
Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое \_\_\_\_\_

Қайда \_\_\_\_\_ Көздің конъюнктивасы: гиперемияланған, іріңді бөлінетін, ақ қабық: инъецирленген, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар \_\_\_\_\_

Где \_\_\_\_\_ Конъюнктивa глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения \_\_\_\_\_

Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді  
Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа: \_\_\_\_\_  
Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ЖСЖ \_\_\_\_\_

Мойын тамырларының соғуы.  
Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится  
Хрипы: сухие, влажные, другие: \_\_\_\_\_  
Сердечные тоны: приглушены, шум \_\_\_\_\_  
ЧСС \_\_\_\_\_

Пульсация вен шеи.  
Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген ішперде симптомы, басқасы \_\_\_\_\_

Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое \_\_\_\_\_

Бауыр көлемі: \_\_\_\_\_ Печень размеры: \_\_\_\_\_  
Көкбауыр: көлемі \_\_\_\_\_ см. Селезенка: размеры \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ см.

Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі \_\_\_\_\_ см.

Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры \_\_\_\_\_ см.

Бассүйек-ми нервтері жағынан өзгерістер \_\_\_\_\_

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов \_\_\_\_\_

Шала салдану, салдану \_\_\_\_\_

Парезы, параличи \_\_\_\_\_

Перифериялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры) \_\_\_\_\_

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) \_\_\_\_\_

Дизуриялық көрініс: \_\_\_\_\_

Дизурические явления: \_\_\_\_\_

Басқалары \_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_

#### ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит \_\_\_\_\_

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/ срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу (атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**Клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелерін жапсыру үшін**

**Для подклеивания результатов клинико-лабораторных обследований Стационарлар**

**көшірмелерін жапсыру үшін**

**Для подклеивания выписок из стационара**

Форма



A4 форматы  
Формат А4

КҰЖЖ бойынша ұйым коды  
Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 026-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 026-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ**  
(балалар үйі үшін) (ұл бала)  
**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА**  
(для детского дома) (мальчик)

Қан тобы \_\_\_\_\_  
Группа крови \_\_\_\_\_  
Резус тиістілігі \_\_\_\_\_  
Резус принадлежность \_\_\_\_\_

1. Тегі \_\_\_\_\_ Аты \_\_\_\_\_ Әкесінің аты \_\_\_\_\_  
(фамилия) \_\_\_\_\_ (имя) \_\_\_\_\_ (отчество) \_\_\_\_\_
2. Туған күні \_\_\_\_\_ айы \_\_\_\_\_ жылы \_\_\_\_\_  
(дата рождения): число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
3. Туылған жері \_\_\_\_\_  
(место рождения) \_\_\_\_\_
4. Ұлты \_\_\_\_\_ 5. Әлеуметтік жағдайы \_\_\_\_\_  
(национальность) \_\_\_\_\_ (статус) \_\_\_\_\_
6. Түскен мерзімі: күні \_\_\_\_\_ айы \_\_\_\_\_ жылы \_\_\_\_\_ сағ \_\_\_\_\_  
(дата поступления): (число) (месяц) (год) (время)
7. Кеткен мерзімі күні \_\_\_\_\_ айы \_\_\_\_\_ жылы \_\_\_\_\_ сағ \_\_\_\_\_  
(дата выбытия): число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_
8. Қайда ауысты \_\_\_\_\_  
(адрес выбытия): \_\_\_\_\_
9. Қанша төсек-күн болды \_\_\_\_\_  
(проведено койко-дней): \_\_\_\_\_
10. Жіберген мекеменің диагнозы (диагноз направившего учреждения): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Қандай диагнозбен түсті (диагноз при поступлении): \_\_\_\_\_

12. Қорытынды диагноз (диагноз заключительный): \_\_\_\_\_

**Отбасы туралы мәліметтер  
(Сведения о семье)**

Ата-аналар және басқа балалар (родители и другие дети) Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)	Туған жылы (дата рождения)	Жұмыс орны, лауазымы, телефоны (бала ұйымы) (где и кем работает, телефон (детские организации)	Асқынған аурулардың бар-жоғы (наличие запущенных заболеваний )
Ана (мать)			
Әке (отец)			
Басқа балалар (другие дети)			

**Баланың төлқұжаты туралы анықтама  
(справка о паспорте ребенка)**

Түскен кезіндегі құжаттар ( документы при поступлении)			
Туу туралы куәлік (свидетельство о рождении)			
Бас тарту өтініші (заявление об отказе)			
Баланы тастап кету актісі (акт о подкидыше)			
№ 4 нысан (форма № 4)			
Қаулы (постановление)			
Қолдау хат (ходатайство)			

Зертханалық  
(лабораторные

зерттеулер:  
исследования):

1. RW \_\_\_\_\_  
2. ВИЧ \_\_\_\_\_  
3. HBSAg и AntiHCV \_\_\_\_\_

**Баланың ауырған аурулары туралы мәлімет  
(сведения о перенесенных заболеваниях ребенка):**

Ушыққан инфекциялық аурулар (острые инфекционные заболевания)	Ауырған күні (дата заболевания)	Созылмалы аурулар. (хронические заболевания)	Ауырған күні (дата заболевания)
Қызылша (корь)		Туберкулез	
Қызамық (краснуха)		Мерез (сифилис)	
Күл ауруы (дифтерия)		Вирустық гепатиттер ( вирусные гепатиты)	
Жел шешек (ветряная оспа)			
Жәншау (скарлатина)			

Туған кездегі салмағы (вес при поступлении) \_\_\_\_\_

Туған кездегі бойы (рост при поступлении) \_\_\_\_\_

ДСИ (ИМТ) \_\_\_\_\_

Бастың шеңбері (окружность головы) \_\_\_\_\_

Денесінің дамуын бағалау (оценка физического развития):

**Жалпы мәлімет**

**Общие сведения**

1. Гинекологиялық анамнез (гинекологический анамнез) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Әлеуметтік анамнез (социальный анамнез)

Шешесі (мать) \_\_\_\_\_ Әкесі (отец) \_\_\_\_\_

Тұрмыстық жағдайы (бытовые условия) \_\_\_\_\_

Материалдық қамтамасыз ету (материальное обеспечение) \_\_\_\_\_

3. Акушериялық анамнез (акушерский анамнез) \_\_\_\_\_

Нәресте мезгілінде туылды (шала туылды) (ребенок родился доношенным (недоношенным)) \_\_\_\_\_

Босану ағымы қалыпты (қалыпсыз) (течение родов правильное (неправильное)) \_\_\_\_\_

Операция қолданылды (применение операционного вмешательства) \_\_\_\_\_

Жансыздандырылды иә, жоқ (обезволивание да, нет) \_\_\_\_\_

Туылған кезіндегі салмағы (вес при рождении) \_\_\_\_\_

Ұзындығы (длина) \_\_\_\_\_







**Балалар үйіне түсу кезіндегі алғашқы тексеріп-қарау:**  
**(первичный осмотр при поступлении в Дом ребенка) Тексеріп-қарау міндеттері**  
**(задачи осмотра)**

1. Қауіпті симптомдардың болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)
2. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие)
3. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру (проверить, нет ли врожденных пороков развития)
4. Қалыпты бейімделу бойынша ұсыныстар беру (дать рекомендации по нормальной адаптации)

Тексеріп-қаралу күні (дата осмотра) 20\_\_ \_\_/\_\_\_\_ Жасы (возраст): \_\_\_\_ Дене қызуы (температура)\_\_\_\_\_

Туғандағы дене салмағы (при рождении Вес): \_\_\_\_ кг Бойы (рост): \_\_\_\_см ИМТ\_\_\_\_\_

басының шеңбері (окружность головы)\_\_\_\_\_см

Графиктерді пайдаланып физикалық дамуын бағалыңыз (оцените физическое развитие, используя графики):

Анасының шағымы (жалобы матери):

Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7. Дене қызуының 38<sup>0</sup>С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38<sup>0</sup>С); 8. Дене қызуы <35,5<sup>0</sup>С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5<sup>0</sup>С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі (бала өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейінгі), білінетін бозару (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка) ; 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)

Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_

СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (

Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез):

судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); басқасы (другое) ...

Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлекстің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлекстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) ( проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; Автоматтандырылған жүру (автоматической походки)

Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица): \_\_\_\_\_

(симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)

Тері (кожа): \_\_\_\_\_ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая)

Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) \_\_\_\_\_ конъюнктивалар (конъюнктивы) \_\_\_\_\_

Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген «флексорлық қалып») (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок «флексорная поза»)

Көзге көрінетіе туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки) \_\_\_\_\_

Сүйек жүйесі (костная система) \_\_\_\_\_

Бас пішіні (форма головы) \_\_\_\_\_ жігі (швы) \_\_\_\_\_

Үлкен еңбегі (большой родничок) \_\_\_\_\_ кіші еңбегі (малый родничок) \_\_\_\_\_

Буынды бағалаңыз (оцените суставы): \_\_\_\_\_ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы)

Тыныс алу органдары (органы дыхания): \_\_\_\_\_ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) \_\_\_\_\_ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)

ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) \_\_\_\_\_ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) \_\_\_\_\_; Жүрек шуылы (сердечные шумы) \_\_\_\_\_

; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного пульса) \_\_\_\_\_ ( қалыптысы екі жақтан симметриялысы) ( в норме симметрично с двух сторон)

Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) \_\_\_\_\_ бауыр (печень) \_\_\_\_\_ көкбауыр (селезенка) \_\_\_\_\_

Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) \_\_\_\_\_

Кіндік (пуповина) \_\_\_\_\_ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Несеп шығару (мочеиспускание) \_\_\_\_\_ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Нәжіс (стул) \_\_\_\_\_ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)



ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ ( ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
<p>- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет)_____</p> <p>- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет)_____</p> <p>- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз? ) _____</p> <p>- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) _</p> <p>- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____</p> <p>- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____ )</p>	
<p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):</p>	
<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):</p> <p>Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):</p> <p>- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _ _____</p> <p>- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____</p> <p>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған ( нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) _ _____ Жоқ (нет) _____</p> <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _ _____</p> <p>Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо)</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие</p>

	<p>сосательные движения с паузами)?  Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно)  - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)</p>	
<p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития )  - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)  - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p>		<p>Даму проблемалары (проблемы развития)</p>
<p>Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца):  Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки , которые ребенок должен получить сегодня):  1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ _____</p>		<p>Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки) _____  Мерзімі (дата) _____</p>
<p>Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кровати, предметов ухода, одежда ребенка)  Жайдың гигиенасы (гигиена помещения _____  _____ (сүмен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22 °C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22°C)  Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____</p>		<p>Күту проблемалары (проблемы ухода)</p>
<p>Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери):  1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):</p>		<p>Проблемалар (проблемы)</p>
<p>2.Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):  1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство)  2. терең мұңды (глубокая печаль)  3. жиі жылау (частые слезы)  4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке)  5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины)  6. байбалам ұстамасы (приступы паники)  7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность)  8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии)</p>		<p>Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии)  :  1. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности)  2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней)  3. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания)  4. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку)</p>

<p>9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания)</p> <p>10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна)</p> <p>11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом)</p> <p>12. секске қызықпау потеря интереса к сексу</p> <p>13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности)</p> <p>14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)</p>	<p>5. бала туралы ойлау (думать о ребенке)</p> <p>6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходит на улицу и двигаться)</p> <p>7. жақсы тамақтану (хорошо питаться)</p> <p>8. өзіне күтім жасау (заботиться о себе)</p> <p>9. күнделік жүргізу (вести дневник)</p> <p>егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту)</p>
<p>ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):</p>	

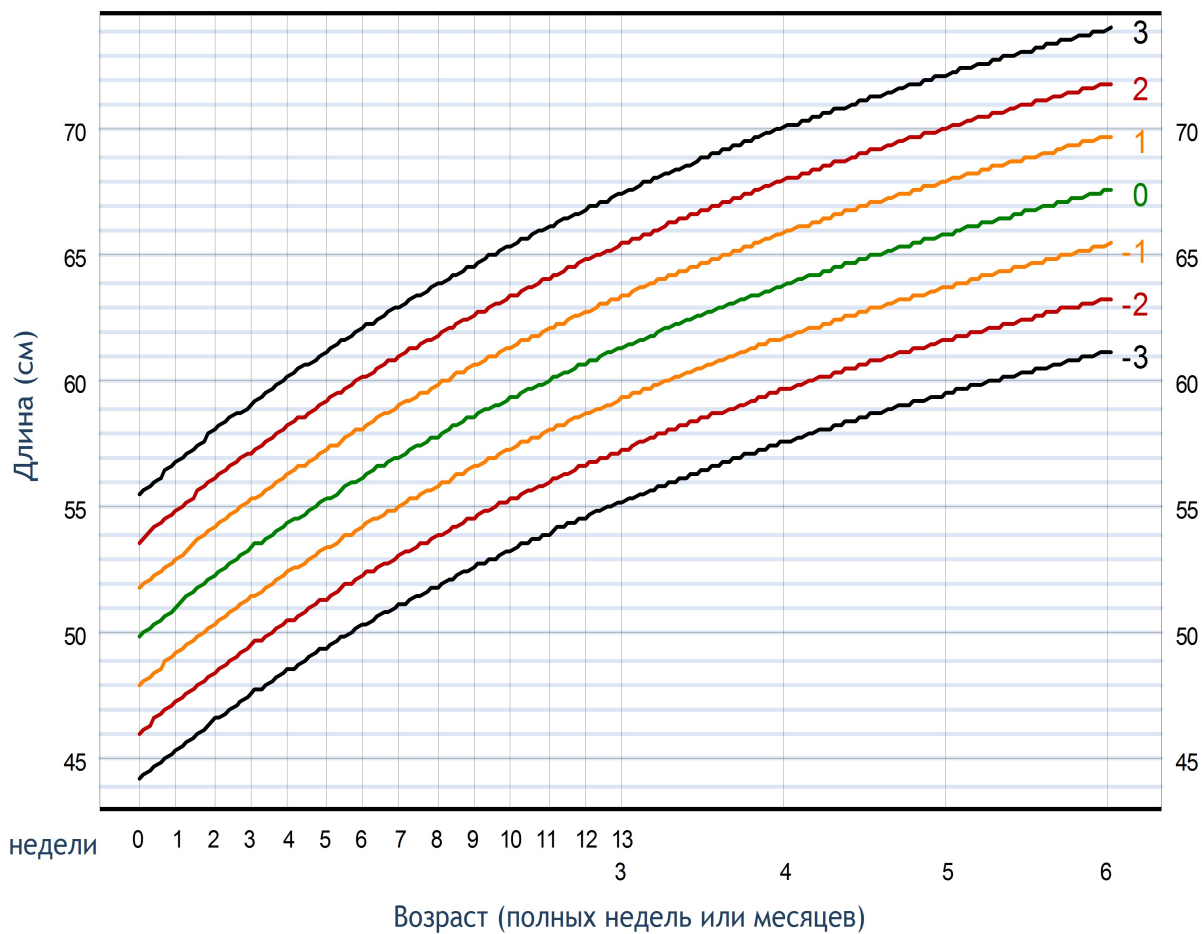
**Ұсыныстар (рекомендации):**

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания)
- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания)
- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости))
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери)
- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери)
- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (требования к помещению и предметам ухода за новорожденным)
- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
- Нәресте күтімі, серуендеу режімі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны)
- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки)).
- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации)

**Дәрігер (врач):**

**Ұлдың жасына қарай бойының ұзындығы (туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңызы)**

## Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ



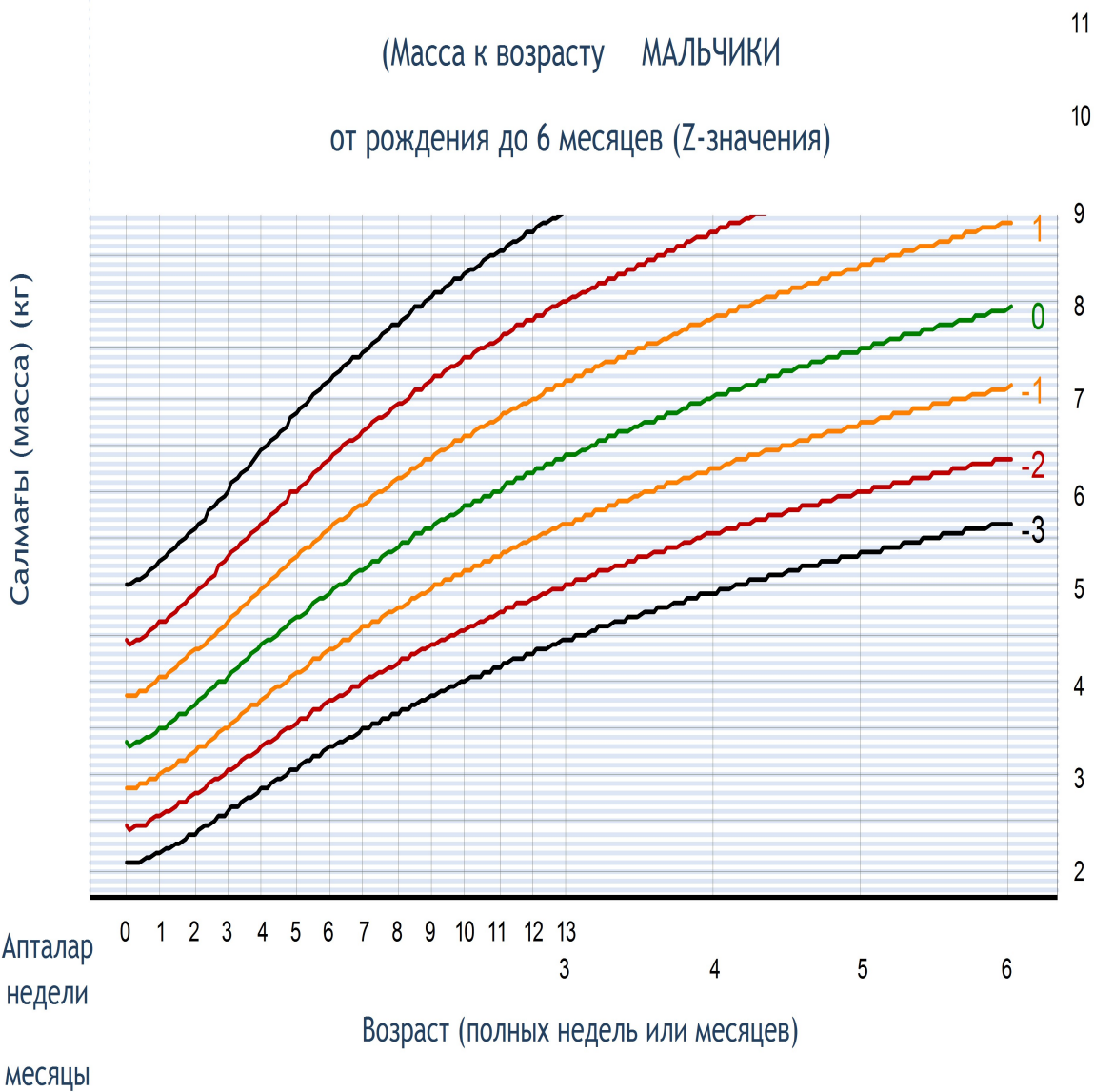
Ұлдың бойының ұзындығына салмағы  
туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңыздары)

# Ұлдың жасына қарай дене салмағы

Туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңыздары)

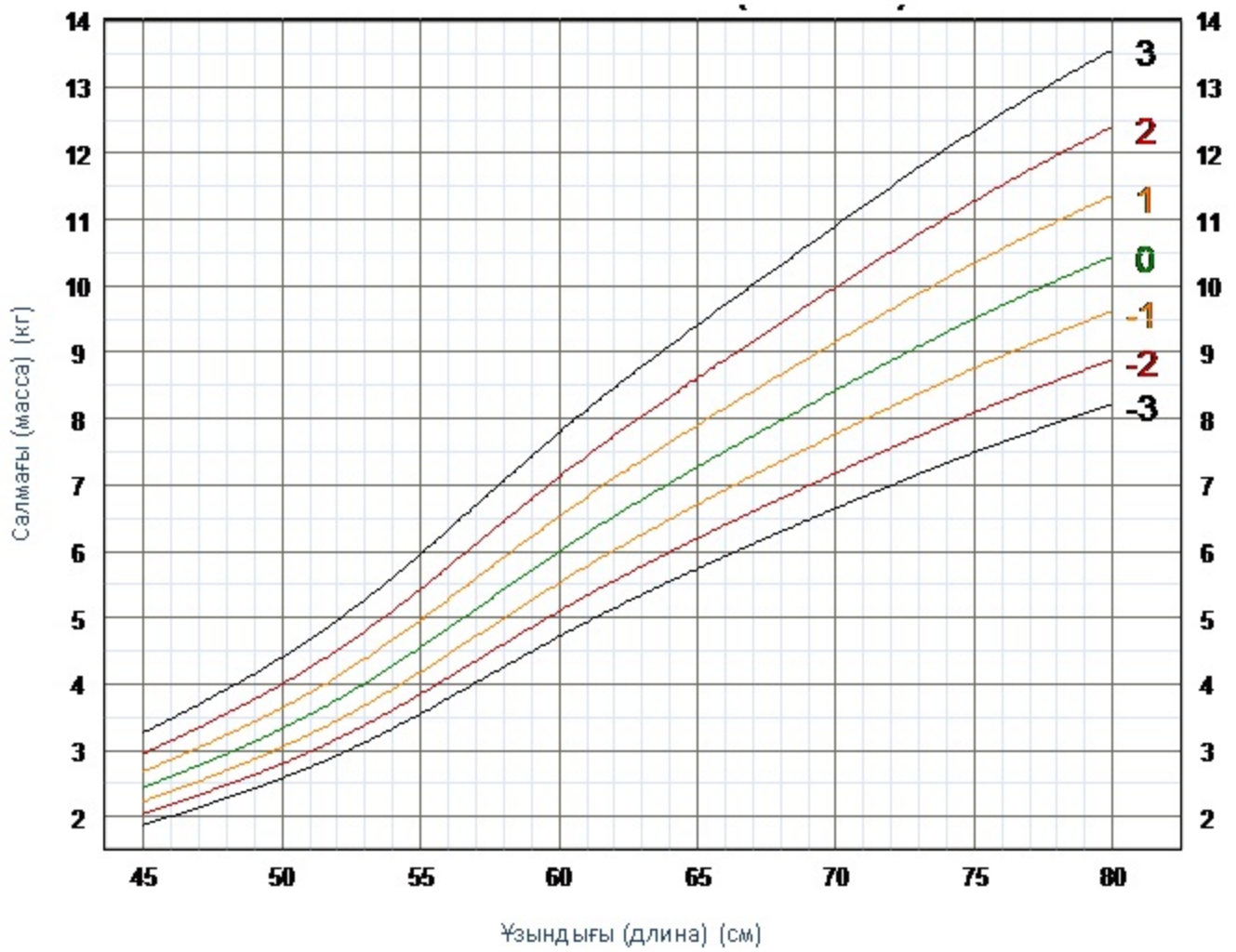
(Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ

от рождения до 6 месяцев (Z-значения)

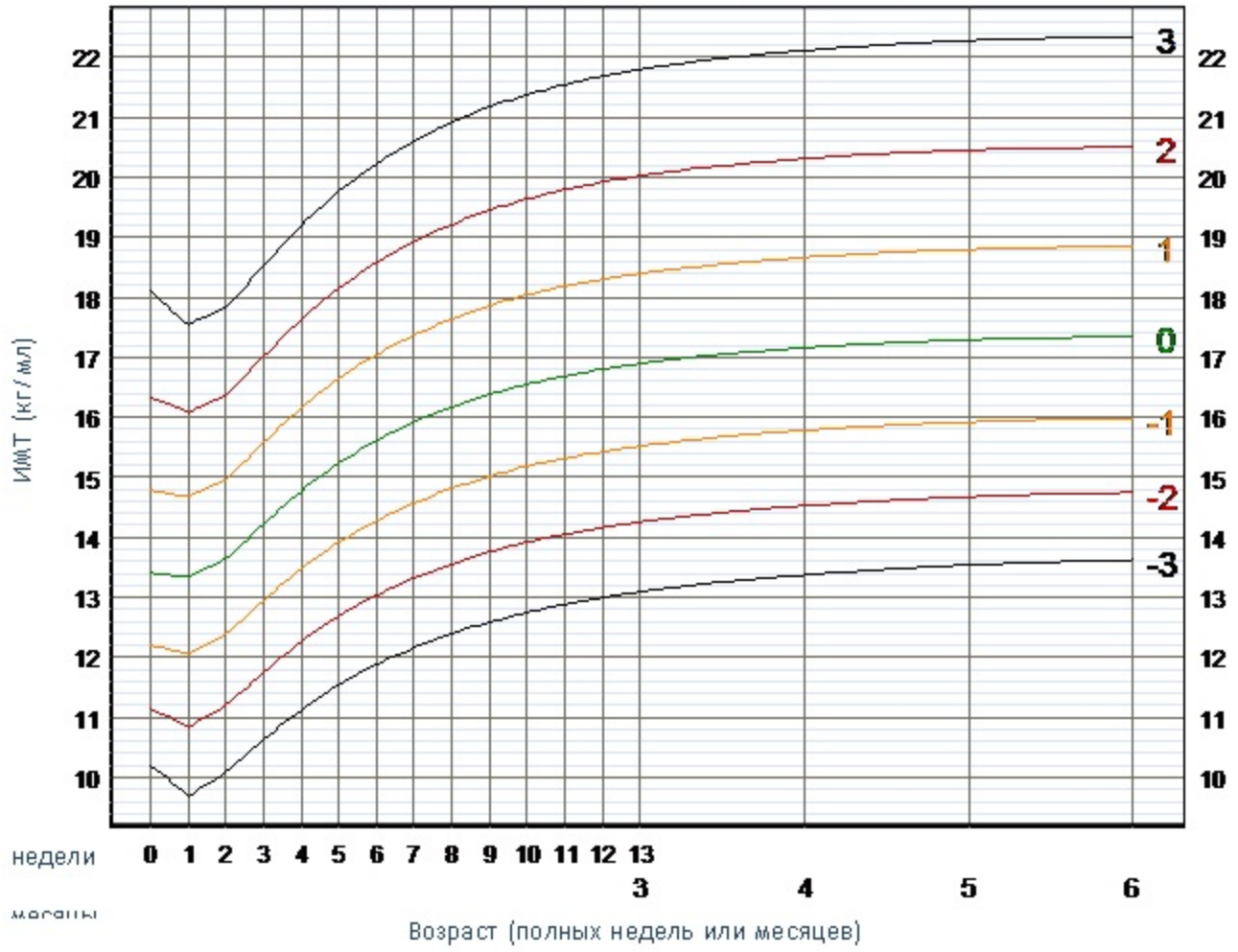


Ұлдың бойының ұзындығына салмағы  
туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңыздары)

Масса к длине МАЛЬЧИКИ  
от рождения до 6 месяцев (Z-значения)

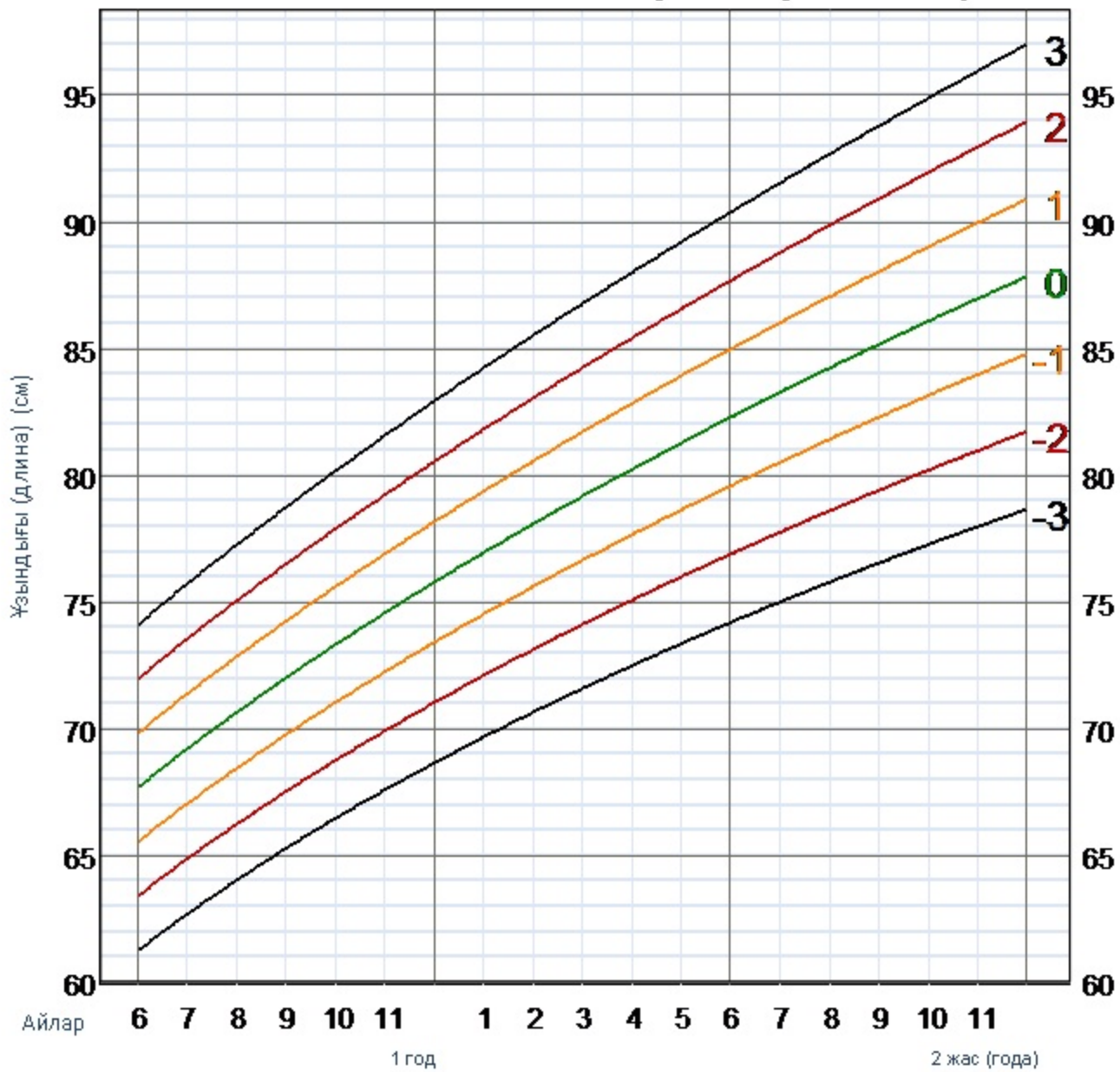


Ұлдың жасына қарай ИМТ  
 туғаннан бастап 6 айға дейін



Қыз баланың жасына сәйкес бойының ұзындығы  
 6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздары)

Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ  
от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)



Возраст (полных месяцев и лет)

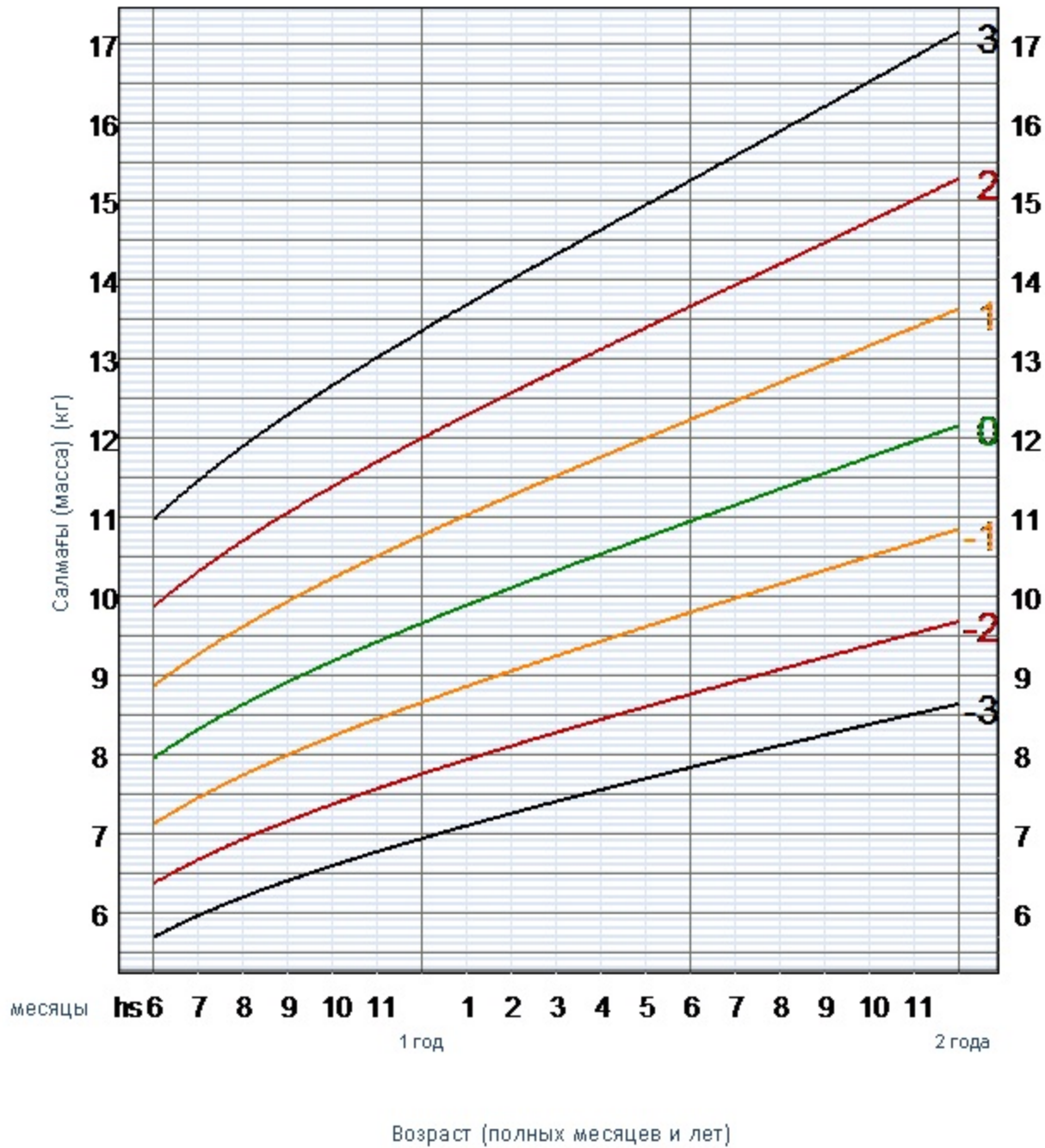
жас

Жасы (толық айы мен жасы)



# Ұлдың жасына сәйкес дене салмағы

6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздар)

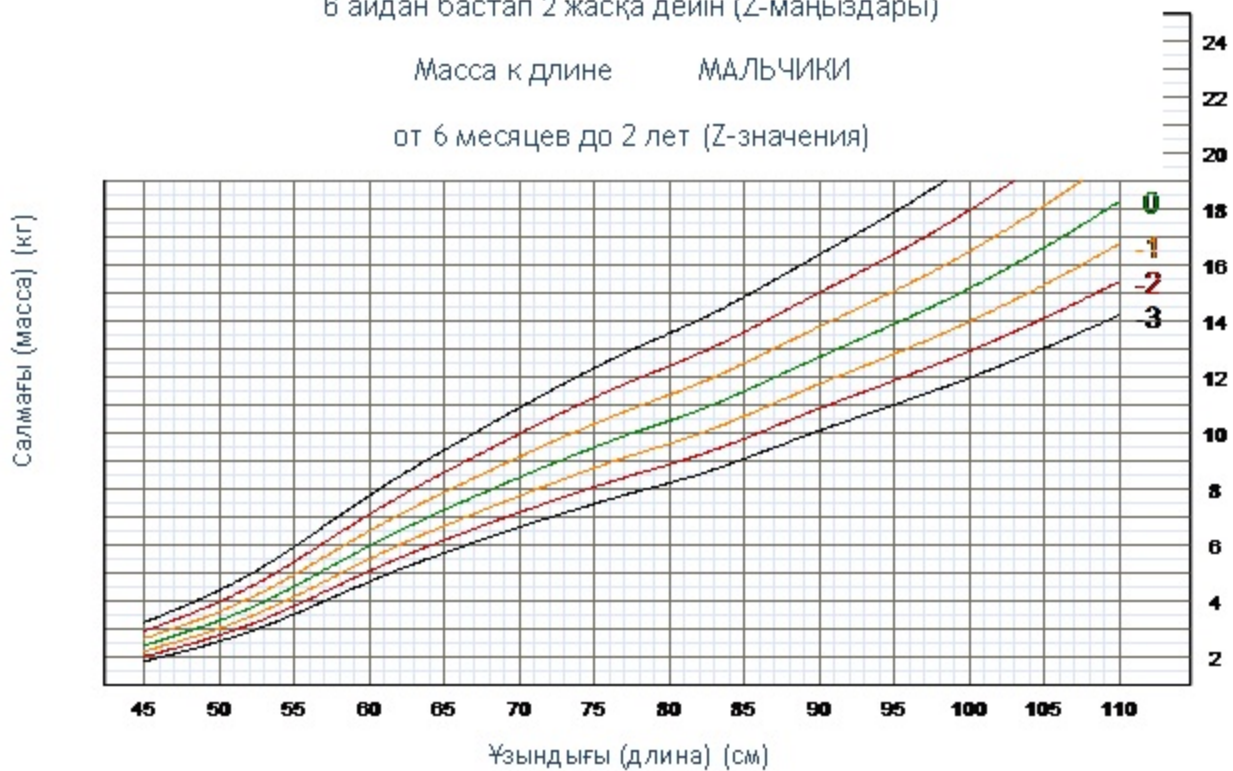


Ұл баланың бойының ұзындығына сәйкес дене салмағы

6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздары)

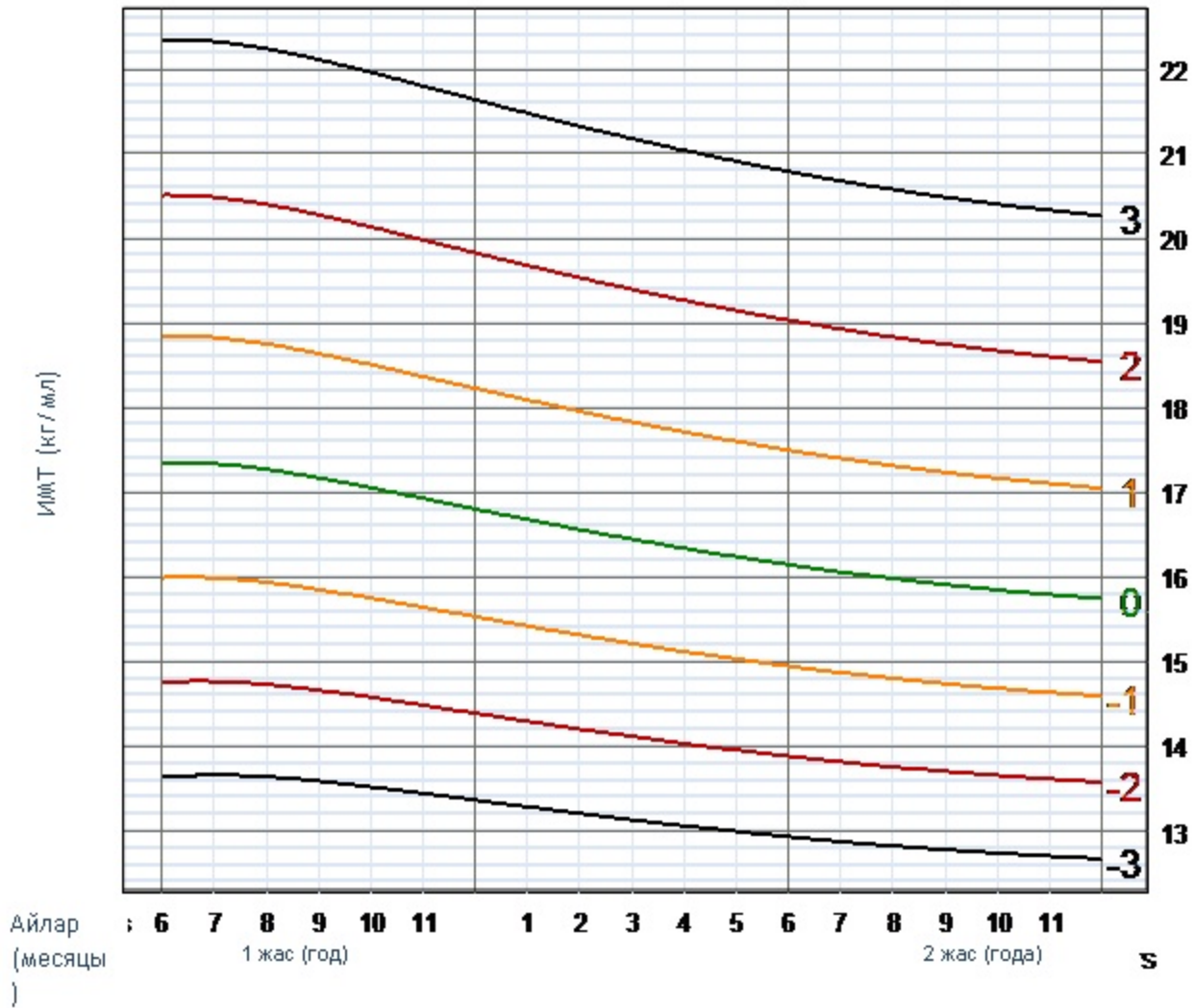
Масса к длине МАЛЬЧИКИ

от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)



Ұл баланың жасына сәйкес ИМТ

6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздар)

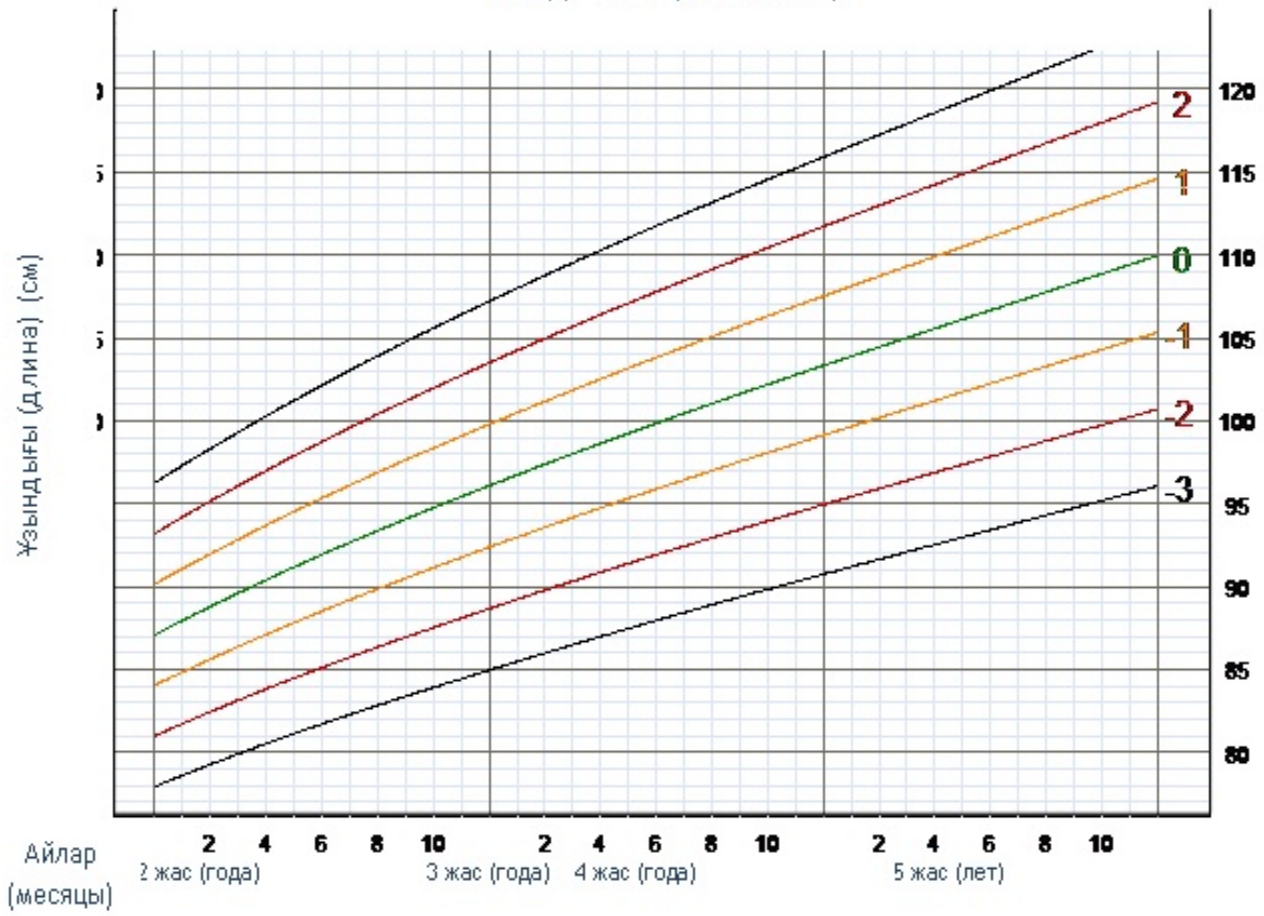


Жасы (толық айы мен жасы) (Возраст (полных месяцев и лет))

Ұл баланың жасына бойының ұзындығы  
2 жастан бастап 7 жасқа дейін (Z-маңыздары)

# Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ

от 2 до 5 лет (Z-значения)



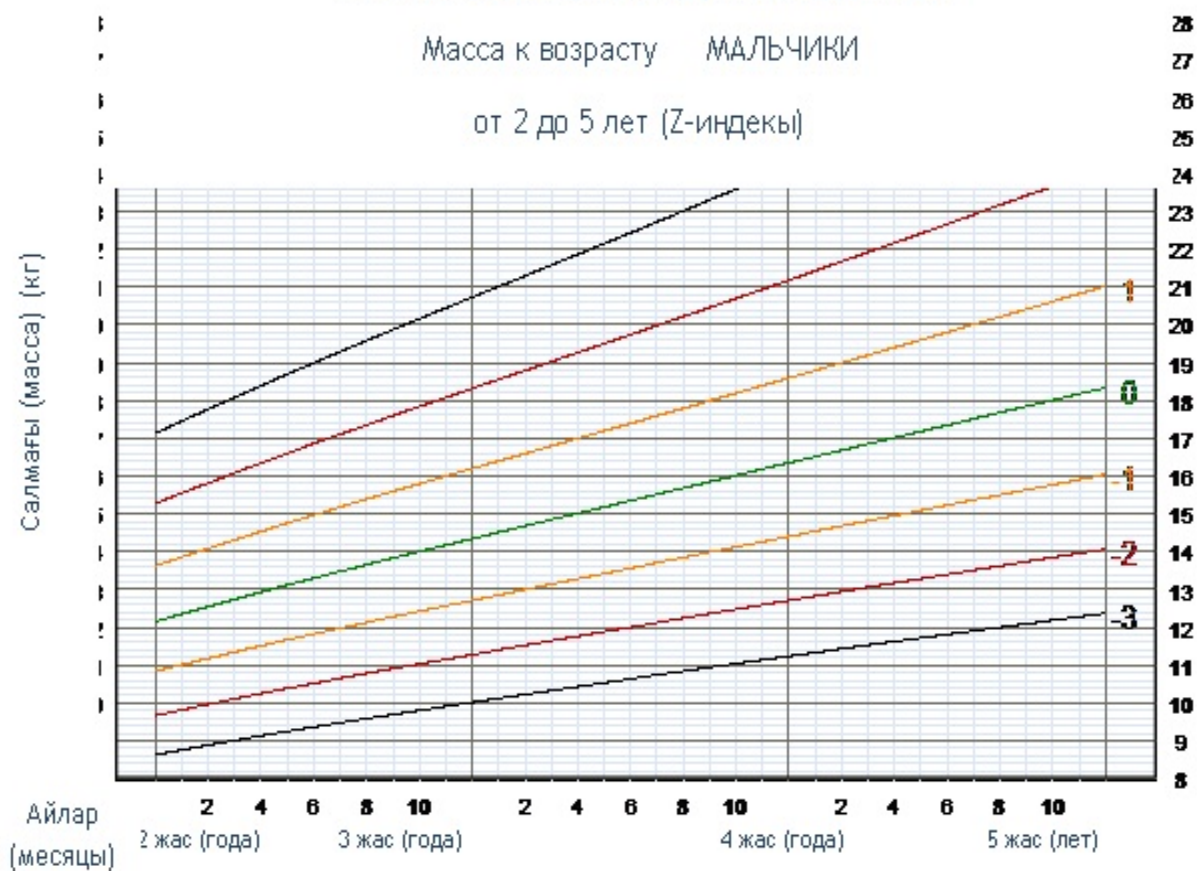
Жасы ( ) толық айы мен жылы) (Возраст (полных месяцев и лет)

# Ұл баланың жасына дене салмағы

2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-индекстер)

Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ

от 2 до 5 лет (Z-индексы)



Жасы (толық айы мен жылы) (возраст (полных месяцев и лет))

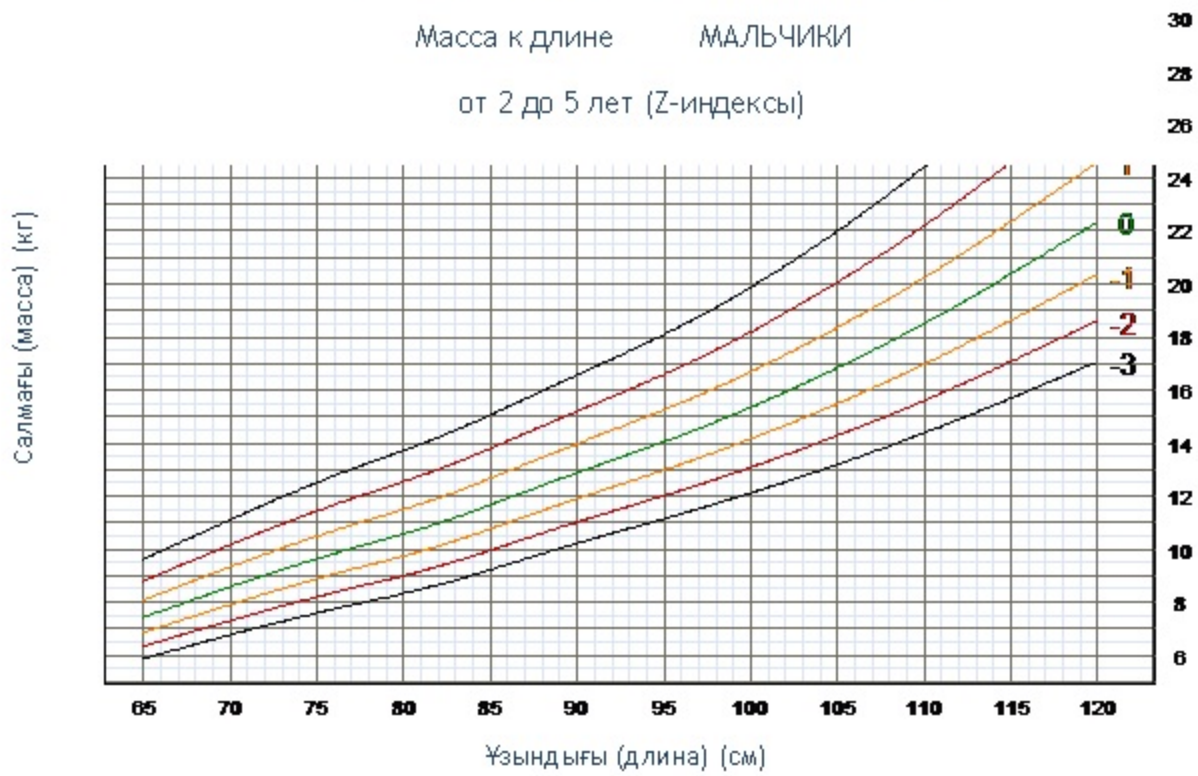


Ұл баланың бойының ұзындығына сәйкес дене салмағы

2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-индекстер)

Масса к длине МАЛЬЧИКИ

от 2 до 5 лет (Z-индексы)









	2 ревакцинация								
	3 ревакцинация								

**Жоспардан тыс егу және қайтадан енгізілген екпелер  
(внеплановая вакцинация и вновь введенные вакцины)**

Қарсы екпе (прививка против):	Вакцинация немесе (или) ревакцина- ция	мерзімі (дата)	Жас (возраст )	Мөл-шері (доза)	Сериясы (серия)	Енгізу тәсілі (способ введе- ния)	Өндіруші мемлекет (страна - произво- дитель)	Реакция	
								Жергілікті (местная)	Жал (оби)

**МАНТУ РЕАКЦИЯСЫ (РЕАКЦИЯ МАНТУ):**

Манту реакциясы (реакция Манту):	Күні (дата)	Жасы ( возраст )	Мөлшері (доза)	Туберкулин сериясы (Серия туберкулина )	Өндіруші мемлекет (страна-произ- водитель)	Инфильтрат көлемі (размер инфиль-трата )	Нәтиже (результат )	Фтизиатрд қорытынды (Заключен фтизиатр

**Қорытынды (нақтыланған) диагноздарды жазу парағы  
(лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов)**

Шағымдану мерзімі ( күні, айы, жылы) (дата (		Бірінші рет қойылған қорытынды ( нақтыланған) диагноздарды «+» белгісімен белгілеу (заключительные (уточненные)	+ -	Дәрігердің қолы (тегін түсінікті етіп жазу)	Емдеуге жатқызу туралы белгі ( стационардың атауы , күні) «бастап - дейін» Отметка о
---	--	---	--------	--	---





4. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру  
(проверить, нет ли врожденных пороков развития)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20\_\_ \_\_/\_\_\_\_ Жасы (возраст): \_\_\_\_ . Дене қызуы (температура)\_\_\_\_\_

Туғандағы (при рождении): Салмағы (вес): \_\_\_\_ кг Бойы (рост) \_\_\_\_ см ИМТ\_\_\_\_\_Басының шеңбері (окружность головы)\_\_\_\_\_ см

Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):

Шағымдар (жалобы):

Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3 Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7. Дене қызуының 38<sup>0</sup>С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38<sup>0</sup>С); 8. Дене қызуы <35,5<sup>0</sup>С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5<sup>0</sup>С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі , білінетін бозаруы (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка)); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)

Иә (да) \_\_\_\_ Жоқ (нет) \_  
\_\_\_\_

СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); басқасы (другое) ...

Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез):  
Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет)\_\_\_\_

Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлексінің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз , наличие глоточного рефлекса); Рефлексстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) ( проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; Автоматтандырылған жүру (автоматической походки)

Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица): \_\_\_\_\_  
(симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)

Тері (кожа): \_\_\_\_\_ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в

норме розовая или интенсивно розовая)

Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) \_\_\_\_\_ конъюнктивалар (конъюнктивы) \_\_\_\_\_

Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген «флексорлық қалып») (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок «флексорная поза»)  
Көзге көрінетін туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки) \_\_\_\_\_

Сүйек жүйесі (костная система) \_\_\_\_\_

Бас пішіні (форма головы) \_\_\_\_\_ жігі (швы) \_\_\_\_\_

Үлкен еңбегі (большой родничок) \_\_\_\_\_ кіші еңбегі (малый родничок) \_\_\_\_\_

Буынды бағалаңыз (оцените суставы): \_\_\_\_\_ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы)

Тыныс алу органдары (органы дыхания): \_\_\_\_\_ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) \_\_\_\_\_ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)

ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) \_\_\_\_\_ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) \_\_\_\_\_; Жүрек шуылы (сердечные шумы) \_\_\_\_\_; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного пульса) \_\_\_\_\_ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) ( в норме симметрично с двух сторон)

Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) \_\_\_\_\_ бауыр (печень) \_\_\_\_\_ көкбауыр (селезенка) \_\_\_\_\_

Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) \_\_\_\_\_

Кіндік (пуповина) \_\_\_\_\_ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Несеп шығару (мочеиспускание) \_\_\_\_\_ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Нәжіс (стул) \_\_\_\_\_ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)

ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)

- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (Нет) \_\_\_\_\_

- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз? ) \_\_\_\_\_

- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) \_\_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_\_

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) \_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) \_\_\_\_\_ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен \_\_\_\_\_, кесемен және қасықпен \_\_\_\_\_ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_)

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ  
БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ  
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):  
Нәресте соңғы сағатта  
емшекпен емізілді ме?  
(кормился ли младенец  
грудью в течение  
последнего часа?)

Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).

- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):

- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) \_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_

- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) \_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_

- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) \_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_

- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) \_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_

Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо)

- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно)

- Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница))

Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)

- Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)

<p>- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p>	<p>Даму проблемалары (проблемы развития)</p>
<p>Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца):  Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня):  1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ _____</p>	<p>Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки) _____  Мерзімі (дата) _____</p>
<p>Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кровати, предметов ухода, одежда ребенка)  Жайдың гигиенасы (гигиена помещения _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22 °C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 °C)  Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____</p>	<p>Күтім жасау проблемалары (проблемы ухода)</p>
<p>Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери):  1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):</p>	<p>Проблемалар (проблемы)</p>
<p>2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство)</li> <li>2. терең мұңды (глубокая печаль)</li> <li>3. жиі жылау (частые слезы)</li> <li>4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке)</li> <li>5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины)</li> <li>6. байбалам ұстамасы (приступы паники)</li> <li>7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность)</li> <li>8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии)</li> <li>9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания)</li> <li>10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна)</li> <li>11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом)</li> <li>12. секске қызықпау потеря интереса к секс</li> <li>13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности)</li> <li>14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)</li> </ol>	<p>Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности)</li> <li>2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней)</li> <li>3. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания)</li> <li>4. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку)</li> <li>5. бала туралы ойлау (думать о ребенке)</li> <li>6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться)</li> <li>7. жақсы тамақтану (хорошо питаться)</li> <li>8. өзіне күтім жасау (заботиться о себе)</li> <li>9. күнделік жүргізу (вести дневник)</li> </ol>

егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту)

ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):

Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания)
- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания)
- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости))
- Ананың құнарлы тамақтануы (оптимальное питание матери)
- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери)
- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (требования к помещению и предметам ухода за новорожденным)
- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
- Нәресте күтімі, серуендеу режімі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны)
- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки)).
- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации)

Дәрігер (врач):

**Дәрігердің тексеріп-қарауы (15-ші күн)**

**(Осмотр врачом (15-й день))**

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20\_\_ \_\_/\_\_\_\_ Жасы (возраст): \_\_\_\_ . Дене қызуы (температура) \_\_\_\_\_

Шағымдар (жалобы):

Қауіп себептерін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 °C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5 °C төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка)); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной



<p>ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)</p>	<p>Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____</p>
<p>Тері (кожа): Кіндік (Пуповина) _____          Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) конъюктивалар (конъюктивы) _____          Үлкен еңбегі (большой родничок) _____          Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____          ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____          _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____;          Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____          бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____          Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул) _____</p>	<p>ДИАГНОЗЫ:</p>
<p>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)</p>	<p>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)</p>
<p>- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет) _____          - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____          - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз? ) _____          - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) _____          - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____          - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)</p>	
<p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием ; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):</p>	
	<p>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).          - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки</p>

<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ ( ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):</p> <p>Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p>	<p>прикладывания, посмотрите на):</p> <p>- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___</p> <p>Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо)</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно)</p> <p>Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)</p> <p>- Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)</p> <p>- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p>		<p>Даму проблемалары (проблемы развития)</p>
<p>КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):</p>		<p>КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)</p>
<p>Балаға қатыгез мінез көрсету белгілері (признаки жестокого обращения с ребенком):</p> <p>физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>		<p>Иә (да) Жоқ (нет)</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіп белілері (тревожные признаки, требующие специализированной помощи):</p> <p>Есту бойынша (по слуху) Көру бойынша (по зрению)</p>		<p>Проблемалар (проблемы)</p>
<p>АНАНЫҢ ҚАУІПТІ АУРУЛАРДЫҢ БЕЛГІСІН БІЛУІ (ЗНАНИЕ МАТЕРИ ОПАСНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ)</p>		<p>Иә (да) Жоқ (нет)</p>
<p>АНА ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ):</p>		<p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)</p>
<p>ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):</p>		

Ұсыныстар (рекомендации):

1. Тек емшекпен емізуді қолдау (поощрение исключительно грудного вскармливания)
2. Емізетін ананың тиімді тамақтануы және ұйқы/демалу режимі (оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери)
3. Нәресте күтімі (уход за новорожденным)
4. Психоәлеуметтік дамуды ынталандыру (стимуляция психосоциального развития)
5. Қауіпсіз орта (нәресте киіміне, күтім жасау заттарына және ойыншықтарға қойылған

талаптар) және жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

6. Бала сырқаттанғанда күту және мінез-құлық қағидасы (правила поведения и уход в случае болезни ребенка)

7. Баладағы қауіпті аурулардың белгісінде ананың тез арада дәрігерге баруын үйрету: емшек еме алмайды, әрбір емген немесе су ішкен жағдайда құсу, сіреспе, летаргиялық немесе ес-түссіз (обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания)

8. Басқа (другое).

Дәрігер/(Врач)

### Дәрігердің баланы 1 айында тексеріп-қарауы (осмотр ребенка 1 месяца жизни врачом)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): ____ . Дене қызуы (температура)_____	
САЛМАҒЫ (ВЕС)_____гр. БОЙЫ (РОСТ) ____ см. ИМТ_____ Басының шеңбері (окружность головы) ____см	
Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):	
Шағымдар (жалобы):	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА) Тері (кожа): Кіндік (Пуповина) _____ Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____ Аңқа (зев) _____ Конъюктивалар (конъюктивы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ Тыныс алу органдары (органы дыхания) _____ Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) ( частота сердечных сокращений) (ЧСС)_____ Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____; Жүрек шуылы (сердечные шумы)_____; Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень)_____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул)	ДИАГНОЗЫ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет)_____	
- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет)_____	
- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз? ) _____	
- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) _____	
- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли	

ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) \_\_\_\_ Жоқ (нет) \_\_\_\_  
 - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) \_\_\_\_ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен \_\_\_\_, кесемен және қасықпен \_\_\_\_ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_ )

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса ( емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) ( Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении ( трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):                  Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).                  - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):                  - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____                  - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____                  - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____                  - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____                  Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо)                  - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно)                  - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)).</p>	
---	--	--

ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС):  
 Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня)  
 В гепатиті 1- 0 БЦЖ АҚДС 1 + hib 1

Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки)\_\_\_\_

<p>В гепатиті 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2  1 айында _____мм БЦЖ-дан берістің даму динамикасын бағалау ( оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц_____ мм)  Және перифериялық лимфотүйіндерді (и периферических лимфоузлов)</p>	<p>_____</p> <p>Күні (дата)_____</p>
<p>Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша)  специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>	<p>Мөлшері (доза)  Ұзақтығы (длительность )</p>
<p>ПСИХОМОТОРЛЫҚ ДАМУ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ):  До=  Др=  Ра=  Рп=  Н=  Э=  ДАМУ МАҚСАТЫНДА КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ)  - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)  - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p>	<p>Қалмаған (Не отстает)  _____ эпикриздік мерзімге қалып қойған  Отстает на _____  эпикризный срок  ДАМУ үшін КҮТІМ  КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ  (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)</p>
<p>КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):  1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику)  2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям)  3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности):  1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 °С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°С); 8. Дене қызуы &lt;35,5 °С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее &lt;35,5 °С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка)); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)</p>	<p>КҮТІМ КӨРСЕТУ  ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)</p>

<p>БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком):</p> <p>Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)</p>	<p>ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ықтимал кереметтік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением)</li> <li>- Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт)</li> <li>- Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе)</li> <li>- Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</li> <li>- Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит).</li> </ul>	<p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)</p> <p>Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ):</p> <p>Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)</p>	<p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)</p>
<p>ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):</p>	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери)
- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту)
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д)
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача)
- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (

Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям)

- Басқасы (Другое).

Дәрігер (Врач):

**Дәрігердің баланы 2 айында тексеріп-қарауы  
(осмотр ребенка 2 месяца жизни врачом)**

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): ____ Дене қызуы (температура)_____ САЛМАҒЫ (ВЕС)____гр. БОЙЫ (РОСТ) ____ см. ИМТ____Басының шеңбері (Окружность головы ) ____см Бағандарды пайдаланумен, физикалық дамуын бағалаңыз (Оцените физическое развитие, используя графики):	
Шағымдар (жалобы):	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА) Тері (кожа): Кіндік (пуповина) _____ Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) Аңқа (Зев) Конъюнктивалар (конъюнктивы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ __ Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) ( частота сердечных сокращений) (ЧСС)_____; Жүрек ырғағы ( сердечный ритм) _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы)_____ Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень)_____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул) _____	ДИАГНОЗЫ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) ____ Жоқ (Нет)____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) ____ Жоқ (нет)____ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз? ) ____ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) ____ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) ____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой____ чашкой и ложкой _____ )	
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным	

вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p>	<p>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт ) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған ( нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ Емшекке салынбаған (не приложен совсем ) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС): Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня) В 1- 0 В гепатиті БЦЖ АҚДС 1 + hib 1 2 В гепатиті ОПВ-1 АҚДС 2 + hib 2</p>		<p>Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки)____ _____ Күні (дата)_____</p>
<p>Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям )</p>		<p>Мөлшері (доза) Ұзақтығы (длительность)</p>
<p>ПСИХОҚОЗҒАЛЫС ДАМУЫ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ): До= Др= Ра= Рп=</p>		<p>Қалмаған (Не отстает) _____ эпикриздік мерзімге қалып қойған</p>



<p>H= Э= Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития ) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p>	<p>Отстает на _____ эпикризный срок ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)</p>
<p>КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): 1. 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику) 2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям) 3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38<sup>0</sup>С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38<sup>0</sup>С); 8. Дене қызуы &lt;35,5<sup>0</sup>С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее &lt;35,5<sup>0</sup>С и не повышается после согревания ); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы покраснение, уплотнение</p>	<p>КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)</p>
<p>БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком): Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)</p>	<p>ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи) - Ықтимал керемдік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт) - Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании</p>	<p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және</p>

<p>равновесия при ходьбе)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</li> <li>- Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит).</li> </ul>	<p>т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ):</p> <p>Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)</p>	<p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)</p>
<p>ҚОРЫТЫНДЫ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
  - Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери).
  - Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
  - Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту).
  - Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д)
  - Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
  - Вакцинация (уақтылы егу, екепеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
  - Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
  - Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача)
  - Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям)
  - Басқасы (Другое)
- Дәрігер (врач)

**Дәрігердің 3 айлық баланы тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка 3 месяцев жизни врачом**

Тексеріп қарау күні \_\_\_\\_\_\_\ 20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\\_\_\_\_\_ 20\_\_  
Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_  
Температурасы\_\_\_\_\_/Температура\_\_\_\_\_  
Салмағы\_\_\_\_\_гр. /Вес\_\_\_\_\_гр.  
Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.  
ДСИ\_\_\_\_\_/ИМТ\_\_\_\_\_

<p>Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.  Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:</p>		
<p>Шағымдар: /Жалобы:</p>		
<p><b>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА</b>  Терісі: /Кожа:  Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов  Ауыз қуысының шырышы Аңқа  Слизистые ротовой полости Зев  Конъюктивалары /конъюктивы  Үлкен еңбек / Большой родничок _____  Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____  Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____  ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) / частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;  Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____  Несеп шығару /Мочеиспускание _____  Нәжіс /Стул _____</p>		<p>ДИАГНОЗ: /ДИАГНОЗ:</p>
<p><b>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</b></p>		<p><b>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</b></p>
<p>- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____  - Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____  - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? ___рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз  - Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____  - Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____  - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ / _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой</p>		
<p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса):  Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении ( трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>		
<p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p>		

<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Ареоляның көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді / Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/ Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница ).</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АҚДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3 ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау /Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм Перифериялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов</p>		<p>Келесі егу үшін қаралу/ Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p>
<p>Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/ специфическая профилактика витамином Д (по показаниям )</p>		<p>Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н=</p>		<p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/ Отстает на _____</p>

<p>Э= ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>эпикризный срок ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/ Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) / При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	

Ұсыныстар/рекомендации:

- Тек емшекпен емізуді практикалау/Практика исключительно грудного вскармливания.

- Ананың тиімді тамақтануы/Оптимальное питание матери.
  - Жасына сәйкес психоэмоционалдық және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
  - Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
  - Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
  - Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) /Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья.
  - Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)/Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки
  - Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
  - 2 айлық жаста дәрігердің тексеріп-қарауына шақыру/Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев
  - Көрсетілімдер бойынша жеке бейін мамандарында консультация алу және зертханалық зерттелу/Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
  - Басқасы/Другое
- Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 4 айлық баланы тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка 4 месяцев жизни врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\20__ /Дата осмотра___\_____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюктивалары /конъюктив Үлкен еңбек / Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) / частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____	ДИАГНОЗ: /ДИАГНОЗ:

Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет?__рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ /_____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой	
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении ( трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):	
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді / Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/

	<p>Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?          Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады          - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:          Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня          Гепатит В 1- 0 БЦЖ АҚДС 1+ hib 1          Гепатит В 2 ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2          Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3          ОПВ-3          3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау /Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм          Перифериялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов</p>		<p>Келесі егу үшін қаралу/          Визит для следующей прививки _____          Күні/Дата _____</p>
<p>Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям )</p>		<p>Мөлшері/Доза          ұзақтығы/длительность</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:          До=          Др=          Ра=          Рп=          Н=          Э=          ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ          Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?          Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>		<p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает          Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/          Отстает на _____ эпикризный срок          ДАМУ ТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:          - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки:          1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям          - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком          - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>		<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>



<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт.</li> <li>- Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/ Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</li> <li>- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</li> <li>- Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.</li> </ul>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) / При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	

Ұсыныстар/рекомендации:

- Тек емшекпен емізуді практикалау/Практика исключительно грудного вскармливания.
- Ананың тиімді тамақтануы/Оптимальное питание матери.
- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) /Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья.
- Вакцинация (уақтылы егу, екепеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)/Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки
- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- 2 айлық жаста дәрігердің тексеріп-қарауына шақыру/Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев
- Көрсетілімдер бойынша жеке бейін мамандарында консультация алу және зертханалық

зерттелу/Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Басқасы/Другое

Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 5 айлық баланы тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\20__ /Дата осмотра___\_____ 20__	
Жасы: _____ /Возраст: _____	
Температурасы_____/Температура_____	
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.	
Бойы ___ см. /Рост ___ см.	
ДСИ_____/ИМТ_____	
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктив Үлкен еңбек / Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) / частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: /ДИАГНОЗ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____	
- Бала емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____	
- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет?__рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз	
- Түнде емшек бересіз бе?Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____	
- Бала басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____	
- Ішсе және жесе, неше рет? Тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ / _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой	

Нәрестенің жасы 1 айлықтан кем болса немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса ( емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса):  
 Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении ( трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ                  БАҒАЛАҢЫЗ:/ОЦЕНИТЕ                  КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:                  Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/                  Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___</p> <p>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді / Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта                  Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___</p> <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем                  Толық салынбаған/ Приложен плохо                  Жақсы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/ Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді                  Сосет неэффективно/ Нәшар сорады                  Сосет эффективно/ Жақсы сорады</p> <p>- Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
--	--	--

<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:                  Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АҚДС 1+ hib 1                  Гепатит В 2 ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2                  Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3                  ОПВ-3</p> <p>3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/                  Визит для следующей</p>
--	---

<p>/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм Перифериялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов</p>	<p>прививки _____ Күні/Дата _____</p>
<p>Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям )</p>	<p>Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/ Отстает на _____ эпикризный срок ДАМУ ТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/ Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка,</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) / При выявлении тревожных признаков направить на</p>

наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

**Ұсыныстар/рекомендации:**

- Тек емшекпен емізуді практикалау/Практика исключительно грудного вскармливания.
- Ананың тиімді тамақтануы/Оптимальное питание матери.
- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) /Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья.
- Вакцинация (уақтылы егу, екепеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)/Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки
- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- 2 айлық жаста дәрігердің тексеріп-қарауына шақыру/Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев
- Көрсетілімдер бойынша жеке бейін мамандарында консультация алу және зертханалық зерттелу/Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Басқасы/Другое

Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 6 айлық баланы тексеріп-қарауы  
Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\_20__ /Дата осмотра___\_____ 20__	
Жасы: _____ /Возраст: _____	
Температурасы_____/Температура_____	
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.	
Бойы _____ см. /Рост _____ см.	
ДСИ_____/ИМТ_____	
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА	
Терісі: /Кожа:	

<p>Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов</p> <p>Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюктивалары /конъюктивы</p> <p>Үлкен еңбек / Большой родничок _____</p> <p>Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____</p> <p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМУҒА МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ДАМУҒА үшiн КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ</p> <p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p>	<p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген /Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ /Нет _____</p>	
<p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____</p>	

<p style="text-align: center;">Сұйық/ Негустая _____</p> <p>- Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:  - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____  қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/  сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/  сколько дней ____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/  Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при  кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/  ____ бутылочкой ____  ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p style="text-align: center;"><b>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b></p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые  нужно сделать сегодня</p> <p style="text-align: center;">Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2  Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2  Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p> <p style="text-align: center;">Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит  АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация  НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка  динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p style="text-align: center;">Келесі егу үшін  қаралу/Визит для  следующей прививки</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Күні/Дата _____</p>
<p style="text-align: center;"><b>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</b></p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше  , жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен  танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі  талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық  ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту  қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за  ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/  Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі,  медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за  больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за  медицинской помощью (КВН)</p>	<p style="text-align: center;">КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/  ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:  Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/  физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная  заброшенность.</p>	<p style="text-align: center;">ИӘ ЖОҚ  ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/  ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт</p> <p>- Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын  белгілер  анықталғанда  мамандандырылған  көмекті таңдау  және қамтамасыз  ету үшін жеке  бейін маманының  консультациясына  бағыттау қажет (</p>

<p>удерживании равновесия при ходьбе</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)</li> <li>- Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит</li> </ul>	<p>психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	

**Ұсынымдар/Рекомендации**

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген «Ерте жастағы балалардың тамағы» әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям «Питание детей раннего возраста», утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.
- Басқа/Другое

Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 7 айлық баланы тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\20__ /Дата осмотра___\_____ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.



Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ____/ИМТ____ Басының шеңбері____см. /Окружность головы____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) / частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/ Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители	

грудного молока? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_  
Тамақтанса, күніне \_\_\_\_\_ рет \_\_\_\_\_ мл./Если Да,  
\_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? \_\_\_\_\_
- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_
- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная \_\_\_\_\_ Қорексіз/Не питательная \_\_\_\_\_
- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл./\_\_\_\_\_ мл.
- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая \_\_\_\_\_ Сұйық/ Негустая \_\_\_\_\_
- Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:
  - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_ /сколько дней \_\_\_\_\_
  - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/сколько дней \_\_\_\_\_
  - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/сколько дней \_\_\_\_\_
  - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бөтелке \_\_\_\_\_ шыныаяқ және қасық \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:  
Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки , которые нужно сделать сегодня  
Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2  
Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2  
Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3  
Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит  
АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация  
НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация  
БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау \_\_\_\_\_ мм/  
Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Келесі егу үшін қаралу/  
Визит для следующей  
прививки \_\_\_\_\_  
Күні/Дата \_\_\_\_\_

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:  
- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть  
2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе  
4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям  
- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком  
- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу

режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген «Ерте жастағы балалардың тамағы» әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям «Питание детей раннего возраста», утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.  
Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 8 айлық баланы тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\20__ /Дата осмотра___\_____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы / Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/ печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТУ ҮШІН КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген /Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма ? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?	
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____	

<p>Емізеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p>	
<p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____</p> <p>- Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел _____ :</p> <p>- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ / сколько дней _____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____ / _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит</p> <p>АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация</p> <p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____</p> <p>Күні/Дата _____</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/</p>	

<p>Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/ Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <p>- Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха)</p> <p>- Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемей немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <p>- Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет ( психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген «Ерте жастағы балалардың тамағы» әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям «Питание детей раннего возраста», утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача. Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 9 айлық баланы тексеріп-қарауы  
Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\20__ /Дата осмотра___\_____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура _____ Салмағы_____гр. /Вес _____гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы / Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы / Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/ печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТУ ҮШІН КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген /Отстает на _____ _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ _ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____мл./Если Да, _____ _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/ сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жоқ /Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки



<p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация  БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка  динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>_____ /  Күні/Дата _____</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:  - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям  - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/ Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком  - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/  ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:  Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық /  физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ  ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/  ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи  - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу /Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения  - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха)  - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь  - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи  - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ  Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет ( психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ  1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген «Ерте жастағы балалардың тамағы» әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям «Питание детей раннего возраста», утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

#### Дәрігердің 10 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ___\___\_20__ /Дата осмотра___\_____ 20__	
Жасы: _____ /Возраст: _____	
Температурасы_____/Температура_____	
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.	
Бойы ___ см. /Рост ___ см.	
ДСИ_____/ИМТ_____	
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА	
Терісі: /Кожа:	
Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов	
Ауыз қуысының шырышы Аңқа	
Слизистые ротовой полости Зев	
Конъюктивалары /конъюктивы	
Үлкен еңбек / Большой родничок_____	
—	
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____	
—	
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____	
_____	
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота	

<p>сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы / Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ДАМУ ТУ үшін КҮТУ</p> <p>МӘСЕЛЕЛЕРІ</p> <p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для</p> <p>РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p>	<p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает</p> <p>Дамуы _____</p> <p>эпикриздік мерзімгее тежелген</p> <p>/Отстает на _____</p> <p>_____ эпикризный срок</p>
<p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма ? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p>	
<p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p>	
<p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день ? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____</p> <p>- Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел :</p> <p>- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько</p>	

<p>дней</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/___ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит</p> <p>АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация</p> <p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки</p> <p>_____</p> <p>Күні/Дата _____</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <p>- Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха)</p> <p>- Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <p>- Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет ( психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию</p>

узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)

АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ  
1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи

ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
  - Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген «Ерте жастағы балалардың тамағы» әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям «Питание детей раннего возраста», утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
  - Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
  - Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
  - Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
  - Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
  - Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
  - Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.
- Дәрігер/Врач

#### Дәрігердің 11 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні \_\_\_\\_\_\_\20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\\_\_\_\_\_ 20\_\_

Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_

Температурасы\_\_\_\_\_/Температура\_\_\_\_\_

Салмағы\_\_\_\_\_гр. /Вес\_\_\_\_\_гр.

Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.

ДСИ\_\_\_\_\_/ИМТ\_\_\_\_\_

Басының шеңбері\_\_\_\_\_см. /Окружность головы\_\_\_\_\_см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

<p>Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов</p> <p>Ауыз қуысының шырышы Аңқа</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев</p> <p>Конъюнктивалары /конъюнктивы</p> <p>Үлкен еңбек / Большой родничок _____</p> <p>Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____</p> <p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>_____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ДАМУ ТУ үшін КҮТУ</p> <p>МӘСЕЛЕЛЕРІ</p> <p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для</p> <p>РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p>	<p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает</p> <p>Дамуы _____</p> <p>эпикриздік мерзімгее</p> <p>тежелген/Отстает на _____</p> <p>_____ эпикризный срок</p>
<p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p>	
<p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.</p>	

<p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/ сколько дней _____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жоқ/ Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____/_____ бутылочкой _____ _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/ Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/ Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком :</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/ Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <p>- Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (</p>

головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген «Ерте жастағы балалардың тамағы» әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям «Питание детей раннего возраста», утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

#### Дәрігердің 12 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте в 12 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні \_\_\_\\_\_\_\\_20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\\_\_\_\_\_ 20\_\_  
 Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_  
 Температурасы\_\_\_\_\_/Температура\_\_\_\_\_  
 Салмағы\_\_\_\_\_гр. /Вес\_\_\_\_\_гр.  
 Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.  
 ДСИ\_\_\_\_\_/ИМТ\_\_\_\_\_



Басының шеңбері \_\_\_\_\_ см. /Окружность головы \_\_\_\_\_ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюктивалары /конъюнктивы

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: \_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания \_\_\_\_\_

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм \_\_\_\_\_; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы \_\_\_\_\_

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот \_\_\_\_\_ бауыр/печень \_\_\_\_\_ көкбауыр/селезенка \_\_\_\_\_

Несеп шығару /Мочеиспускание \_\_\_\_\_

Нәжіс /Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:  
ДИАГНОЗ:

ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?

ДАМУ ТУ ҮШІН КҮТУ  
МӘСЕЛЕСІ  
ПРОБЛЕМЫ УХОДА для  
РАЗВИТИЯ

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

Дамуында тежелу жоқ/Не  
отстает  
Дамуы \_\_\_\_\_  
эпикриздік мерзімгее  
тежелген/Отстает на \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ эпикризный срок

ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание

Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да \_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ рет/\_\_\_\_\_ раз

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да \_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да \_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_

Тамақтанса, күніне \_\_\_\_\_ рет \_\_\_\_\_ мл./Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?

\_\_\_\_\_

- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная \_\_\_\_\_  
 Қорексіз/Не питательная \_\_\_\_\_

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл./\_\_\_\_\_ мл.

- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая \_\_\_\_\_  
 Сұйық/ Негустая \_\_\_\_\_

Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:

- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_  
 қанша күн \_\_\_\_\_ /сколько дней \_\_\_\_\_

- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/  
 сколько дней \_\_\_\_\_

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/сколько дней \_\_\_\_\_

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_  
 Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_\_ бөтелке \_\_\_\_\_ шыныаяқ және қасық \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2  
 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2  
 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3  
 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит  
 АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация  
 НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация  
 БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау \_\_\_\_\_ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Келесі егу үшін қаралу/  
 Визит для следующей прививки \_\_\_\_\_  
 Күні/Дата \_\_\_\_\_

КҮТҮДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/  
 ПРОБЛЕМЫ УХОДА

Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком :

Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ИӘ ЖОҚ  
 ДА НЕТ

МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ  
 Үрей тудыратын белгілер анықталғанда

<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	<p>мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет ( психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

**Ұсынымдар/Рекомендации**

- Емшекпен емізуді жалғастыру/грудного вскармливания
  - Қосымша тамақтандыру: азық-түліктік терімді кеңейту, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары/Прикорм: расширение продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи
  - Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
  - Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік және моторикалық дамыту/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту
  - Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
  - Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция
  - Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
  - Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Дәрігердің қабылдауында тоқсан сайынғы тексеріп қарау/Ежеквартальный осмотр на приеме у врача
  - Қанның жалпы талдауы, зәрдің жалпы талдауы, гельминттердің жұмыртқаларына нәжіс талдауы /Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов
  - Мамандардың консультациясы - хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог/Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог
- Дәрігер/Врач

**1 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ**

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 1 ЛЕТ**

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра) 1 жыл 3 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 3 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ___\___\_20__ /Дата осмотра___\_____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы _____/Температура _____ Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ _____/ИМТ _____ Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстаёт Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстаёт на _____ _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____	

<p>_ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/ сколько дней _____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жоқ/ Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____/_____ бутылочкой _____ _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/ Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/ Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком : Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/</p>	

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет ( психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

**1 жыл 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы**

**Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 6 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні \_\_\_\\_\_\_\20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\\_\_\_\_\_ 20\_\_

Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_

Температурасы\_\_\_\_\_ /Температура\_\_\_\_\_

Салмағы\_\_\_\_\_ гр. /Вес\_\_\_\_\_ гр.

Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.

ДСИ \_\_\_\_\_ /ИМТ \_\_\_\_\_

Басының шеңбері \_\_\_\_\_ см. /Окружность головы \_\_\_\_\_ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивалары /конъюнктивы

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: \_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм \_\_\_\_\_; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы \_\_\_\_\_

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот \_\_\_\_\_ бауыр/печень \_\_\_\_\_ көкбауыр/селезенка \_\_\_\_\_

Несеп шығару /Мочеиспускание \_\_\_\_\_

Нәжіс /Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:  
ДИАГНОЗ:

ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?

ДАМУ ТУ үшін КҮТУ  
МӘСЕЛЕЛЕРІ  
ПРОБЛЕМЫ УХОДА для  
РАЗВИТИЯ

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

Дамуында тежелу жоқ/Не  
отстает  
Дамуы \_\_\_\_\_  
эпикриздік мерзімгее  
тежелген/Отстает на \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ эпикризный срок

ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма?  
/Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание

Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_  
рет/\_\_\_\_\_ раз

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да \_\_\_\_\_

Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы  
қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо

искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да \_\_\_\_\_  
\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_  
Тамақтанса, күніне \_\_\_\_\_ рет \_\_\_\_\_ мл./Если Да, \_\_\_\_\_  
мл \_\_\_\_\_ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?  
\_\_\_\_\_  
- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_  
- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная \_\_\_\_\_  
\_ Қорексіз/Не питательная \_\_\_\_\_  
- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество  
пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл./\_\_\_\_\_ мл.  
- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая \_\_\_\_\_  
Сұйық/ Негустая \_\_\_\_\_  
Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:  
- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_  
қанша күн \_\_\_\_\_ /сколько дней \_\_\_\_\_  
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/  
сколько дней \_\_\_\_\_  
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и  
желтые овощи и фрукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/сколько  
дней \_\_\_\_\_  
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/  
Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при  
кормлении: \_\_\_\_\_ бөтелке \_\_\_\_\_ шыныаяқ және қасық \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:  
Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые  
нужно сделать сегодня  
Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2  
Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2  
Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3  
Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит  
АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация  
НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация  
БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау \_\_\_\_\_ мм/Оценка  
динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Келесі егу үшін қаралу/  
Визит для следующей  
прививки \_\_\_\_\_  
Күні/Дата \_\_\_\_\_

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:  
- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1.  
Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе  
есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде  
сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және  
сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес  
баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и  
правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям  
- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/  
Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком  
- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі,  
медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за  
больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за  
медицинской помощью (КВН)

КҮТУ МӘСЕЛЕРІ/  
ПРОБЛЕМЫ УХОДА

Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком  
:



Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет ( психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :	

**Ұсынымдар/Рекомендации**

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
  - Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.
  - Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
  - Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
  - Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
  - Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
  - Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.
- Дәрігер/Врач

**1 жыл 9 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы**  
**Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 9 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні \_\_\_\_\\_\_\_\_\20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\_\\_\_\_\_ 20\_\_

Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_

Температурасы\_\_\_\_\_/Температура\_\_\_\_\_

Салмағы\_\_\_\_\_гр. /Вес\_\_\_\_\_гр.

Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.

ДСИ\_\_\_\_\_/ИМТ\_\_\_\_\_

Басының шеңбері\_\_\_\_\_см. /Окружность головы\_\_\_\_\_см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивалары /конъюнктивы

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: \_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)\_\_\_\_\_; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм \_\_\_\_\_; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы \_\_\_\_\_

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот \_\_\_\_\_ бауыр/печень \_\_\_\_\_ көкбауыр/селезенка \_\_\_\_\_

Несеп шығару /Мочеиспускание \_\_\_\_\_

Нәжіс /Стул \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:  
ДИАГНОЗ:

ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?

ДАМУ ТУ үшін КҮТУ  
МӘСЕЛЕЛЕРІ  
ПРОБЛЕМЫ УХОДА для  
РАЗВИТИЯ

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

Дамуында тежелу жоқ/Не  
отстает  
Дамуы \_\_\_\_\_  
эпикриздік мерзімгее  
тежелген/Отстает на \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ эпикризный срок

ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма?  
/Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание

Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_  
рет/\_\_\_\_\_ раз

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да \_\_\_\_\_

Жоқ/Нет \_\_\_\_\_

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы  
қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо

искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да \_\_\_\_\_  
\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_  
Тамақтанса, күніне \_\_\_\_\_ рет \_\_\_\_\_ мл./Если Да, \_\_\_\_\_  
мл \_\_\_\_\_ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?  
\_\_\_\_\_  
- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_  
- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная \_\_\_\_\_  
\_ Қорексіз/Не питательная \_\_\_\_\_  
- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество  
пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл./\_\_\_\_\_ мл.  
- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая \_\_\_\_\_  
Сұйық/ Негустая \_\_\_\_\_  
Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:  
- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_  
қанша күн \_\_\_\_\_ /сколько дней \_\_\_\_\_  
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/  
сколько дней \_\_\_\_\_  
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и  
желтые овощи и фрукты Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет \_\_\_\_\_ қанша күн \_\_\_\_\_/сколько  
дней \_\_\_\_\_  
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да \_\_\_\_\_ Жоқ/  
Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при  
кормлении: \_\_\_\_\_ бөтелке \_\_\_\_\_ шыныаяқ және қасық \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:  
Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые  
нужно сделать сегодня  
Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2  
Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2  
Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3  
Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит  
АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация  
НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация  
БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау \_\_\_\_\_ мм/Оценка  
динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

Келесі егу үшін қаралу/  
Визит для следующей  
прививки \_\_\_\_\_  
Күні/Дата \_\_\_\_\_

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:  
- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1.  
Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе  
есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде  
сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және  
сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес  
баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и  
правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям  
- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/  
Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком  
- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі,  
медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за  
больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за  
медицинской помощью (КВН)

КҮТУ МӘСЕЛЕРІ/  
ПРОБЛЕМЫ УХОДА

Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком  
:

Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет ( психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :	

**Ұсынымдар/Рекомендации**

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 2 жастағы баланы тексеріп-қарауы  
Осмотр ребенка в возрасте в 2 лет врачом**

---

Тексеріп қарау күні \_\_\_\\_\_\_\20\_\_ /Дата осмотра\_\_\_\\_\_\_\_\_ 20\_\_

Жасы: \_\_\_\_\_ /Возраст: \_\_\_\_\_

Температурасы\_\_\_\_\_/Температура\_\_\_\_\_

Салмағы\_\_\_\_\_гр. /Вес\_\_\_\_\_гр.

Бойы \_\_\_\_\_ см. /Рост \_\_\_\_\_ см.

ДСИ\_\_\_\_\_/ИМТ\_\_\_\_\_

Басының шеңбері\_\_\_\_\_см. /Окружность головы\_\_\_\_\_см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивалары /конъюнктивы

Үлкен еңбек/Большой родничок \_\_\_\_\_

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:\_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)\_\_\_\_\_;

Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм \_\_\_\_\_;

Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы \_\_\_\_\_

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот \_\_\_\_\_ бауыр/печень \_\_\_\_\_ көкбауыр/селезенка \_\_\_\_\_

Несеп шығару /Мочеиспускание \_\_\_\_\_

Нәжіс /Стул \_\_\_\_\_

ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=  
Др=  
Ра=  
Рп=  
Н=  
Э=

ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание

1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә /Да \_\_\_\_\_ Жоқ/Нет\_\_\_\_\_

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да\_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ:

ДИАГНОЗ:

ДАМУ ТУ ҮШІН КҮТУ

МӘСЕЛЕЛЕРІ

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ДЛ

РАЗВИТИЯ

Дамуында тежелу жоқ/Не отстает

Дамуы \_\_\_\_\_

эпикриздік мерзімгее

тежелген/Отстает на \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ эпикризный срок

<p>_ Жоқ/Нет _____  Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____  мл _____ раз в день</p>	
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?  _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____  _ Қорексіз/Не питательная _____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____  Сұйық/ Негустая _____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:  - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____  қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/  сколько дней _____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и  желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько  дней _____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жоқ/  Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при  кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____/_____ бутылочкой _____  _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:  Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые  нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2  Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2  Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит  АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация  НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация  БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка  динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/  Визит для следующей  прививки _____  Күні/Дата _____</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:  - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1.  Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе  есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде  сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және  сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес  баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и  правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/  Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі,  медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за  больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за  медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/  ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком  :  Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/</p>	

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет ( психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

## 2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ

### ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы) 2 ЖАСТАҒЫ

### ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ ПАРАҒЫ

### ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА

**(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)  
 (жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы) 2 жас 6 айлық  
 баланы дәрігердің тексеріп қарауы  
 Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\_20__ /Дата осмотра___\_____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек/Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТҮШІН КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА ДЛ РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на ____ _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	



<p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____</p>	
<p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная ____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ Сұйық/ Негустая ____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:</p> <p>- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/ сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет</p> <p>Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит</p> <p>АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация</p> <p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/ Визит для следующей прививки _____</p> <p>Күні/Дата _____</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/ Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі,</p>	

<p>медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком :</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет ( психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

**Дәрігердің 3 жастағы баланы тексеріп-қарауы**

**Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом**

Тексеріп қарау күні ___\___\_20__ /Дата осмотра___\_____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____ /Температура _____ Салмағы_____ гр. /Вес_____ гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ_____ /ИМТ _____ Басының шеңбері_____ см. /Окружность головы_____ см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюктивалары /конъюктивы Үлкен еңбек/Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТУ ҮШІН КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА ДЛЯ РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание 1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә /Да _____ Жоқ/Нет_____	

<p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____        _ Жоқ/Нет _____        Тамақтанса, күніне _____ рет _____мл./Если Да, _____        мл _____ раз в день</p>	
<p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?        _____        - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____        - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____        _ Қорексіз/Не питательная _____        - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.        - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____        Сұйық/ Негустая _____        Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:        - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____        қанша күн _____ /сколько дней _____        - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/        сколько дней _____        - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____        - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____        Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____/_____ бутылочкой _____        _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:        Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня        Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2        Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2        Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3        Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит        АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация        НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация        БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/        Визит для следующей прививки _____        Күні/Дата _____</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:        - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям        - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/        Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком        - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/        ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>

<p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком :</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет ( психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</p>	

#### Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

#### 3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ (жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра) 3 ЖАСТАҒЫ  
ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ (жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра) 4 ЖАСТАҒЫ  
ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ (жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра) 4 ЖАСТАҒЫ  
ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ (жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

АУДАРМАЛЫ ЭПИКРИЗ \_\_\_\_\_  
БАЛАНЫҢ АУРУЫ БОЙЫНША ЖАЗБАЛАР/ЗАПИСИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя \_\_\_\_\_ Жасы/Возраст \_\_\_\_\_ Салмағы (кг)/Вес (кг) \_\_\_\_\_

Температурасы/Температура \_\_\_\_\_

СҰРАҒЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка \_\_\_\_\_

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? \_\_\_\_\_ Қайта қаралу?/Повторный визит? \_\_\_\_\_

### БАҒАЛАҒЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

### ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
СҰРАҒЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги ?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҒЫЗ, ТЫҢДАҒЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/ Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____	
	- Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/ Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/ Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. - Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается	

	<p>ли он без движения даже при стимуляции?          - Кіндігін тексеріңіз. Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения?          - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички</p>	
<p>САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА ____          __ ЖОҚ/НЕТ _____</p>		
<p>Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?</p>	<p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:          Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)?          Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?</p>	
<p>Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/          Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?</p>	<p>ИӘ _____ ЖОҚ _____          ДА _____ НЕТ _____</p>	
<p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ:          - Қашаннан бері? ____ күн/Как долго? ____ дней          - Нәжесінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?</p>	<p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:          - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции?          Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/Беспокоен или болезненно раздражим?          - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза          - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки          Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/Очень медленно (больше 2 секунд)?          Ақырын (2 секундқы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?</p>	
<p>Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?</p>		
<p>Тексеріңіз/Проверьте: ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p>		
<p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:          - Нәресте емшек емеді ме/Ребенок кормится грудью? Иә/Да __ Жоқ/Нет __          - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа? ____</p>	<p>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту:</p>	

<p>- Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да ___ Жоқ/Нет __</p> <p>- Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/ Если ДА, как часто? ___</p> <p>- Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</p>	<p>Төмен/Низкий _____</p> <p>Төмен Не низкий емес _____</p> <p>- Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____</p>	
<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? / Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз / Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет __</p> <p>—</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет __</p> <p>—</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет</p> <p>—</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта</p> <p>- Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___</p> <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо</p> <p>Жақсы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма) /Эффективно ли сосет младенец ( делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді</p> <p>Сосет неэффективно/ Нәшар сорады</p> <p>Сосет эффективно/ Жақсы сорады</p> <p>Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/ Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p>	



<p>НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ _____ АҚДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ _____ Күні/Дата _____</p>
<p>БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:</p>	

#### ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:  
Келесі бару/Последующий визит \_\_\_\_\_  
Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/  
Объясните, когда вернуться немедленно  
АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_  
БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/  
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу  
(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/  
Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_  
Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_  
Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/  
Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/  
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының  
нысаны/**

**Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев**

Аты/Имя \_\_\_\_\_ Жасы/Возраст \_\_\_\_\_ Салмағы (кг)/Вес (кг) \_\_\_\_\_

Температурасы/Температура \_\_\_\_\_

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка \_\_\_\_\_

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? \_\_\_\_\_ Қайта қаралу?/Повторный визит? \_\_\_\_\_

**БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ**

**(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)**

**ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ**

<p>Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ</p>	
<p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:          - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении?          - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги ?</p>	<p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ:          - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____          - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/ Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _ _____          - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/ Ищите выраженное втяжение грудной клетки          - Аксилярлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/ Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь          - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца.          - Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции?          Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции?          - Кіндігін тексеріңіз. Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения?          - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички</p>
<p>САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА ____          __ ЖОҚ/НЕТ _____</p>	
<p>Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?</p>	<p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:          Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)?          Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?</p>
<p>Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/          Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?</p>	<p>ИӘ _____ ЖОҚ _____          ДА _____ НЕТ _____</p>
<p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ:          - Қашаннан бері? ____ күн/Как долго? ____ дней          - Нәжисінде қан бар</p>	<p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:          - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/ Посмотрите на общее состояние младенца:          Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/ Двигается ли он только при стимуляции?          Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции?          Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоеен или болезненно раздражим?          - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза</p>

<p>ма?/Есть ли кровь в стуле?</p>	<p>- Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)? Ақырын (2 секундқы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?</p>	
<p>Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?</p>		
<p>Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p>		
<p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жоқ/Нет__ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?__ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жоқ/Нет__ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/ Если ДА, как часто?__ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</p>	<p>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/ Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий____ Төмен Не низкий емес____ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____</p>	
<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/</p>	<p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? / Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз / Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да __ Жоқ/Нет __ - Нәрестенің аузы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да __ Жоқ/Нет __ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да __ Жоқ/Нет __ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан</p>	

<p>Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта          - Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___          Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо          Жақсы салынған/ Приложен хорошо          - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)          /Эффективно ли сосет младенец ( делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?          Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді          Сосет неэффективно/ Нәшар сорады          Сосет эффективно/ Жақсы сорады          Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/          Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p>	
<p>НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА:          Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня          Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____          _____ АҚДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____          _____          Күні/Дата _____</p>	
<p>БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:</p>		

#### ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:  
 Келесі бару/Последующий визит \_\_\_\_\_  
 Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/  
 Объясните, когда вернуться немедленно  
 АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_  
 БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/ срочно госпитализировать, лечение перед направлением

---

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу (атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/  
 Лечить дома с назначением препаратов (название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_  
 Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_  
 Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/  
Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/**

**ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/**

**Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев**

Аты/Имя \_\_\_\_\_ Жасы/Возраст \_\_\_\_\_ Салмағы (кг)/Вес (кг) \_\_\_\_\_

Температурасы/Температура \_\_\_\_\_

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка \_\_\_

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? \_\_\_ Қайта қаралу?/Повторный визит? \_\_\_\_\_

**БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ**

**(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)**

**ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ**

<p>Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ</p>		
<p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги ?</p>	<p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/ Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _ _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/ Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксиллярлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/ Измерьте аксиллярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. - Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз. Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички</p>	
<p>САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА ___ ___ ЖОҚ/НЕТ _____</p>		
<p>Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если</p>	<p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание</p>	

<p>есть желтуха, когда она впервые появилась?</p>	<p>склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?</p>	
<p>Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/ Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?</p>	<p>ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____</p>	
<p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері? _____ күн/Как долго? _____ дней - Нәжисінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?</p>	<p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/ Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)? Ақырын (2 секундқы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?</p>	
<p>Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?</p>		
<p>Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p>		
<p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жоқ/Нет__ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?____ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жоқ/Нет__ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/ Если ДА, как часто?____ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</p>	<p>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/ Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий _____ Төмен Не низкий емес _____ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____</p>	
	<p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4</p>	

<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҒЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? / Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз / Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет _ ___</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет _ ___</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта - Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___</p> <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо</p> <p>Жақсы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма) /Эффективно ли сосет младенец ( делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/ Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p>	
<p>НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____</p>		<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ _____ Күні/Дата _____</p>
<p>БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҒЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:</p>		

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:  
 Келесі бару/Последующий визит \_\_\_\_\_  
 Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/  
 Объясните, когда вернуться немедленно  
 АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_  
 БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/  
 срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу  
 (атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/  
 Лечить дома с назначением препаратов  
 (название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_  
 Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_  
 Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/  
 Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/**

**ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/**

**Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет**

<p>Тексеріп қарау күні ___\___\20__ /Дата осмотра ___\___\20__                  Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес _____                  Температурасы/Температура _____                  Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный __                  Шағымдар/Жалобы:</p>	<p>Қауіптің жалпы белгілері/Общие признаки опасности:                  Иә ___ Жоқ ___                  Да ___ Нет ___</p>
<p><u>Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз:</u> 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма?                  2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі талтылады ма? 4. Летаргия немесе есінен танған халінде ме?                  Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь?                  ? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?</p>	<p>Иә ___ Жоқ ___                  Да ___ Нет ___</p>
<p><u>Бала жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба?</u> Иә ___ Жоқ ___                  Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание?</u> Да ___ Нет ___                  Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны ___ Жиі демалу                  Как долго? _____ Число дыханий в минуту ___ Учащенное дыхание                  Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидттық па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз)                  Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла</p>	
<p>Баланың <u>іші өтеді</u> ме? Иә ___ Жоқ ___                  Есть ли у ребенка <u>диарея</u>? Да ___ Нет ___</p>	



<p>Қашаннан бері___Нәжісінде қан бар ма ___  Как долго___Есть ли кровь в стуле___  Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба  Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим  Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді  Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо  Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (&gt; 2 сек.) ақырын (&lt; 2 сек.),  Кожная складка расправляется: очень медленно (&gt; 2 сек.) медленно (&lt; 2 сек.),</p>	
<p>Баланың <u>температурасы</u> бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә___Жоқ___  Есть ли у ребенка <u>температура</u>? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше)  Да___Нет___  Қашаннан бері?___ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба?___ соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырды ма ___  Как долго?___Если более 5 дней. Каждый день?___ Болел ли корью последние 3 месяца___  Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы  Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз  Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден іріңді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр  Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>Баланың <u>құлағы</u> ауыра ма? Иә___Жоқ___  Есть ли у ребенка боли в <u>ухе</u>? Да___Нет___  Құлағынан іріңді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық  Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней  Құлағының арты ісіп кеткен бе  Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>Баланың <u>тамағы</u> ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә___Жоқ___  Есть ли у ребенка боли в <u>горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да___Нет___  —  Тамағында ақ өңез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе  Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p><u>Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз</u>  Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия  График бойынша салмақ: төмен___төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма.  Вес по графику: низкий___не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.  Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе ___  —  Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп___  —</p>	
<p><u>Тамақтануды</u> бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса):  Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):  Емшекті еме ме иә___жоқ___емсе, тәулігіне қанша рет ___Түнде тамақтандырасыз ба. Иә___Жоқ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә___ Жоқ___  Іше немес жесе, қандай тамақты және сұйықтықты _____  _____</p>	

Кормится ли грудью да \_\_\_нет\_\_\_ Если да. то сколько раз за сутки \_\_\_ Кормите ли ночью. Да \_\_\_Нет\_\_\_ Получает ли другую пищу или жидкость Да \_\_\_ Нет\_\_\_ Если Да , то какую пищу и жидкости \_\_\_\_\_

Тамақтану мәселелері / Проблемы питания

Күніне қанша рет \_\_\_\_\_ Емізу кезінде нені пайдаланады \_\_\_\_\_ Бір тамақтану өлшемінің көлемі \_\_\_\_\_ Белсенді емізу Иә \_\_\_ Жоқ \_\_\_ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә \_\_\_ Жоқ \_\_\_ Өзгерсе, қалай \_\_\_\_\_

Сколько раз в день \_\_\_\_\_ Чем пользуются при кормлении \_\_\_\_\_ Объем одной порции \_\_\_\_\_ Активное кормление Да \_\_\_ Нет \_\_\_ Изменилось ли кормление во время болезни. Да \_\_\_ Нет \_\_\_ Если да, то как \_\_\_

Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа \_\_\_\_\_ орналасу жері \_\_\_\_\_ қыштын қышымайтын; Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая \_\_\_\_\_ локализация \_\_\_\_\_ Зудящая Не зудящая;

Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы \_\_\_\_\_

Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое \_\_\_\_\_

Қайда \_\_\_\_\_ Көздің конъюнктивасы: гиперемияланған, іріңді бөлінетін, ақ қабық: инъекцияланған, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған , шығындылар \_\_\_\_\_

Где \_\_\_\_\_ Конъюнктивит: гиперемияланған, гнойное отделяемое, Склеры: инъекцияланған, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения \_\_\_\_\_

Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа: \_\_\_\_\_

Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шулы бар \_\_\_\_\_ ЖСЖ \_\_\_\_\_

Мойын тамырларының соғуы.

Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: \_\_\_\_\_ Сердечные тоны: приглушены, шум \_\_\_\_\_

ЧСС \_\_\_\_\_

Пульсация вен шеи.

Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма , ісінген ішперде симптомы, басқасы \_\_\_\_\_

Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое \_\_\_\_\_

Бауыр көлемі: \_\_\_\_\_ Печень размеры: \_\_\_\_\_

Көкбауыр: көлемі \_\_\_\_\_ см. Селезенка: размеры \_\_\_\_\_ см.

Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі \_\_\_\_\_ см.

Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры \_\_\_\_\_ см.

Бассүйек-ми нервтері жағынан \_\_\_\_\_

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов \_\_\_\_\_

Шала салдану, салдану \_\_\_\_\_

Парезы, параличи \_\_\_\_\_

Перифериялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры) \_\_\_\_\_

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) \_\_\_\_\_  
 Дизуриялық көрініс: \_\_\_\_\_  
 Дизурические явления: \_\_\_\_\_  
 Басқалары \_\_\_\_\_  
 Другое \_\_\_\_\_

#### ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:  
 Келесі бару/Последующий визит \_\_\_\_\_  
 Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/  
 Объясните, когда вернуться немедленно  
 АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_  
 БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/  
 срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу  
 (атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/  
 Лечить дома с назначением препаратов  
 (название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_  
 Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_  
 Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/  
 Лечить дома без назначения препаратов (уход)

#### СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/

ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың  
 жазбасының нысаны/

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Тексеріп қарау күні ____\____\20__ /Дата осмотра ____\____\20__ Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес _____ Температурасы/Температура _____ Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный __ Шағымдар/Жалобы:	Қауіптің жалпы белгілері/ Общие признаки опасности: Иә ___ Жоқ ___ Да ___ Нет ___
Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі талтылады ма? 4. Летаргия немесе есінен танған халінде ме? Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	Иә ___ Жоқ ___ Да ___ Нет ___

<p>Бала жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба? Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/></p> <p>Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание</u>? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Қашаннан бері? <input type="checkbox"/> Минутында демалу саны <input type="checkbox"/> Жиі демалу</p> <p>Как долго? <input type="checkbox"/> Число дыханий в минуту <input type="checkbox"/> Учащенное дыхание</p> <p>Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс ( демалысы астмоидтық па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз)</p> <p>Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла</p>	
<p>Баланың <u>іші өтеді</u> ме? Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/></p> <p>Есть ли у ребенка <u>диарея</u>? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Қашаннан бері <input type="checkbox"/> Нәжісінде қан бар ма <input type="checkbox"/></p> <p>Как долго <input type="checkbox"/> Есть ли кровь в стуле <input type="checkbox"/></p> <p>Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба</p> <p>Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим</p> <p>Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді</p> <p>Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо</p> <p>Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (&gt; 2 сек.) ақырын (&lt; 2 сек.),</p> <p>Кожная складка расправляется: очень медленно (&gt; 2 сек.) медленно (&lt; 2 сек.),</p>	
<p>Баланың <u>температурасы</u> бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/></p> <p>Есть ли у ребенка <u>температура</u>? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Қашаннан бері? <input type="checkbox"/> 5 күннен артық болса. Күн сайын ба? <input type="checkbox"/> соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырды ма <input type="checkbox"/></p> <p>Как долго? <input type="checkbox"/> Если более 5 дней. Каждый день? <input type="checkbox"/> Болел ли корью последние 3 месяца <input type="checkbox"/></p> <p>Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы</p> <p>Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз</p> <p>Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден іріңді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр</p> <p>Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>Баланың <u>құлағы</u> ауыра ма? Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/></p> <p>Есть ли у ребенка боли <u>в ухе</u>? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Құлағынан іріңді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық</p> <p>Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней</p> <p>Құлағының арты ісіп кеткен бе</p> <p>Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>Баланың <u>тамағы</u> ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/></p> <p>Есть ли у ребенка боли <u>в горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>—</p> <p>Тамағында ақ өңез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе</p> <p>Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p><u>Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз</u></p> <p>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</p>	

График бойынша салмақ: төмен\_\_төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма.  
Вес по графику: низкий\_\_не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.  
Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе \_\_  
\_\_  
Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп\_\_  
\_\_

Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса):  
Оцените питание (если не направляется в стационар):  
Емшекті еме ме иә\_\_жоқ\_\_емсе, тәулігіне қанша рет \_\_\_\_Түнде тамақтандырасыз  
ба. Иә\_\_Жоқ \_\_ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә\_\_ Жоқ\_\_  
Іше немесе жесе, қандай тамақты және сұйықтықты \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Кормится ли грудью да\_\_нет\_\_Если да. то сколько раз за сутки\_\_Кормите ли  
ночью. Да\_\_Нет\_\_ Получает ли другую пищу или жидкость Да\_\_ Нет\_\_ Если Да  
, то какую пищу и жидкости \_\_\_\_\_

Күніне қанша рет\_\_\_\_Емізу кезінде нені пайдаланады \_\_\_\_\_ Бір  
тамақтану өлшемінің көлемі \_\_\_\_\_ Белсенді емізу Иә \_\_\_\_ Жоқ\_\_\_\_  
Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә\_\_Жоқ\_\_ Өзгерсе, қалай \_\_\_\_\_

Сколько раз в день\_\_\_\_Чем пользуются при кормлении\_\_\_\_\_ Объем  
одной порции\_\_\_\_\_ Активное кормление Да \_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ Изменилось ли  
кормление во время болезни. Да\_\_Нет\_\_ Если да, то как \_\_\_\_

Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық,  
везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа\_\_\_\_\_ орналасу жері

\_\_\_\_\_ қыштын қышымайтын;  
Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая,  
везикулезная, мелкоочечная, папулезная, другая\_\_\_\_\_  
локализация \_\_\_\_\_ Зудящая Не  
зудящая;

Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы\_\_\_\_\_

Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое\_\_\_\_\_

Қайда\_\_\_\_\_Көздің конъюнктивасы: гиперемияланған, іріңді  
бөлінетін, ақ қабық: инъецирленген, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған  
, шығындылар \_\_\_\_\_

Где\_\_\_\_\_Конъюнктива глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое,  
Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения \_\_\_\_\_

Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымқыл,  
басқа:

\_\_\_\_\_ Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар \_\_\_\_\_ ЖСЖ \_\_\_\_\_

Мойын тамырларының соғуы.

Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие,  
влажные, другие: \_\_\_\_\_ Сердечные тоны: приглушены, шум\_\_\_\_\_  
\_\_ ЧСС \_\_\_\_\_

Пульсация вен шеи.

Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма  
, ісінген ішперде симптомы, басқасы\_\_\_\_\_

Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма,

Тамақтану  
мәселелері  
/ Проблемы  
питания

симптом раздражения брюшины, другое \_\_\_\_\_  
Бауыр көлемі: \_\_\_\_\_ Печень размеры: \_\_\_\_\_  
Көкбауыр: көлемі \_\_\_\_\_ см. Селезенка: размеры \_\_\_\_\_ см.  
Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі \_\_\_\_\_ см.  
Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры \_\_\_\_\_ см.  
Бассүйек-ми нервтері жағынан \_\_\_\_\_  
Изменения со стороны черепно-мозговых нервов \_\_\_\_\_  
Шала салдану, салдану \_\_\_\_\_  
Парезы, параличи \_\_\_\_\_  
Перифериялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры) \_\_\_\_\_  
Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) \_\_\_\_\_  
Дизуриялық көрініс: \_\_\_\_\_  
Дизурические явления: \_\_\_\_\_  
Басқалары \_\_\_\_\_  
Другое \_\_\_\_\_

#### ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:  
Келесі бару/Последующий визит \_\_\_\_\_  
Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/  
Объясните, когда вернуться немедленно  
АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_  
БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/  
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу  
(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/  
Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_  
Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_  
Рецепт №/№ рецепта \_\_\_\_\_

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/  
Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**Клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелерін жапсыру үшін**  
**Для подклеивания результатов клинико-лабораторных обследований Стационарлар**  
**көшірмелерін жапсыру үшін**  
**Для подклеивания выписок из стационара**

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 030/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ДИСПАНСЕРЛІК ҚАДАҒАЛАУДЫҢ БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ**  
**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

Дәрігердің тегі (Фамилия врача) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Есепке алу күні (Дата взятия на учет) \_\_\_\_\_  
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) \_\_\_\_\_  
Шығарылу себебі (Причина снятия) \_\_\_\_\_  
Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы)  
(Код или № медицинской карты амбулаторного больного (история развития  
ребенка)) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды  
(Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен впервые в  
жизни) \_\_\_\_\_

күні (дата)

Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде (астын  
сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при  
профосмотре (подчеркнуть))

1. ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

2. Жынысы: еркек, әйел (астын сызыңыз) (Пол: муж., жен.  
(подчеркнуть))









үлкен күндізгі оқу формасында оқиды (учащиеся очной формы обучения старше 18 лет); 7-бала кезінен мүгедек (инвалиды детства); 8-ауруы бойынша мүгедектер (инвалиды по заболеванию); 9-ҰОС қатысқандар (участники ВОВ); 10-ҰОС мүгедектері (инвалиды ВОВ); 11-оралман.

Медицина қызметкерлеріне арналған (Для медицинских работников)

13. Жұмыс орны (Место работы): облыс (область) \_\_\_\_\_ аудан (район) \_\_\_\_\_ кент, аул (поселок, село) \_\_\_\_\_ ұйым (организация) \_\_\_\_\_

14. Әкімшілік басқару аппаратының қызметкерлері (Работники административно-управленческого аппарата); Дәрігерлер (Врачи); Орта медицина қызметкерлері (Средние медработники); Басқалары (Прочие).

15. Жоғары оқу орны (орта арнаулы оқу орны) \_\_\_\_\_  
Высшее учебное заведение (среднее учебное заведение), аяқтаған жылы (год окончания) \_\_\_\_\_.

16. Қазіргі жұмысы бойынша мамандығы (Специальность, по которой работает) \_\_\_\_\_ осы жұмысы бойынша еңбек өтілі (стаж работы по ней) \_\_\_\_\_ жылына бастап, оның ішінде осы ұйымда (из них в данной организации) \_\_\_\_\_ жылдан бастап (с \_\_\_\_\_ года).

17. Ғылыми дәрежесі (Ученая степень): 1 – медицина ғылымының кандидаты - болған жағдайда (бұдан әрі –МҒК) (кандидат медицинских наук – при наличии (далее – КМН); 2 - медицина ғылымдарының докторы - болған жағдайда (бұдан әрі –МҒД) (доктор медицинских наук – при наличии (далее – ДМН).

18. Атқарып жүрген лауазымы (Занимаемая должность) \_\_\_\_\_, осы бойынша еңбек өтілі \_\_\_\_\_ жылдан бастап (стаж работы по ней с \_\_\_\_\_ года).

19. Жалпы медициналық еңбек өтілі \_\_\_\_\_ жылына бастап (Общий медицинский стаж с \_\_\_\_\_ года).

20. Медициналық еңбек өтілінің үзілісі \_\_\_\_\_ жылды құрады.  
(Перерыв медицинского стажа составил \_\_\_\_\_ лет).

---

21. Клиникалық деректері (бір немесе бірнешеуін таңдау)  
Клинические данные (выбрать одно или несколько).

1. Қаралған кездегі негізгі шағымдар (Основные жалобы при обращении): ауыруды сезіну (боль), оң жақ бүйірде ауырсыну (тяжесть в правом боку), эпигастрияда ауыруды сезіну (боль в эпигастрии), әлсіздік (слабость), бас ауыру (головная боль), жұмысқа қабілеттіліктің төмендеуі (снижение работоспособности), ұйқының бұзылуы (нарушение сна), жүрек айну (тошнота), құсу (рвота), іш қату (запоры), диарея, салмақ жоғалту (потеря в весе), іш кебу (вздутие живота), сары ауру (желтуха), қызба (лихорадка), басқа (другое).

2. Бауырдан тыс көріністер (Внепеченочные проявления): телеангиоэктазии, пальмарлы эритема (пальмарная эритема), ксантелазма, капиллярит, тері бөртпесі (кожная сыпь), артрит, тиреоидит, анемия, тромбоцитопения, лейкопения, криоглобулинемия, түйінді периартериит (узелковый периартериит), гломерулонефрит, тестикулярлы жеткіліксіздік (тестикулярная недостаточность), қант диабеті (сахарный диабет), басқа (другое).

22. Тәуекел тобы (қажеттінің астын сызу) (Группа риска (подчеркнуть нужное)):

1. Жүкті әйелдер (Беременные): 1-имеющие в анамнезе оперативные вмешательства, 2-имеющие в анамнезе переливание крови и ее компонентов;

2. Науқастар (Больные): 1-гемофилиямен ауыратын науқастар (больные гемофилией), 2-онкогематологиялық аурулармен ауыратын науқастар (больные онкогематологическими заболеваниями), 3-гемодиализдегі науқастар (больные на гемодиализе), 4-с заболеваниями

крови, 5-больные злокачественными новообразованиями;

3. Медицина бөлімшесінің персоналы (Персонал медицинских отделений): 1-стоматологиялық кабинеттердің (стоматологических кабинетов), 2-хирургия бөлімшелердің (хирургических отделений), 3-акушерлік-гинекологиялық бөлімшелердің (акушерско-гинекологических отделений), 4-гематологиялық бөлімшелердің (гематологических отделений), 5-қан орталықтарының (центров крови), 6-гемодиализ бөлімшелерінің немесе орталықтарының (отделений или центров гемодиализа), 7-зертхананың (лабораторий), 8-басқа бөлімшелердің (других отделений).

4. Тәуекел мінез-құлқындағы адамдар (Лица рискованного поведения): 1-инъекциялық есірткілерді тұтынушылар - болған жағдайда (бұдан әрі - ИЕТ) (потребители инъекционных наркотиков - при наличии (далее - ПИН), 2-гомосексуалистер (гомосексуалы), 3-комерциялық секс қызметкерлері - болған жағдайда (бұдан әрі - СҚ) (работники коммерческого секса - при наличии (далее - РС).

5. Қызмет көрсету саласы (Сфера обслуживания).

6. Басқа да (Другое).

23. Берілу жолы: (қажеттінің астын сызу)

Пути передачи: (подчеркнуть нужное).

1. Жасанды берілу жолы - Медициналық ем-шаралар және манипуляциялар (Искусственные пути передачи - Медицинские процедуры и манипуляции):

1- қан құю және қан ауыстырғыштар (переливание крови и кровезаменителей), 2-гемодиализ, 3-операциялар (операции), 4-катетеризация, 5-протездеу (протезирование), 6-ағзалар мен тіндерді трансплантациялау (трансплантация органов и тканей), 7-тістерді протездеу және емдеу (лечение и протезирование зубов), 8- медициналық ұйымдарда иглорефлексотерапия (иглорефлексотерапия в медицинских организациях), 9-медициналық ұйымдарда сүндетке отырғызу (иссечение крайней плоти (обрезание) в медицинских организациях), 10-басқа да инвазивті медициналық ем-шаралар (другие инвазивные медицинские процедуры).

2. Жасанды берілу жолы - Косметологиялық инвазивті ем-шаралар (Искусственные пути передачи - Косметологические инвазивные процедуры): 1-косметологиялық операциялар (косметологические операции); 2- косметикалық манипуляциялар (татуаж, пирсинг, маникюр, педикюр, шаштаразда қырыну) (косметические манипуляции (татуаж, пирсинг, маникюр, педикюр, бритье в парикмахерских), 3-косметологиялық инъекциялар (косметологические инъекции), 4-басқа да косметологиялық инвазивті ем-шаралар және манипуляциялар (другие косметологические инвазивные процедуры и манипуляции)

3. Табиғи (Естественные): 1-вертикалды (вертикальный), 2-жыныстық (половой), 3-гемобайланыс (күтім жасайтын құралдарды ортақ қолдану және басқалар) (гемоконтактный (использование общих предметов ухода и другие), 4- инемен шаншу немесе басқалар, ауруханадан тыс жағдайда араласу (иглоукалывание или другие вмешательства во внебольничных условиях), 5-медициналық ұйымдарға жүгінбеген тері қабатының бұзылуы болған жарақаттар (травмы с нарушением целостности кожи без обращения в медицинские организации).

224 .

Зертханалық зерттеулер нәтижелері

Результаты лабораторных исследований

24.1. ИФТ диагностикасының нәтижелері (Результаты ИФА диагностики):

Күні (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год)							
В гепатиті (Гепатит В)							

HBsAg							
anti HBs							
Total anti HBc							
IgM anti HBc							
IgG anti HBc							
HBeAg							
anti HBe							
C гепатиті (Гепатит C)							
anti HCV							
D гепатиті (Гепатит D)							
Total anti HDV							
IgM anti HDV							

+ (плюс) - оң нәтиже (положительный результат),  
- (минус) - теріс нәтиже (отрицательный результат)  
24.2. ПЦР нәтижесі (Результаты ПЦР)

Күні (күні, айы, жылы Дата (число, месяц, год)							
HBV ДНК							
HDV РНК							
HCV РНК							

+ (плюс) - оң нәтиже (положительный результат),  
- (минус) - теріс нәтиже (отрицательный результат).

24.3. Белсенділік дәрежесі (Степень активности): 1- ең аз (аланинаминотрансфераза/аспартатаминотрансфераза - болған жағдайда (бұдан әрі -АЛТ/АСТ) норма шегінде) (минимальная (аланинаминотрансфераза/аспартатаминотрансфераза - при наличии (далее -АЛТ/АСТ) в пределах нормы), 2- әлсіз (нормадан 1,5 - 3) (слабая (1,5 - 3 нормы), 3 - орташа (нормадан 3,5-9) (умеренная (3,5-9 норм), 4 - айқын (10 және нормадан артық) (выраженная (10 и более норм).

24.4. Морфологиялық өзгерістер (Морфологические изменения): 0- гистологиялық зерттеулер жүргізілмеген (гистологические исследования не проводились), 1- F0 фиброзсыз (F0 без фиброза); 2 - F1 айқын емес перипорталды фиброз (F1 слабовыраженный перипортальный фиброз); 3 - F2 портопорталды септасы бар орташа фиброз (F2 умеренный фиброз с портопортальными септами); 4 - F3 портоцентралды септасы бар айқын фиброз (F3 выраженный фиброз с портоцентральными септами); 5 - F4 бауыр циррозы (F4 цирроз печени).

24.5. АИТВ-инфекциясына зерттеу (Исследования на ВИЧ-инфекцию): Күні (Дата) \_\_\_\_\_ жылғы (года) Результат: теріс (отрицательный) оң (положительный).

25. АИТВ-инфекциясы оң болған кезде қосымша АИТВ орталығында зерттеу (При положительном ВИЧ дополнительное исследование в Центре СПИД):



34. Науқастың жағдайы туралы деректер (Данные о состоянии больного):

Келу уақыты белгіленді (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год)	Келуі күні (күні, айы, жылы) Дата явки (число, месяц, год)	Пациенттің жалпы жағдайы *) Общее состояние пациента *)	Қаралу жағдайына қорытынды **) Исход обращения **)	Келу уақыты белгіленді (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год)	Келуі күні (күні, айы, жылы) Дата явки (число, месяц, год)	Пациенттің жалпы жағдайы *) Общее состояние пациента *)	Қаралу жағдайын қорытынды **) Исход обращения **)

\*) 1- толық жұмысқа қабілетті (полностью трудоспособен); 2- жеңіл жұмысқа қабілетті (способен к легкой работе); 3- уақытының 50 %-нан астамын төсекте өткізу, өзіне қарауға шамасы бар (более 50 % времени проводит в постели, способен обслуживать себя); 4- үнемі басқа адамның көмегін қажет ететін, төсек тартып жатқан науқас (лежачий больной, постоянно нуждается в посторонней помощи).

\*\*) 1- ауруынан айыққан (вылечен). 2- жақсарған (улучшение), 3- жақсармаған (без улучшения), 4- нашарлаған (ухудшение).

35. Вирусқа қарсы терапияның мониторингі (Мониторинг противовирусной терапии):

2.1 вирусологиялық жауабы тез (1 ай) (вирусологический ответ быстрый (1 месяц);

2.2 вирусологиялық жауабы бұрынғы (3 ай) (вирусологический ответ ранний (3 месяц);

2.3 емді аяқтағаннан кейінгі вирусологиялық жауап (вирусологический ответ по окончании лечения);

2.4 емді аяқтағаннан кейін 6 айдан кейінгі вирусологиялық жауап (вирусологический ответ через 6 месяцев после окончания лечения).

36. Негізгі ауруы бойынша мүгедіктігі (Инвалидность по основному заболеванию): 1 -

1-топтағы мүгедек (инвалид 1-й группы); 2- 2-топтағы мүгедек (инвалид 2-й группы); 3 -

3-топтағы мүгедек (инвалид 3-й группы); 4- мүгедектіктен бас тарту (отказ от

инвалидности); 5 - мүгедек емес (нет инвалидности).

37. Асқынуы (Осложнения): бауыр циррозы (цирроз печени), гепатоцеллюлярная карцинома, басқа (другое).

38. Диспансерлік есептен шығару күні (Дата снятия с диспансерного учета)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ жылы ( года).

39. Диспансерлік есептен шығару себебі (Причина снятия с диспансерного учета): 1-

ауруынан айықты (выздоровление), 2- диагнозы расталмаған (диагноз не подтвержден), 3-

сапарға шығып кеткен (выезд), 4- қайтыс болған (умер).

39.1. Қайтыс болу себебі (Причина смерти) (диагноз) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)

40. Эпидемияға қарсы іс-шаралар (Противоэпидемические мероприятия):

Байланыста болған адамдардың зертханалық тексерілген саны (Количество лабораторно обследованных контактных) \_\_\_\_\_ адам (человек) ВВГ, СВГ, СВВГ - терге оң

нәтиже анықталды (қажеттінің астын сызу). (Выявлено с положительными результатами на

ВГВ, ВГС, ВГВС (подчеркнуть нужно) \_\_\_\_\_ адам (человек).

ВВГ-ге қарсы егілуге тиіс байланыста болған адамдардың саны (жанұя, жыныстық серіктер және с.с.) (Количество контактных (семья, половые партнеры и т.п.), подлежащих прививкам против ВГВ) \_\_\_\_\_ Егілді (Привито) \_\_\_\_\_  
 41. Дәрігер: (ТӘА) (Врач: (ФИО) \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

Ескертпе: Карта барлық тексерілген дені сау және В мен С гепатитімен сырқат адамдарға толтырылады. Дені сау болып шыққан адамдарға тек 1-24.1 және 26-тармақтар толтырылады. "Қорытынды диагноз" 26-тармақта дені сау контингентке АХЖ-10 Z11.5 шифрын көрсету керек (басқа вирустық ауруларды анықтау мақсатында арнайы скринингілік тексерілу).  
 (Примечание: Карта заполняется на всех обследованных лиц, оказавшимися здоровыми и больными гепатитом В и С. На обследованных лиц, оказавшимися здоровыми заполняются только пункты 1-24.1 и 26. В пункте 26 «Заключительный диагноз» на здоровый контингент указывать шифр МКБ-10 Z11.5 (специальное скрининговое обследование с целью выявления других вирусных болезней).

Форма

А5 форматы Формат А5		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 030-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау  
КАРТАСЫ  
КАРТА  
наблюдения за лицом с психическим (наркологическим)  
расстройством**

Картаны толтырған күні \_\_\_\_\_  
 Дата заполнения карты \_\_\_\_\_  
 айы, жылы (месяц, год)





8.1.1. Медицинская организация (указать)

8.1.2. Органы образования (подчеркнуть) : областной детский дом, дом юношества, школа (профосмотр), администрация школы, ВУЗ, детский приют;

8.1.3. Правоохранительные органы: УИП, ГДН, ЦВИАРН, ОПМ, УДП, СОБР, УИС, Спецприемник для административно задержанных лиц, СИЗО;

8.1.4. Экспертиза: СНЭК, медицинское освидетельствование;

8.1.5. Выписные эпикризы: областного наркологического диспансера, областной психиатрической больницы;

8.1.6. Военкомат: городской, областной;

8.1.7. Самостоятельное обращение;

8.1.8. Центр временной адаптации и детоксикации.

9. Сырқаты басталған күні (Дата начала заболевания) ): |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|  
 айы (месяц) жылы (год)

10. Бақылауға алынды (Взят под наблюдение): өмірінде бірінші рет (впервые в жизни) қайталануы (повторно);

11. ХАЖ-10 бойынша диагнозы қойылып қайта қаралған күнімен  
 Диагноз по МКБ-10 с датой установления и пересмотра

Қойылған және (қайта қаралған) күні айы жылы Дата установления (пересмотра) месяц год	Негізгі және қосалқы сырқаттарының тұжырымдалуы Формулировка основного и сопутствующего диагноза	Негізгі диагнозының коды Код основного диагноза	Қосалқы диагнозының коды Код сопутствующего диагноза

12. Қоғамға қауіпті іс-әрекеттері - болған жағдайда (бұдан әрі - ҚҚІӘ)  
 Общественно-опасные действия - при наличии (далее - ООД)

ҚҚІӘ түрі Вид ООД*)	Бабы Статья	Кодекс	Жасалған күні Дата совершения		ҚҚІӘ түрі Вид ООД*)	Бабы Статья	Кодекс	Жасалған күні Дата совершения	
			айы месяц	жылы год				айы месяц	жылы год

\*) Қылмыстық құқық бұзу (Уголовное правонарушение) - 1; әкімшілік (административное) - 2 өзіне-өзі қол жұмсау (суицидальная попытка) - 3 басқа (прочее) - 8

**12.1. Аутоозбырлық мінез-құлық - болған жағдайда (бұдан әрі -АОМ)  
Аутоагрессивное поведение - при наличии (далее - АП)**

№	АОМ түрі Вид АП*	Уәжі Мотив**	Аяқталуы Исход**	Жасалған күні Дата совершения	
				айы месяц	жылы год

\*Өзін-өзі асу (самоповешение) -1, Өзін-өзі кесу (самопорез) -2, өзін -өзі улау (самоотравление) -3, биіктіктен құлау (падение с высоты) -4, өзін-өзі ату (самострел) -5, құрамды (комбинированное)- 6, басқа (прочие) -7

\*\* сандырақтық (бредовой)-1, ауырғыш анестезия (болезненная анестезия)-2, дауыстардың бұйыруы ("приказ голосов")- 3, наразылықтың реакциясы (реакция протеста) -4, еліктеу реакциясы (реакция имитации)-5, тұлғааралық кикілжің (махаббат) (межличностный конфликт (любовь))-6, өмірден шаршауы ("усталость от жизни")-7, аурудан шаршауы («усталость от болезни»)-8, құрамды (комбинированный)-9, басқалар (прочие)-10

\*\*\*Тірі (жеңіл жарақат) (Жив (легкие травмы))-1, Тірі (ауыр жарақат) (Жив (тяжелые травмы))-2, өлді (умер)-3, тірі (жарақаты жоқ)( жив (травм нет))-4

**13. Бақылау динамикасы  
Динамика наблюдения**

Бақылау түрі Вид наблюдения )	Тобы **) Группа ** )	Басталған мерзімі Дата начала		Аяқталған мерзімі Дата окончания		Бақылау түрі *) Вид наблюдения *)	Тобы **) Группа *)	Басталған мерзімі Дата начала	
		айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год			айы месяц	жылы год

Аяқталған мерзімі Дата окончания	
айы месяц	жылы год

\*) Бақылау түрі (вид наблюдения): диспансерлік (диспансерное) – 1; кеңестік (консультативное) – 2; профилактикалық (профилактическое) – 3;

\*\*) Арнайы есеп (спеучет) – 8; 1-ден 6 топтарын аймақтың бас психиатрінің (наркологінің) нұсқауымен тағайындайды ( с 1 по 6 группы устанавливаются инструкциями главных психиатров (наркологов) территории; белгісіз (неизвестно) – 9;

**13.1. Получает опийзамещающую терапию с \_\_\_\_\_ г.  
по \_\_\_\_\_ г.**

**13.2. Причина окончания опийзамещающей терапии:** 1- добровольное прекращение; 2-в связи с нарушением контракта: а)исключение из программы б)выписка из программы; 3-выезд; 4-смерть; 5-прочие

**14. Дәрімен емдеу (Фармакотерапия)\***

Дәрінің атауы Наименование препарата**	Басталған мерзімі Дата начала		Аяқталған мерзімі Дата окончания		Енгізудің тәсілі Способ введения***	Тәуліктегі ең үлкен мөлшер Максимальная суточная дозировка (мг)	Аяқталған себебі****
	айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год			

\*) ауруға берген дәрілердің бәрін енгізіледі (вносятся все препараты, назначенные больному)

\*\*\*) саудалық атау (торговое название)

\*\*\*\*) бұлшық ет ішіне (внутримышечно)-, көктамыр ішіне(внутривенно)-2, ауыз арқылы (перорально)-3

\*\*\*\*\*) нәтиженің жоқ болуы (отсутствие эффекта)-1, аурудың бас тартуы (отказ больного)-2, дәрінің жоқ болуы (отсутствие препарата)-3, емдеудің қаламайтын құбылыстары (нежелательные явления терапии)-4, емдеу курсының аяқталуы (окончания курса лечения)-5, аллергия-6

**15. Емдеудің қаламайтын құбылыстары (нежелательные явления терапии)**

ЕҚҚ түрі Вид НЯ*	Дәрінің атауы Наименование препарата**	Енгізудің тәсілі Способ введения	ЕҚҚ жасаған мөлшерлеме Дозировка, вызвавшая НЯ (мг)

\*) жедел экстрапирамидтік синдром (острый экстрапирамидный синдром)-1, гормондық бұзылыстар (гормональные нарушения)-2, ұйқышылдық( сонливость)-3, психоздық симптомдардың күшеюі (усиление психотических симптомов)-4, ішкі мүшелер тарапынан бұзылыстар (нарушения со стороны внутренних органов)-5, аллергия-6, басқа (прочее)-7.

\*\*\*) саудалық атау (торговое название)

**Бақылауды тоқтатқанда толтырылады  
Заполняется при прекращении наблюдения**

**16. Бақылауды тоқтату себебі (причина прекращения наблюдения):**

- жазылуы және жақсаруының тұрақталуы (выздоровление или стойкое улучшение) --1  
 қайтыс болуы (смерть) -- 2  
 басқа ауданға көшуі (выезд в другой район) --3  
 бір жыл бойы мәлімет болмауы (отсутствие сведений в течении года) --4  
 психикалық (наркологиялық) сырқат диагнозының алынуына байланысты (в связи со снятием диагноза психического (наркологического) заболевания) -- 5  
 осужден -- 6  
 басқа (прочее)

-- 7

**17. Қайтыс болу себебі (причина смерти):**

- Өзіне өзі қол жұмсауы (самоубийство) --1  
 Қайғылы жағдай (несчастный случай) --2  
 Басқа белгілі себептер (другие известные причины) --8  
 Белгісіз (неизвестно) --9

**18. Бақылау алынған күн (дата снятия наблюдения):**

□□□ □□□ □□□□□□□  
 күні (день) айы (месяц) жылы (год)

Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) \_\_\_\_\_

**19. УАҚЫТША ЖҰМЫСҚА ЖАРАМСЫЗДЫҒЫ ТУРАЛЫ БЕЛГІЛЕР (жұмыстағы адамдар үшін)  
 ОТМЕТКИ О СЛУЧАЯХ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (для работающих)**

Р/с № п/п	Код *)	Басталуы Начало			Аяқталуы Окончание			Күндер саны Число дней	Р/с № п/п	Код *)	Басталуы Начало		
		күні день	айы месяц	жылы год	күні день	айы месяц	жылы год				күні день	айы месяц	жылы год

Аяқталуы Окончание			Күндер саны Число дней
күні день	айы месяц	жылы год	

\*) амбулаторлы (амбулаторно) – 1; стационарлы (стационарно) – 2; күндізгі стационар (дневной стационар) – 3;

**20. ЖЫЛ БОЙҒЫ ЖҰМЫСҚА ЖАРАМСЫЗДЫҒЫ ЖАЙЛЫ ЖИЫНТЫҚ МӘЛІМЕТ  
 СУММАРНЫЕ СВЕДЕНИЯ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗА ГОД**

--	--	--	--

Жыл Год	Амбулаторлы Амбулаторно		Стационарлы Стационарно		Күндізгі стационар Дневной стационар		Жыл Год
	қанша рет число случаев	күндер саны число дней	қанша рет число случаев	күндер саны число дней	қанша рет число случаев	күндер саны число дней	

Амбулаторлы Амбулаторно		Стационарлы Стационарно		Күндізгі стационар Дневной стационар	
қанша рет число случаев	күндер саны число дней	қанша рет число случаев	күндер саны число дней	қанша рет число случаев	күндер саны число дней

**21. НАУҚАСТЫҢ БАҚЫЛАУ КЕЗІНДЕ АРНАУЛЫ СТАЦИОНАР (КҮНДІЗГІ СТАЦИОНАР)  
БӨЛІМДЕРІНДЕ БОЛҒАНЫ ЖАЙЛЫ БЕЛГІЛЕР  
ОТМЕТКИ О ПРЕБЫВАНИИ БОЛЬНОГО В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ (ДНЕВНОМ  
СТАЦИОНАРЕ) ПОДРАЗДЕЛЕНИИ ЗА ВРЕМЯ НАБЛЮДЕНИЯ**

Стационар түрі Вид стационара *)	Түскен күні Дата поступления			Шыққан күні Дата выбытия			Стационар түрі Вид стационара *)	Түскен күні Дата поступления		
	күні день	айы месяц	жылы год	күні день	айы месяц	жылы год		күні день	айы месяц	жылы год

Шыққан күні Дата выбытия		
күні день	айы месяц	жылы год

\*) психиатрлік (психиатрическое) – 01; психоневрологиялық (психоневрологическое) – 02; психосоматикалық (психосоматическое) – 03; соматопсихиатр (соматопсихиатр) – 04; күндізгі психиатрлік стационар (дневной стационар психиатр) – 05; түнгі психиатрлік стационар (ночной стационар психиатр) – 06; ықтиярынсыз психиатрлік емдеу (принудительное лечение психиатрическое) – 07; наркологиялық стационар (наркологический стационар) – 11; өндіріс кәсіпорындағы (при промышленном предприятии) – 12; күндізгі наркостационар (дневной наркостационар) – 13; түнгі наркостационар (ночной наркостационар) – 14; ықтиярынсыз емдеу нарко (принудительное лечение нарко) – 15; ЛТП – 16.



\*) 1 - улучшение клинических показателей, 2-ухудшение клинических показателей, 3-снижение частоты и длительности хронического заболевания, 4- состояние здоровья не изменилось.

### 23. БІР ЖЫЛДЫҚ БАРЛЫҚ КЕЛУІ ВСЕГО ПОСЕЩЕНИЙ ЗА ГОД

Жылы Год	Бір жылғы келулерінің саны Число посещений за год	Жылы Год	Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год	Жылы Год	Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год	Жылы Год	Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год

### 24. МҮГЕДЕКТІК, ПАТРОНАЖ, ҚАМҚОРЛЫҚ ИНВАЛИДНОСТЬ, ПАТРОНАЖ, ОПЕКА

Код *)	Қойылған күні Дата установления		Алынған (қайта қаралған) күні Дата снятия (пересмотра)		Код *)	Қойылған күні Дата установления		Алынған (қайта қаралған) күні Дата снятия (пересмотра)	
	айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год		айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год

\*) Мүгедектігі 1 топ (Инвалидность 1 группы) - 1; мүгедектігі 2 топ (инвалидность 2 группы) - 2; мүгедектігі 3 топ (инвалидность 3 группы) - 3; баланың мүгедектігі (инвалидность ребенка) - 4; патронаж - 5; қамқорлық (опека) - 6; жалпы ауруы бойынша мүгедектігі (1 және 2 топ) (инвалидность по общему заболеванию (1 и 2 группы)) - 7; жалпы ауруы бойынша мүгедектігі (3 топ) (инвалидность по общему заболеванию (3 группы)) - 8.

Форма

A4 форматы Формат A4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен
--	--





10. Ісік топографиясы (Топография опухоли): \_\_\_\_\_

АХЖ-О шифры (шифр МКБ-О) \_\_\_\_\_

11. Ісіктің морфологиялық түрі (Морфологический тип опухоли): \_\_\_\_\_

АХЖ-О шифры (шифр МКБ-О) \_\_\_\_\_

12. Ісік процесінің кезеңі (Стадия опухолевого процесса): \_\_\_\_\_

13. TNM жүйесі бойынша ісіктің таралуы (Распространенность опухоли по системе TNM): \_\_\_\_\_

14. Алыс метастаздардың орналасуы (Локализация отдаленных метастазов): \_\_\_\_\_

15. Диагнозды растау әдісі (тек бір негізгі әдісті көрсетіңіз) (Метод подтверждения диагноза) (указать только один основной метод): 1- морфологиялық (морфологический); 2-цитологиялық (цитологический); 3-рентгенологиялық (рентгенологический); 4- изотоптық (изотопный); 5-эндоскопиялық (эндоскопический); 6-УДЗ (УЗИ); 7-КТ (ЯМР); 8- тек клиникалық (только клинический); 9-мәйітті ашу (вскрытие); 10 – ИГХ (ИГХ); 11-миелограмма; 12-иммунофенотиптеу (иммунофенотипирование); 13-иммунологиялық (иммунологический); 14- цитогенетика (цитогенетика); 15 -цитохимия (цитохимия);16 - қандағы/несептегі М-градиент (М-градиент в крови/моче); 17 -көпше миеломедегі Lg (Lg пр множественной миеломе); 18 – Зертханалық диагностика (Онкомаркерлер) (Лабораторная диагностика (Онкомаркеры); 19 – ПЭТ-КТ;

16. Ісіктің анықталу жағдайы (Обстоятельства выявления опухоли): 1- өздігінен қаралды (обратился самостоятельно); 2- әйелдерді (ерлерді) қарау бөлмесінде (в женском (мужском) смотровом кабинете); 3-профилактикалық қараудың басқа түрлерінде (при других видах профосмотров); 4- басқа жағдайларда (при других обстоятельствах).

17. Кеш диагностикалау себептері (Причины поздней диагностики): 1- ауру ағымының астыртын жүруі (скрытое течение болезни); 2- дер кезінде қаралмауы (несвоевременное обращение); 3- тексеруден бас тартуы (отказ от обследования);

4- толық тексерілмеуі (неполное обследование); 5- дер кезінде диспансерленбеуі (несвоевременная диспансеризация);

6- клиникалық қате (ошибка клиническая); 7- рентгенологиялық қате (ошибка рентгенологическая); 8-морфологиялық қате (ошибка морфологическая); 9- басқа мамандардың қатесі (ошибка других специалистов) \_\_\_\_\_

қандай маманның қатесі екенін көрсетіңіз (указать какого).

18. Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

19. Есепке алынған күні (Дата взятия на учет): /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

20. Есепке алынды (Взят на учет): 1-бірінші рет анықталған диагнозымен (с диагнозом, установленным впервые); 2-бұрын анықталған диагнозымен (с ранее установленным диагнозом); 3-ведомстволық емдеу ұйымының есебінде (состоит на учете в ведомственной лечебной организации); 4- қайтыс болған соң есепке алынды: тірі кезінде анықталған диагнозымен (учтен посмертно с диагнозом установленным: при жизни); 5-қайтыс болған соң мәйітті ашпай (после смерти без вскрытия); 6- қайтыс болған соң мәйітті ашқанда (после смерти при вскрытии).

21. Есепке клиникалық топпен алынды (Взят на учет с клинической группой): 2-II; 3-III; 4- IV.

22. Алғашқы- көптік ісіктер кезінде (При первично-множественных опухолях): \_\_\_\_\_

Бақылау картасының № № контрольной карты	Нозологиялық нысан Нозологическая форма	АХЖ-10 шифры МКБ-10	1-метахронды (метахронная); 2-синхронды (синхронная)	Диагноз қойылған күн Дата установления диагноза


23. Есептен шығарылды (Снят с учета): /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг).
24. Себебі (По причине): 1-басқа жаққа кетуі (выезд); 2- диагноз расталмады (диагноз не подтвержден); 3-тері обыры (рак кожи (базалиома)); 4- қайтыс болды (умер); 5- беймәлім кеткен (нет сведений); 6-сауығу (выздоровление).
25. Қайтыс болу себебі (Причина смерти) \_\_\_\_\_ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10) \_\_\_\_\_
26. Аутопсия: 1 – өткізілмеді (не проводилась); 2 – өткізілді (проводилась); 3 – өткізілді, нәтиже белгісіз (проводилась, результат неизвестен).
27. Емдеу туралы мәліметтер (Сведения о лечении):

Емдеу түрі Вид лечения *)	Басталған күні Дата начала	Аяқталған күні Дата окончания	1- стационарлық стационарно; 2- амбулаториялық амбулаторно	1- диспансерде в диспансере 2-басқа мекемеде в других организациях 3- ОжРҚҒЗИ в КазНИИОиР	Емдеу түрі Вид лечения *)	Басталған күні Дата начала	Аяқталған күні Дата окончания	1- стационарлық стационарно; 2- амбулаториялық амбулаторно	1- диспансерде в диспансере 2- басқа мекемеде в других организациях 3- ОжРҚҒЗИ в КазНИИОиР

\*) 1- хирургиялық (хирургическое); 2 - сәулелік (лучевое); 3 - химиятерапиялық (химиотерапевтическое); 4 - біріктірілген (хирургиялық+ сәулелік) комбинированное (хирургическое+лучевое)); 5 – кешенді (5.1-хирургиялық+химиятерапиялық, 5.2-хирургиялық+ химиятерапиялық+ сәулелік) комплексное (5.1-хирургическое+химиотерапия, 5.2- хирургическое+химиотерапия+лучевое); 6-химиясәулелі (химиолучевое); 7-симптоматикалық (симптоматическое); 8- гормондық терапия (гормонотерапия); 9-иммундық терапия (иммунотерапия); 10 – таргеттік терапия (таргетная терапия).

28. Өткізілген операциялар (аты) Проведенные операции (название):  
 \_\_\_\_\_ АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9 \_\_\_\_\_ күні (дата) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) \_\_\_\_\_ АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9 \_\_\_\_\_ күні (дата) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) \_\_\_\_\_ АХЖ-9 шифры (шифр

МКБ-9 \_\_\_күні (дата)\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

\_\_\_АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9 \_\_\_күні (дата)\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

29. Сәулелеу тәсілі (Способ облучения): 1- ара қашықтықтық (дистанционное); 2- жабық сәуле көздерімен (закрытыми источниками); 3- ара қашықтықтық + қуыс ішілік (дистанционное + внутриполостное); 4 - ара қашықтықтық + тін ішілік (дистанционное+ внутритканевое); 5- қуыс ішілік (внутриполостное); 6- тін ішілік (внутритканевое).

30.Сәулемен емдеу түрі (Вид лучевого лечения):1-рентгендік терапия (рентгенотерапия); 2- жоғарғы энергиялардың тежегіштік сәулеленуі (тормозное излучение высоких энергий); 3-гамматерапия; 4- жылдам электрондар (быстрые электроны).

31. Сәулелеудің ошақтық қосынды дозасы (Суммарная очаговая доза облучения (Гр)): ісікке (на опухоль) \_\_\_; метастаздарға (на метастазы); \_\_\_ аймағындағы лимфа түйіндеріне (на регионарные лимфоузлы) \_\_\_ ісікке (на опухоль) \_\_\_; метастаздарға (на метастазы); \_\_\_ аймағындағы лимфа түйіндеріне (на регионарные лимфоузлы) \_\_\_ ісікке (на опухоль) \_\_\_; метастаздарға (на метастазы); \_\_\_ аймағындағы лимфа түйіндеріне (на регионарные лимфоузлы) \_\_\_

32. Пайдаланылған дәрілік препараттар (Используемые лекарственные препараты): тек амбулаториялық науқастар мен мемлекеттік сатып алу бойынша алынған препараттарды белгілеңіз (отмечать только для амбулаторных больных и препараты по гос.закупу)

Қабылдау басталған күн Дата начала приема	Препараттың атауы Наименование препарата	Қабылдау аяқталған күн Дата окончания приема	Өлшем бірлігі Ед. измерения	Қосынды доза Суммарная доза	Қабылдау басталған күн Дата начала приема	Препараттың атауы Наименование препарата	Қабылдау аяқталған күн Дата окончания приема	Өлшем бірлігі Ед. измерения	Қосынды доза Суммарная доза

33. Химиялық терапия курстары өткізілді (белгілеңіз) (Проведено курсов химиотерапии (отметить)): 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12

33.1 В гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита В): - химия терапияға дейін (до химиотерапии); -химия терапия кезінде (На фоне химиотерапии); -химия терапиядан кейін (После химиотерапии)

33.2 С гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита С): - химия терапияға дейін (до химиотерапии); -химия терапия кезінде (На фоне химиотерапии); -химия терапиядан кейін (После химиотерапии)

34. Алғашқы ісікке жүргізілген ем (Проведенное лечение первичной опухоли): 1-радикалды (радикальное);

2-паллиативтік (паллиативное); 3-симптоматикалық (симптоматическое);

35. Жүргізілген ем туралы мәліметтер (Сведения о проведении лечения): 1 - емді жалғастыруда (продолжает лечение); 2- науқастың емделуден бас тартуы (отказ больного от лечения); 3- арнайы ем жүргізуге соматикалық қарсы көрсетімдер (соматические противопоказания к проведению спец. лечения); 4-емдеуді аяқтады (закончил лечение); 5-арнайы ем

жүргізу кезінде дерттің үдеуі (прогрессирование на фоне спец. лечения);  
6-ем жүргізілмеді (лечение не проводилось).

36. Науқас жағдайы туралы деректер (Данные о состоянии больного):

Қаралу мезгілі (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год)	Келді (күні, айы, жылы) Явился (число, месяц, год)	Ісік процесінің жағдайы Состояние опухолевого процесса *)	Пациенттің жалпы жағдайы Общее состояние пациента**)	Қаралу мезгілі (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год)	Келді (күні, айы, жылы) Явился (число, месяц, год)	Ісік процесінің жағдайы Состояние опухолевого процесса *)	Пациенттің жалпы жағдайы Общее состояние пациента**)

\*) 1 - аурудың қайталануынсыз және метастазсыз (без рецидива и метастазов); 2 - жеке орналасқан ісік (локальная опухоль); 3 - ағза ауруының қайталануы (органный рецидив); 4 - аурудың ағзадан тыс қайталануы (внеорганный рецидив); 5 - бірлі-жарым метастаз (единичный метастаз); 6 - көп санды метастаздар (множественные метастазы); 7 - алғашқы ісіктің дамуы (прогрессирование первичной опухоли); 8 - жүйелік аурудың бәсеңдеуі (ремиссия системного заболевания); 9 - жүйелік аурудың дамуы (прогрессирование системного заболевания); 10 - жаңа алғашқы ісік анықталды (выявлена новая первичная опухоль); 11-толық клиникалық-гематологиялық ремиссия (полная клинико-гематологическая ремиссия); 12 - қайталану (рецидив); 13 - жартылай клиникалық-гематологиялық ремиссия (частичная клинико-гематологическая ремиссия).

\*\*) 1 - еңбекке толық қабілетті (полностью трудоспособен); 2 - жеңіл жұмысқа қабілетті (способен к легкой работе); 3- уақытының 50% төсекте өткізеді, шектелген жеңіл жұмысқа қабілетті (до 50 % времени проводит в постели, способен к ограниченному легкому труду); 4 - уақытының 50%-нан артығын төсекте өткізеді, өзіне қызмет көрсете алады (более 50 % времени проводит в постели, способен обслуживать себя); 5 - төсек тартып жатқан науқас, үнемі басқа адамның көмегіне мұқтаж (лежачий больной, постоянно нуждается в посторонней помощи); 6 - тірі, жағдайы белгісіз (жив, состояние неизвестно).

37. Есептік жылдың аяғындағы жағдайы (Состояние на конец отчетного года)

№	Күні (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год)	жыл аяғында на конец года		№	Күні (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год)	жыл аяғында на конец года	
		Клиникалық топ (клиническая группа)	1-тірі (жив); 2 - қайтыс болды (умер); 3 - басқа жаққа кетті (выехал); 4 - есептен шығарылды (снят с учета); 5- беймәлім кеткен (нет сведений)			Клиникалық топ (клиническая группа)	1-тірі (жив); 2- қайтыс болды (умер); 3-басқа жаққа кетті (выехал); 4- есептен шығарылды (снят с учета); 5-беймәлім кеткен (нет сведений)
1				16			

2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

38. Негізгі ауруы бойынша мүгедектігі (Инвалидность по основному заболеванию):

- 1 – 1-топтағы мүгедек (инвалид 1-й группы); 2 – 2-топтағы мүгедек (инвалид 2-й группы);  
3 – 3-топтағы мүгедек (инвалид 3-й группы); 4 – мүгедектігі жоқ (нет инвалидности).

A4 форматы  
Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды
		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 031/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 031/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 031/у с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 19.03.2015 № 153 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу**  
**КІТАБЫ**  
**КНИГА**  
записи вызовов врачей на дом  
за) 20\_\_ жылы бойынша (год) \_\_\_\_\_

---

Ескерту: әр терапевтік (педиатрлық) учаске, отбасылық дәрігерлік амбулатория бойынша  
(Примечание: По каждому терапевтическому (педиатрическому) участку, семейным и врачебным амбулаториям))

Р/с № п/п	Шақырту күні және сағаты Дата и время вызова	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Адрес	Учаске № Участок №	Шақырту себебі По какому поводу сделан вызов
1	2	3	4	5	6	7

№ 031/е н. артқы беті  
Разворот ф. № 031/у

Шақырту бірінші рет , қайталап, қарау белсенді Вызов первичный, повторный, посещение активное	Шақырту орындалған күн Дата выполнения вызова	Шақыртуды кім орындады Кем выполнен вызов	Шақыртуды орындаған адамның қолы Подпись выполнившего вызов	Диагноз	Көрсетілген көмек, науқас қайда жолданды (кезек күттірмейтін көмек алуға) Оказанная помощь, куда больной направлен (для неотложной помощи)
8	9	10	11	12	13

Примечание. В медицинских организациях, имеющих автоматизированные рабочие места медицинских работников, книга ведется в электронном виде.

При ведении книги в электронном виде в день регистрации вызова записи о вызове присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

A4 форматы  
Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.
--	---	---






продолжение таблицы

Гонобленнорея профилактикасы жасалды (ия, жоқ, немен) Профилактика гонобленнореи произведена (да, нет, чем)	Туберкулезге қарсы егілуі, екпе, күні, мөлшері, препараттың сериясы Вакцинация против туберкулеза, прививка, дата, доза, серия препарата	Ауруханаға (перзентханаға) жатқызылуы туралы белгі – қайда, қашан екенін көрсетіңіз Отметка о госпитализации в больницу (роддом) -указать куда и дату	Босанудан кейінгі кезеңде қарау, босанған әйелдің жағдайы туралы белгілер Отметка о посещениях в послеродовом периоде, состояние родильницы	Ескерту Қосымша деректер Примечания Дополнительные данные
12	13	14	15	16

A5 форматы

Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 037/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 037/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Стоматологиялық емхананың, бөлімшенің, бөлменің  
стоматолог - (тіс) дәрігерінің жұмысын күнделікті есепке алу

ПАРАҒЫ  
ЛИСТОК

ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача)  
стоматологической поликлиники, отделения, кабинета

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты  
(фамилия, имя, отчество врача)

Р / с № № п / п	Пациентті қабылдау уақыты Время приема пациента	Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество пациента	Туған күні Дата рождения	Толық жасы Число полных лет	Мекенжайы, амбулаторлық картасының № Адрес, № амбулаторной карты	Тегін медициналық көмектің кепіл берілген көлемі шеңберінде жеңілдігі бар контингенттер Льготные контингенты в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи	Басқа қалалықтар Иного родные
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Оның ішінде тегін медициналық көмектің кепіл берілген көлемі шеңберінде жеңілдігі бар контингенттер Из них льготные контингенты в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи	Алғашқы рет қабылданғандар Первично принятые	Диагноз	Емдеу жалғасуда Продолжает лечение	Іс жүзінде атқарылған жұмыс көлемі Факт. вып. объем работы	Емдеу аяқталды Закончено лечение	ЕШБ (енбектің шартты бірлігі) УЕТ (условные единицы труда)	Жұмыстың құны Стоимость работы
9	10	11	12	13	14	15	16

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

№ 037/е н. толтыру туралы нұсқау

"Парақ" тіс дәрігерінің бір күн ішінде жүргізген жұмыстарын есепке алу үшін қолданылады. Парақ бағандары өз аттарына сәйкес толтырылады.

10 - бағанда алғашқы келуі көрсетіледі. Келу мақсатына қарамастан емдеу ұйымына (стоматологиялық) осы календарлық жылда бірінші рет келген адам бірінші келген болып саналады. Егер қабылдау учаскелік принцип бойынша жүргізілетін болса, 6 - бағанда тіркелген учаскеден келген пациенттерге "У" белгісі қойылады.

Басқа қалалардан келген пациенттерді қабылдаған жағдайда, 8 - бағанда, қалалықтар - "Қ", ауылдықтар - "А" белгісімен белгіленеді.

Жарықтан қатаятын материалдан қойылған пломбылар мен бір сеанс кезінде емделінген асқынған тісжегі 13 - бағанда қосымша белгілер арқылы бөлінеді.

14 - бағанда тістер санына қарамастан нақты нозологиялық форма бойынша емделуі аяқталған пациенттер есепке алынады. Мұндайда қандай диагноз жөнінде емдеу аяқталғанын келесі шартты белгілермен атап өту арқылы: тісжегі – ТЖ, РL – пульпит, РТ – периодонтит, Пз – парадонтит, Г – гингивит және т.б. көрсетіледі. Сонымен қатар 14 - бағанда профилактикалық жұмыстары бойынша санация жасалынған пациенттер жазылады. Санация жасалынған болып ауыз қуысы хирургиялық немесе терапиялық жолмен сауықтырылған адамдар саналады.

Указания по заполнению ф. № 037/у

"Листок" служит для учета работы врача-стоматолога, проводимой им в течение одного дня.

Графы листка заполняются соответственно их наименованию.

В графе 10 - указывается первичное посещение. Первичным считается пациент, впервые обратившийся в лечебную организацию (стоматологическую) в календарном году, независимо от цели обращения.

В графе 6, если прием ведется по участковому принципу, пациентам с приписного участка проставляется обозначение "У".

В случаях приема иногородних пациентов в графе 8 отмечается к городским – "Г" или сельским жителям "С" - относится пациент. Пломбы из светоотверждаемого материала, а так же по поводу осложненного кариеса, леченного в один сеанс, в графе 13 – выделяются дополнительными символами

В графе 14 – учитываются пациенты, которым закончено лечение по поводу конкретной нозологической формы, независимо от количества зубов.

При этом указывается условное обозначение диагноза, по поводу которого закончено лечение всех зубов с данной патологией, - С – кариес, Рl – пульпит, Рt – периодонтит, Пз – пародонтит, Г – гингивит и т.д. Одновременно в графу 14 вносятся санированные пациенты из профилактической работы.

Санированным считается лицо, которому закончено хирургическое и терапевтическое оздоровление полости рта.

A5 форматы

Формат А5

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды
		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 037-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 037-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Ортопед (ортодонт) стоматолог-дәрігерінің күнделікті  
жұмысын есепке алу  
ПАРАҒЫ\*  
ЛИСТОК\***

**ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда  
(ортодонта)**

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты  
(фамилия, имя, отчество врача)

Р/с № №п/ п	Қабылдау уақыты Часы приема	Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество пациента	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы, амбулаторлық карта № Адрес, № амбул. карты	Басқа қалалықтар Иногородние
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Наряд № № наряда	Келуінің реттік № Порядковый № посещения	Диагноз	Жүргізілген ем немесе оның сатылары Проведенное лечение или его этап	Халық тобы Группа населения	Емдеу аяқталды, кеңес Лечение закончено , консультация	Жұмыстың құны Стоимость работы
7	8	9	10	11	12	13

\* "Парақ" дәрігердің бір күндік жұмысбастылығын көрсететін құжат.

6 - бағанда "Қ" - қала тұрғыны, "А" - ауыл тұрғыны белгілерімен толтырылады.

7 - бағанда тістехникалық зертханада жұмыстың орындалуын бақылау мақсатымен наряд нөмірі көрсетіледі.

8 - бағанда пациенттің дәрігерге нешінші рет қаралуы көрсетіледі.

11 - бағанда протез салдырушы: зейнеткер - "З", Ұлы Отан соғысының мүгедегі - "ҰОСМ" және т.б. белгілермен декреттелген (заңдастырылған) топ белгіленеді, егер пациент декреттелген топқа жатпаса, онда бағанға - сызықша қойылады.

12 - бағанда ауыз қуысын толық протездеуді (тіс қатарларының барлық ақаулары орнына келтірілген) бітірген адамдар туралы деректер жазылады. Жұмыс күнінің қосынды деректері ортопед-дәрігердің біріктірілген ведомосындағы айдың күніне сәйкес жолына жазылады.

\* "Листок" - является первичным документом, отражающим загруженность одного рабочего дня врача

Графа 6 – заполняется символами "Г" - житель города, "С" - житель села.

В графе 7 – указывается номер наряда, с целью контроля за исполнением работы в зуботехнической лаборатории

В графе 8 – указывается какое по счету посещение пациент находится у врача

Графа 11 - указывает декретированную группу к которой принадлежит протезируемый, "П" - пенсионер, "ИОВ" и т.д.,

если пациент не принадлежит к декретированному контингенту, в графе ставится прочерк

Графа 12 - содержит сведения о лицах, закончивших полное протезирование полости рта (восстановлены все дефекты зубных рядов).

Суммарные данные за рабочий день вносятся в сводную ведомость врача-ортопеда (ортодонта) в строку, соответствующую данному числу месяца.



месяца	Всего	жители	приеме	работы		в том числе сельские		в том числе сельские
A	1	2	3	4	5	6	7	8
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
16								
17								
18								
19								
30								
31								
Барлығы Итого:								

продолжение таблицы

Адамдарды үйге барып қарау барлығы Сделано посещений на дому всего	оның ішінде 14 жасқа дейінгі балаларға в т.ч. к детям в возрасте до 14 лет		Үйде қанша сағат қарады Отработано часов на дому
	сырқаты салдарынан по поводу заболевания	алдын алу шаралары және патронаж профилактических и патронаж	
9	10	11	12

Примечание. В медицинских организациях, имеющих автоматизированные рабочие места медицинских работников, ведомость ведется в электронном виде.

При ведении ведомости в электронном виде записи о посещении присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

A4 форматы  
Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 039-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Денсаулық пунктiнiң, фельдшерлiк-акушерлiк пункттiң  
орташа медициналық персоналына қаралуды есепке алу  
ВЕДОМОСЫ  
ВЕДОМОСТЬ**  
учета посещений к среднему медицинскому персоналу  
здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта  
(за) 20\_\_ жылы(год) \_\_\_\_\_ бойынша.

Орташа медицина қызметкерінің тегі мен лауазымы  
(Фамилия и должность среднего медработника)

Ай күндері Числа месяца	Профилактикалық мақсатпен қабылданған науқастар мен тұлғалар Принято больных и лиц, обратившихся с профилактической целью	Үйінде қаралды Сделано посещений на дому		
		Барлығы Всего	Оның ішінде патронаждық в том числе патронажных	
			балаларға к детям	жүктілер мен жас босанғандарға к беременным и родильницам
А	1	2	3	4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
Және т.б. (и т.д.) Барлығы (Итого)				

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

Ескерту: Процедуралар негізінде қарау жеке медициналық көмек көрсету үшін қарау деп есептеледі.  
Примечание: Посещения по поводу процедур учитываются как посещения по оказанию самостоятельной  
медицинской помощи

A4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-2/е нысанды медициналық құжаттама



Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 039-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907
-------------------------------------	-------	--

**Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда  
 стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық  
 қабылдаулар жұмысының  
 ЖИЫНТЫҚ ВЕДОМОСЫ  
 СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ  
 ежедневного учета работы врача-стоматолога  
 терапевтического и хирургического приемов  
 стоматологических организаций всех форм собственности**

(за) 20\_\_ жылы (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_ бойынша \_\_\_\_\_  
 дәрігердің ТАӘ (ФИО врача)

Күні Дата	Келу саны Число посещений							
	Барлығы Всего	14 жасқа дейінгі балалар в т.числе дети до 14 лет	18жасқа дейінгі жасөспірімдер в т. числе подростки до 18 лет	Басқа жеңілдік топтары Другие льготные группы		олардың ішінде алғашқы келу из них первичные посещения	оңың ішінде 14 жасқа дейінгі балалар в т.ч. дети до 14 лет	
				Жүкті әйелдер Беременные женщины	Жіті тіс ауруымен ауыратын науқастар Пациенты с острой зубной болью			
1	2	3	4	5	6	7	8	

продолжение таблицы

Пломба салыну себебі Наложение пломб по поводу							
Барлығы Всего	Асқынбаған тісжегі Неосложненный кариес			Асқынған тісжегі Осложненный кариес		Тістердің тісжегісіз бүлінуі Некариозные поражения зубов	
	Сыртқы қабаты Поверхностный	Орташа Средний	Терең Глубокий	Пульпит	Периодонтит	Тілінуге дейін До прорезывания	Тілінуден кейін После прорезывания
9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Алдын алу жұмыстары Профилактическая работа		

Жоспарлы түрде қаралды Осмотрено в плановом порядке	Тексерілгендердің ішінен тазалауды қажет ететіні Нуждалось в санации из числа осмотренных	Тазалауды қажет ететіндердің ішінен емделгені Вылечено из числа нуждавшихся в санации	Жұмыс көлемінің шартты бірлігі жасалды (ЖКШБ) Выработано условных единиц трудоемкости (УЕТ)
17	18	19	20

продолжение таблицы

Қандай желеу бойынша емдеу курсы аяқталды Закончен курс лечения по поводу							
Гингивит			Пародонтит дәрежесі (степень)			Пародонтоз	Жылбысқы қабық сырқаты Заболевания слизистой
Қабынулық Катаральный	Гипертрофиялық Гипертрофический	Жаралы Язвенный	Жеңіл Легкая	Орта Средняя	Ауыр Тяжелая		
21	22	23	24	25	26	27	28

продолжение таблицы

Хирургиялық араласулар Хирургические вмешательства				Санация жасалды Санировано	Бағасы Сумма
Тістер жұлынуы Удалено зубов		Шұғыл операциялар Экстренные операции	Жоспарлы операциялар Плановые операции		
Барлығы Всего	Пародонт сырқаттары салдарынан По поводу заболеваний пародонта				
29	30	31	32	33	34

Тіс - дәрігерінің қолы (Подпись врача-стоматолога) \_\_\_\_\_

A4 форматы

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-3/е нысанды медициналық құжаттама



Механического действия	Функционального действия	Механического действия	Функционального действия	Аппараты сочетанного действия	Шешілмейтін Несъемные	Шешілетін Съемные	в орт
9	10	11	12	13	14	15	

продолжение таблицы

Ортодонттық емдеу аяқталған адамдар саны Число лиц, которым закончено ортодонтическое лечение						Жұмыс құнының жалпы сомасы Общая сумма стоимости работ
оның ішінде в том числе						
барлығы всего	жеке тістер аномалиясымен с аномалиями отдельных зубов	тістер қатарының аномалиясымен с аномалиями зубных рядов	тістемнің сагиталдық аномалиясымен с сагиттальными аномалиями прикуса	тістемнің трансверзалдық аномалиясымен с трансверзальными аномалиями прикуса	тістемнің тік аномалиясымен с вертикальными аномалиями прикуса	
17	18	19	20	21	22	23

A3 форматы  
Формат А3

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 039-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Стоматолог-ортопед дәрігердің жұмысын есепке алудың  
ЖИЫНТЫҚ ВЕДОМОСЫ  
СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ  
учета работы врача-стоматолога-ортопеда**

20\_\_ жылғы (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_

дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты  
(фамилия, имя, отчество врача)

--	--	--	--

Ай күндері Числа Месяца	Келулер саны Число посещений		Жасанды тісті қаптағыштар Искусственные коронки						
	Барлығы Всего	оның ішінде басқа қалалықтар в т.ч. иногородние	Барлығы Всего	олардың ішінде в том числе					Барлығы Всего
				металдан металлические	олардың ішіндеқұйылғандар из них литые	пластмассадан пластмассовые	фарфордан фарфоровые		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

продолжение таблицы

олардың ішінде металлокерамикадан в том числе металлокерамические					Шлифтік тістер Шлифтовые зубы	Шешілетін протездер Съемные протезы			
						Пластмассадан Пластмассовые			
						Жартылай Частичные		Толық Полные	
Барлығы Всего	құйылған тістер литых зубов	фасеткалар фасеток	коронкалар коронки	тістер зубов		фарфордан фарфоровые	пластмассадан пластмассовые	фарфордан фарфоровые	пластм пластм
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

продолжение таблицы

Шешілетін протездер Съемные протезы				Тұрақты шиналар Постоянные шины	Шина – протездер Шины - протезы	Протез алған адамда Лица, получившие прот		
Бюгельді Бюгельные						Барлығы Всего	олардың ішінде в том числе	
Жартылай Частичные		Толық Полные					төлем ақысыз бесплатно	металлокер металлокер
фарфордан фарфоровые	пластмассадан пластмассовые	фарфордан фарфоровые	пластмассадан пластмассовые	26	27	28	29	30
22	23	24	25	26	27	28	29	30

A5 форматы

Формат

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 040/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы  
Наименование организации

Медицинская документация Форма № 040/у  
Утверждена приказом  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

**Дәрігерге қаралуға алдын ала жазылу  
КАРТОЧКАСЫ  
КАРТОЧКА  
предварительной записи на прием к врачу**

(на) 20\_\_ жылы (год) "\_\_" \_\_\_\_\_ күніне  
Дәрігердің тегі (Фамилия врача) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Бөлме (кабинет) \_\_\_\_\_

Кезектік № Очередной №	Қабылдау сағаты Часы приема	ТАӘ ФИО	Мекенжайы немесе коды Адрес или код

A5 форматы  
Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 043/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 043/у утверждена приказом



Шартты белгілері: жоқтығы - 0, түбір - Условные обозначения: отсутствует - 0, корень - -																				
Тіс жегі - С, пульпит - Р, периодонтит - Рт, пломба салынған -П Кариес - С, пульпит - Р, периодонтит - Рт, пломбированный - П	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
Парадонтоз - А, босауы - I, II, III(дәрежесі). Коронка - К. Жасаңды тіс - Ж Парадонтоз - А, подвижность - I, II, III ( степень), коронка - К, иск. зуб - И																				

---

---

---

---

---

---

---

---

Тістем (прикус) \_\_\_\_\_  
 Ауыз қуысының, қызыл иектің жылбысқы қабықтарының, альвеоалалық  
 өскіндер мен таңдай жағдайлары (Состояние слизистой оболочки полости  
 рта, десен, альвеолярных отростков и неба) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Рентгендік зертханалық зерттеулер деректері (Данные рентгеновских  
 лабораторных исследований) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

	Анамнез, статус, диагноз және қайта сырқаттанып келгендегі емделу КҮНДЕЛІГІ	
--	---	--







Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 045/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 045/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер  
КАРТАСЫ  
КАРТА  
обратившегося за антирабической помощью**

20\_\_ жылы( год) \_\_\_\_\_  
Қаралу күні (Дата обращения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_
2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_
3. Мекенжайы, телефон (Домашний адрес, телефон) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Жұмысы мен жұмыс орны, телефон № (Занятие и адрес места работы,  
№ телефона) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Тістеу, тырнау, сілекей жағылу күні (астын сызыңыз және жазыңыз)  
(Дата укуса, оцарапания, ослюнения (подчеркнуть и вписать))  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Тістелгені туралы қай емдеу ұйымына қаралды және қашан  
(В какую лечебную организацию обращался по поводу укуса и когда)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Жарақат сипаттамасы және оның орналасуы (Описание повреждения и  
локализация его) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Тістеген, тырнаған, сілекейін жаққан жануар туралы мәлімет  
(Сведения об укусившем, оцарапавшем, ослюнившем животном)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Тістеу, тырнау, сілекей жағылу қандай жағдайда болды  
(Обстоятельства укуса, оцарапания, ослюнения) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Жануардың құтырғанын ветдәрігер клиникалық, зертханалық жолмен  
анықтады(астын сызыңыз немесе жазыңыз) (Бешенство животного  
установлено ветврачом клинически, лабораторно (подчеркнуть или  
вписать)) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Жануар сау, өлді, өлтірілді, белгісіз(астын сызыңыз немесе  
жазыңыз) (Животное осталось здоровым, пало, убито, неизвестно)

(подчеркнуть или вписать)) \_\_\_\_\_

12. Қаралушының анамнезі: (Анамнез обратившегося):

а) жүйке жүйесінің сырқаттары (заболевание нервной системы) \_\_\_\_\_

б) спирттік ішімдіктер ішуі, жиілігі (употребляет ли спиртные напитки, как часто) \_\_\_\_\_

в) бұрын құтырмаға қарсы екпелер егілген бе, қашан, қанша (получал ли в прошлом антирабические прививки, когда, сколько) \_\_\_\_\_

г) басқа мәліметтер (прочие сведения) \_\_\_\_\_

13. Екпенің арналуы (Назначение прививки) \_\_\_\_\_

14. Белгіленген режим (ауруханаға жатқызылды, амбулаторлық емделу) (Назначенный режим (госпитализация, амбулаторное лечение)) \_\_\_\_\_

15. Құтырмаға қарсы гаммаглобулин егілді, күні, сериясы (Введение антирабического гаммаглобулина, дата, серия) \_\_\_\_\_

16. Тері іші сынамасына серпіліс: қызару (Реакция на внутрикожную пробу: покраснение) \_\_\_\_\_

Ісіну (Отек) \_\_\_\_\_

Десенсибилизация: бір мәрте, екі мәрте  
(Десенсибилизация: однократная, двухкратная)

Тәуліктік мөлшері (Суточная доза) \_\_\_\_\_

Қайталап енгізілуі: (Повторные введения):

Күні (Дата) \_\_\_\_\_ Дозасы (Доза) \_\_\_\_\_ Сериясы (Серия) \_\_\_\_\_

Күні (Дата) \_\_\_\_\_ Дозасы (Доза) \_\_\_\_\_ Сериясы (Серия) \_\_\_\_\_

№ 045 /е н. 3 беті  
стр. 3 ф. № 045/у

17. Екпе кезіндегі асқынулар (Осложнения во время проведения прививок) \_\_\_\_\_

18. Екпе курсы толығымен аяқталды, жануар сау болып шығуына байланысты тоқтатылды, өздігінен тоқтатты (астын сызыңыз немесе жазыңыз) (Курс прививок полностью закончен, отменен, так как животное оказалось здоровым, прерван самовольно и прочие (подчеркнуть или вписать)) \_\_\_\_\_

19. Үзілген екпелерді жалғастыруға қандай шаралар қабылданды (Какие приняты меры к продолжению прерванных прививок) \_\_\_\_\_

20. Ескерту (Примечание) \_\_\_\_\_

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

Екпе кезіндегі тәртіп ережелерімен таныстым (С правилами поведения во время прививок ознакомлен) \_\_\_\_\_

Р/ с № п/ п	Екпе күні Дата прививки	Вакцинаның дозасы Доза вакцины	Вакцина сериясының № № серии вакцины	Екпені жүргізген адамдардың қолы Подпись лиц производивших прививки	Р/ с № п/ п	Екпе күні Дата прививки	Вакцинаның дозасы Доза вакцины	Вакцина сериясының № № серии вакцины	Екпені жүргізген адамдардың қолы Подпись лиц производивших прививки

A4 форматы  
Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 048/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 048/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**МЕКТЕП ОҚУШЫСЫНЫҢ  
САНАЦИЯЛЫҚ КАРТАСЫ  
САНАЦИОННАЯ КАРТА ШКОЛЬНИКА  
20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_**

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ мекенжайы (домашний адрес) \_\_\_\_\_  
Мектеп (Школа)№ \_\_\_\_\_ бала-бақша (детсад)№ \_\_\_\_\_ ұйым (организация) \_\_\_\_\_

Тұрмыс жағдайы мен тамақтану сипаттамасы (Условия быта и характер питания) \_\_\_\_\_

Бастан өткерген аурулары (Перенесенные заболевания) \_\_\_\_\_  
Қазіргі денсаулық жағдайы (Состояние здоровья в настоящее время) \_\_\_\_\_





Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 049/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 049/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Ауыз қуысын профилактикалық тексеріп-қарауды есепке алу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**учета профилактических осмотров полости рта**

20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_ басталды (начат)  
20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_ аяқталды (окончен)

Р/ с № № п/ п	Пациенттің тегі , аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество пациента	Туған күні Дата рождения	Қаралған күні Дата осмотра	Қарау күндері Дни осмотра			Қосымша мәліметтер Дополнительные сведения	Емдеудің аяқталған күні Дата окончания санации
				Сау Здоров	Бұрын тазаланған Ранее санирован	Тазалауды қажет етеді Нуждается в санации		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Журнал тіс дәрігерінің барлық профилактикалық жұмыстарын тіркеудегі негізгі есеп құжаты болып табылады. Бұл құжаттың негізінде профилактикалық жұмыстарының сапалық және сандық талдауы жүргізіледі. Бағандар өзінің белгіленуіне сай толтырылады. 8 баған тіс формуласы мен шартты белгілерді қолдана отырып өткізілуге тиісті жұмыс көлемін есепке алу үшін қолданылады: Тісшегі – Т, пульпит – рІ, периодонтит – Рт.  
Журналдағы деректер дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағына және біріктірілген ведомосқа жазылады. "Профилактикалық жұмыстар" бөліміндегі айдың күніне сай келетін жолға жазылады.

Журнал является основным учетным документом для регистрации всей профилактической работы врача-стоматолога, на основе которого проводится качественный и количественный анализ профилактической работы. Графы заполняются соответственно их обозначений. Графа 8 служит для учета объема предстоящей санации с использованием зубной формулы и условных обозначений: Кариес – с, пульпит – рІ, периодонтит – Рт. Сведения из журнала заносятся в листок ежедневного учета работы врача, а так же



в сводную ведомость. В разделе "Профилактические работы" в строку соответствующую данному числу месяца.

A5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 052/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 052/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Профилактикалық флюорографиялық тексеріп-қарау  
КАРТАСЫ  
КАРТА  
профилактических флюорографических обследований**

басталуы (заведена) \_\_\_\_\_  
күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Флюорографиялық (рентгенологиялық) жолмен ұзақ уақыт тексерілмеді (Длительно не обследовался флюорографически (рентгенологически)) \_\_\_\_\_ жыл (лет)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Жынысы: Е.-1, Ә.-2 (Пол: М - 1, Ж - 2)

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Кәсібі (Профессия) \_\_\_\_\_

Мекенжайы (Адрес домашний) \_\_\_\_\_

Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_

Жағдайын ауырлататын созылмалы сырқаттары болуы (жазыңыз)

Наличие отягощающих хронических заболеваний (вписать) \_\_\_\_\_

(1)

Міндетті контингент (Обязательный контингент)

(2)




Рентгенолог дәрігердің қолы (Подпись врача рентгенолога) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 053/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРУ ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ ЖАСТАРДЫҢ ЕМДЕУ КАРТАСЫ №**  
**ЛЕЧЕБНАЯ КАРТА ДОПРИЗЫВНИКА №**

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_
2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_
3. Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың мекенжайы (Местожительство допризывника) \_\_\_\_\_
4. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) \_\_\_\_\_
5. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) \_\_\_\_\_
6. Ауруының аты (әскери тіркеуге байланысты медициналық комиссиясының ұйғарымы) (Название болезни (заключение мед. комиссии по приписке)) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Келу уақыты (Срок явки):  
а) Келуі тағайындалды (Назначено явиться) 20\_\_ жылы (года) \_\_\_\_\_ айы (месяц)  
Келуі туралы ескерту жіберілді (отправлено напоминание о явке) \_\_\_\_\_  
20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ айы (месяц)  
Келді (Явился) 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ айы (месяц)  
б) Келуі тағайындалды (Назначено явиться) 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ айы (месяц)  
Келуі туралы ескерту жіберілді (отправлено напоминание о явке) \_\_\_\_\_  
20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ айы (месяц)  
Келді (Явился) 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ айы (месяц)
8. Дәрігердің бақылауында болды (Находился под наблюдением врача)  
\_\_\_\_\_

күні (дата)

9. Диагнозы (емдеу ұйымында анықталды) (Диагноз (установлен в лечебной организации)) \_\_\_\_\_

10. Объективті зерттеулер деректері (Данные объективного обследования) \_\_\_\_\_

11. Рентгенодиагностика деректері (Данные рентгенодиагностики) \_\_\_\_\_

12. Зертханалық тексерулер деректері (Данные лабораторного исследования) \_\_\_\_\_

13. Басқа зерттеулер деректері (Данные других исследований) \_\_\_\_\_

14. Қандай емдеу жүргізілді (Какое проведено лечение) \_\_\_\_\_

15. Емдеу нәтижесі (Результат лечения) \_\_\_\_\_

16. Емдеу ұйымының есебінен шығарылардағы денсаулық жағдайы мен әскери қызметке жарамдылығы туралы алдын ала ұйғарым (Предварительное заключение о состоянии здоровья и годности к военной службе при снятии с учета лечебной организации) \_\_\_\_\_

17. Емдеу ұйымының есебінен шығарылды (Снят с учета лечебной организации) \_\_\_\_\_

Емдеу ұйымының мөрі "\_\_\_"\_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года)

(Печать лечебной организации)

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) \_\_\_\_\_

(қолы подпись)

Бас дәрігер (Главный врач) \_\_\_\_\_

(қолы подпись)

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 053/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

КЕСУ ТАЛОНЫ № \_\_\_\_\_

Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емделу картасының № \_\_\_\_\_ (әскерге шақыру жасына дейінгі жастар емделіп болған соң толтырылып, аумақтық орган арқылы әскери комиссариатқа жіберіледі)

ОТРЕЗНОЙ ТАЛОН № \_\_\_\_\_  
лечебной карты допризывника № \_\_\_\_\_ (по снятии допризывника с лечения заполняется и направляется через территориальный орган в военкомат)

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

2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

3. Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың мекен-жайы  
(Местожительство допризывника) \_\_\_\_\_

4. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) \_\_\_\_\_

5. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) \_\_\_\_\_

6. Ауруының аты (әскери тіркеуге байланысты медициналық комиссиясының ұйғарымы) (Название болезни (заключение мед. комиссии по приписке)) \_\_\_\_\_

7. Келу уақыты (Срок явки):

а) Келуі тағайындалды (Назначено явиться) 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_ айы (месяц)

Келуі туралы ескерту жіберілді (отправлено напоминание о явке) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ айы (месяц)

Келді (Явился) 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ айы (месяц)

күні (дата)

б) Келуі тағайындалды (Назначено явиться) \_\_\_\_\_

айы (месяц) 20\_\_жылғы(года)

Келуі туралы ескерту жіберіледі (Отправлено напоминание о явке)

\_\_\_\_\_айы (месяц) 20\_\_жылғы (года)

Келді (Явился) \_\_\_\_\_ айы (месяц) 20\_\_ жылғы (года)

8. Дәрігердің байқауында болды (Находился под наблюдением  
врача) \_\_\_\_\_

күні (дата)

Емделуі

Прохождение лечения

9. Анамнез: алдыңғы бақылаулар деректері мен алғашқы қарау деректері  
(Анамнез: данные предшествовавших наблюдений и данные первичного  
осмотра) \_\_\_\_\_

10. Рентгенодиагностика мен зертханалық зерттеу деректері (Данные  
рентгенодиагностики и лабораторного исследования) \_\_\_\_\_

11. Диагноз \_\_\_\_\_

12. Емдеу ұйымының есебінен шығарылардағы денсаулық жағдайы мен  
әскери қызметке жарамдылығы жайлы алдын ала ұйғарым (Предварительное

заклучение о состоянии здоровья и годности к военной службе при снятии с учета лечебной организации) \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) \_\_\_\_\_  
қолы (подпись)

Бас дәрігер (Главный врач) \_\_\_\_\_  
қолы (подпись)

**Медициналық бақылау деректері**  
**Данные медицинского наблюдения**

Келу күні Дата посещения	Өтпелі бақылаулар Текущие наблюдения	Тағайындалымдар Назначение

Форма

A4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 054/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 054/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРҒАНҒА ДЕЙІНГІЛЕРДІҢ ЖЕКЕ  
ТІЗІМІ \_\_\_\_\_ жылы туғандар, жолдануы  
ИМЕННОЙ СПИСОК ДОПРИЗЫВНИКОВ  
\_\_\_\_\_ годов рождения, направляемых  
тексерілуге, жүйелі түрде емдеуге,  
диспансерлік қадағалауға

(на обследование, для систематического  
лечения, на диспансерное наблюдение)

ұйымның атауы (наименование организации) \_\_\_\_\_

Код КАТО \_\_\_\_\_ Облыс (өлке) (Область(край)) \_\_\_\_\_

елді мекен (населенный пункт) \_\_\_\_\_ аудан (район) \_\_\_\_\_

Р/с № № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы (толық) Место жительства (подробный адрес)	Жұмыс (оқу) орны Место работы ( учебы)	Аурудың атауы Название заболевания	Келу мерзімдері Сроки явки	
						келуі тағайындалды (күні) назначено явиться ( дата)	келді (күні) явился (дата)
1	2	3	4	5	6	7	8

054/е н. артқы беті

Оборот ф. № 054 /у

Р/с № № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы (толық) Место жительства (подробный адрес)	Жұмыс (оқу) орны Место работы ( учебы)	Аурудың атауы Название заболевания	Келу мерзімдері Сроки явки	
						келуі тағайындалды (күні) назначено явиться ( дата)	келді (күні) явился (дата)
1	2	3	4	5	6	7	8

20 \_\_\_\_ жылғы(года) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Аудандық әскери комиссар

(Районный военный комиссар) \_\_\_\_\_

Ескерту: есеп нысанын жүйелін түрде емделуге келмегендер үшін де қолдануға болады, ол кезде «жолданушылар» сөзін «келмегендер» сөзімен, «аудандық әскери комиссар» сөздері «бас дәрігер» сөздерімен ауыстырылады

Примечание: учетная форма может быть использована и для списка не явившихся для систематического лечения путем замены слова “направляемых” на “не явившихся” и в этих случаях слова “районный военный комиссар” заменяется словами “главный врач”

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 054-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 054-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРЫЛАТЫН ЖАСӨСПІРІМДЕР ТІЗІМІ** \_\_\_\_  
**жылы туғандар, жолдануы**  
**ИМЕННОЙ СПИСОК ДОПРИЗЫВНИКОВ** \_\_\_\_  
**годы рождения, направляемых**  
**тексерілуге (на обследование)**

---

ұйымның атауы (наименование организации)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 054-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 054-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРЫЛАТЫН ЖАСӨСПІРІМДЕР ТІЗІМІ** \_\_\_\_ жылы  
**туғандар, жолдануы**  
**ИМЕННОЙ СПИСОК ДОПРИЗЫВНИКОВ** \_\_\_\_ (годов  
**рождения, направляемых)**  
**диспансерлік қадағалауға (на диспансерное наблюдение в)**

---

ұйымның атауы (наименование организации)



Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 055/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 055/ у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года №907

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы**  
**Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг**

Р/с № п/п	ТАӘ ФИО	Күні Дата	Мекен - жайы Адрес	Пациенттің тұлғалық- әлеуметтік мәртебесі Личностно- социальный статус пациента	Отбасы туралы ақпарат Инфор- мация о семье	Әлеу- меттік диаг- нозы Социаль - ный диагноз	Үйге барғанда анықтал- ған пробле- малар Выявлен- ные проблемы при	Әлеу- меттік қызмет- керді бағалау Оценка со- циаль- ного	Әлеу- меттік қызмет- кердің іс- әрекет жоспары План дейст- вий со- циаль- ного	Қызметтің атауы (Название услуги): Волонте- рлерді дайындау ( подго- товка волон- теров) (1) Тақырыптың/ трени- нгтің атауы (название темы/ тренинга) (2 ) Протездеу ( протези- рование) (3) Алынған кешу құралы (	Ес- кертпе Приме- чание
-----------------	------------	--------------	-----------------------------	--	---	--	---	---	---	---	----------------------------------



(Регистрационный медицинский номер (PMH)

8. Туған жері: Ел (Место рождения: Страна) \_\_\_\_\_ Өңір (Регион (область) \_\_\_\_\_

Аудан, қала (Район, город) \_\_\_\_\_ Елді-мекен (Населенный пункт) \_\_\_\_\_

7.  Паспорт (Паспорт)  Жеке куәлік (Удостоверение личности)

Туу туралы куәлік (Свидетельство о рождении)

Өзге де ((прочие)

Сериясы (Серия) \_\_\_\_\_ Нөмірі (Номер) \_\_\_\_\_ Кім берді (Кем выдан): \_\_\_\_\_

Берілген күні (Дата выдачи) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ жылғы (года)

9. Тұрақты тұратын жері (тіркелген орны) (Постоянное место жительства (место прописки):

Облыс (область) \_\_\_\_\_ Аудан, қала (район, город) \_\_\_\_\_

Елді мекен (Населенный пункт) \_\_\_\_\_

Көше (Улица) \_\_\_\_\_ Үй (дом) \_\_\_\_\_ Пәтер (квартира) \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

10. Тұратын жері: Облысы (Место проживания: область) \_\_\_\_\_ Аудан, қала (Район, город) \_\_\_\_\_

Елді мекен (Населенный пункт) \_\_\_\_\_

Көше (улица) \_\_\_\_\_ Үй (дом) \_\_\_\_\_ Пәтер (квартира) \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

11. Осы медициналық ұйымда \_\_\_\_\_ жылдан бастап қызмет көрсетіледі. (обслуживается в данной медицинской организации с \_\_\_\_\_ года).

12. Отбасы жағдайы (Семейное положение):  Бойдақ (холост);

Тұрмыста емес (незамужем);  Үйленген (женат);  Тұрмыста

(замужем);  Айрылған (разведен (а));  Әйелі өлген (Вдовец);

Жесір (Вдова).

13. Білімі (Образование):  Жоғары (Высшее);  Аяқталмаған жоғары

(Незаконченное высшее);  Арнаулы орта (среднее спец.);  Бастауыш (начальное).

14. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы) \_\_\_\_\_

15. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер

(служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы

(работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы

(учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 - жеке еңбекпен

айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом), 8 - табынушы

(служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее)

16. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ)-1, ҰОСҚ

(УВОВ)- 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) - 3,

бала күнінен мүгедек (инвалид детства) - 4, ауруы бойынша мүгедек

(инвалид по заболеванию) - 5, сәуле әсерін алған адам (лица,

подвергшиеся радиации) - 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица,

приравненные к УВОВ) - 7, әскерге шақырылушы (призывник) - 8, еңбек

мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) - 10;

басқалар (прочее) - 99.

17. 18 жасқа дейінгі балалардың ата-аналарының ТАӘ (ФИО родителей детей до 18 лет). \_\_\_\_\_

18. МСАК медициналық ұйымдарын еркін таңдау кезінде үйде медициналық қызмет көрсету (При свободном выборе медицинской организации ПМСП медицинское обслуживание на дому).

Кепілдендіріледі (Гарантируется);  Кепілдендірілмейді

(Не гарантируется).

19. Тіркеушінің ТАӘ (ФИО регистратора) \_\_\_\_\_ Қолы (подпись) \_\_\_\_\_

Мен осы медициналық ұйымға тіркелуге келісемін (Я согласен

прикрепиться к данной медицинской организации ).

20. Емделушінің қолы (Подпись пациента) \_\_\_ Тіркелген күні (Дата прикрепления) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ жылғы (года)

21. Тіркеуден шыққан күні (Дата открепления) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/жылғы(года)

22. Себебі (Причина): Бас тарту (Отказ); Кету (Выезд);   
Қайтыс болу (Смерть).

Амбулаториялық картаның № (№ амбулаторной карты) \_\_\_\_\_

Учаскенің № (№ участка) \_\_\_\_\_

Медициналық ұйымнан тіркеуден шығу талоны  
(Талон открепления от медицинской организации)

1. Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_

Аты (Имя) \_\_\_\_\_ Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_

2. Туған күні (кк/аа/жж) (Дата рождения дд/мм/гг)) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/.

3. Жынысы (Пол) ер (муж) әйел (жен)

4. ЖСН (ИИН) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

5. Тіркеуден шыққан күні (Дата открепления) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ жылғы (года)

6. Себебі (Причина): Бас тарту (Отказ); Кету (Выезд);

Медициналық ұйым басшының қолы

(Подпись руководителя медицинской организации) \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО)

М.О. (М.П.)

Примечание. В медицинских организациях, имеющих автоматизированные рабочие места медицинских работников, талон заполняется в электронном виде.

При заполнении талона в электронном виде записи о прикреплении присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 059/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 059/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Балалар емханасының, емхана бөлімшесінің изоляторына  
баруды тіркеу ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации посещений изолятора детской  
поликлиники, отделения поликлиники  
20\_\_ жылғы (года) (за) \_\_\_\_\_ күні**

---

Р/с №№ п/п	Күні Дата	Баланың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя и отчество ребенка	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Адрес	Бала барып жүрген балалар ұйымы Детская организация, которую посещает ребенок	Келу уақыты Время обращения	Температура
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Диагноз	Осы сырқатпен келуі бірінші рет, қайталап келуі (жазыңыз) Посещение первичное, повторное при данном заболевании (вписать)	Бала қайда жолданды: үйіне, стационарға (жазыңыз) Куда направлен ребенок: домой, в стационар (вписать)	Көмек көрсетілді (ұсыныстар жасалды) Оказана помощь (даны рекомендации)	Дәрігердің қолы Подпись врача
9	10	11	12	13

A4 форматы  
Формат A4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 061/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907





**19. Жуық арадағы спорттық сыртартпа деректері**  
**Данные ближайшего спортивного анамнеза**

	1-тексеру 1-е обследование қарау _____ (дата осмотра) күні _____	2-тексеру 2-е обследование қарау _____ (дата осмотра) күні _____
Жаттығулары мен спорттық өнер көрсетулері туралы қысқаша деректер Краткие данные о тренировках и спортивных выступлениях		
		20. Тексеру деректері Данные обследования
Шағымдары Жалобы		
Тыныс алу ағзалары, жоғарғы тыныс жолдары, өкпелері (тыңдау) Органы дыхания, верхние дыхательные пути, легкие (аускультация)		
Қанайналым ағзалары: жүрек (шекаралары, тыңдау) Органы кровообращения: сердце (границы, аускультация)		
Ас қорыту ағзалары: тілі, іші (қолмен зерттеу) Органы пищеварения: язык, живот, (пальпация)		
Несеп-жыныстық жүйе Мочеполовая система		
Эндокриндік жүйе Эндокринная система		
Жүйке жүйесі Нервная система		
Мамандардың қарауы Осмотр специалистов:		
көз дәрігері (офтальмолога)		
отоларинголог (отоларинголога)		
хирург (хирурга)		
травматолог (травматолога)		
тіс дәрігері (стоматолога)		



басқа мамандар (жазыңыз) (других специалистов (вписать))		
---	--	--

3-ші тексеру қарау күні	3-е обследование дата осмотра _____	4-ші тексеру қарау күні	4-е обследование дата осмотра _____
ішкі ағзаларды (внутренних органов)			

## 21. Функциялық сынама Функциональная проба

Зерттеу күні, айы, жылы Число, месяц, год исследования																		
Жүктемеге дейін До нагрузки		Дем алуы (Дыхание)																
		Тамыр соғуы (Пульс)																
Жүктемеден кейін После нагрузки	тамыр соғуы пульс	Тамыр соғу сипаты(																
		Характер пульса)																
		Қан қысымы(																
		Артериальное																
		давление)																
		10																
		20																
		33																
		40																
		50																
		60																
		Қан қысымы																
		(Артериальное																
		давление)																
		Дем алуы																
		(Дыхание)																
Тыңдау	Тамыр соғу																	
(Аускуль-	сипаты																	
тация)	(Характер																	
тұрғанда	пульса)																	
жатқанда	(стоя)																	
	(лежа)																	

## 22. Қорытынды Заключение

--	--	--	--

Физикалық дамуы Физическое развитие				
Денсаулық жағдайы (Состояние здоровья) Функциялық жағдайы (функциональное состояние)				
Медициналық топ Медицинская группа				
Шұғылдануға, жарыстарға жіберілуі Допуск к занятиям, соревнованиям				
Маманға жолданды Направлен к специалисту				
Қайтадан келуі Повторная явка				
Ұсынылды Рекомендовано				
Ескерту Примечание				

A5 форматы  
Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 062/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 062/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Спортшыны диспансерлік байқаудың  
ДӘРІГЕРЛІК-БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ  
ВРАЧЕБНО-КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА  
диспансерного наблюдения спортсмена**

---



---

дәрігерлік-дене шынықтыру диспансер  
(врачебно-физкультурный диспансер)

Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_  
Аты (Имя) \_\_\_\_\_  
Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Спорт түрі (Вид спорта) \_\_\_\_\_  
Дәрежесі (Разряд) \_\_\_\_\_

Жаттықтырушының тегі (Фамилия тренера) \_\_\_\_\_  
Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_  
Толтырылған күні (Дата заполнения) \_\_\_\_\_

Диспансерлік байқауға алынған спортшыларға толтырылады  
Заполняется на спортсменов, взятых под диспансерное наблюдение

№ 062/е н. 1 беті  
Стр. 1 ф. № 062/у

### 1. Жалпы мәліметтер Общие сведения

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_  
Мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_  
Мекенжайы бойынша емхана № (№ поликлиники по месту жительства) \_\_\_\_  
Білімі (Образование) \_\_\_\_\_ Кәсібі (Профессия) \_\_\_\_\_  
Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_  
Жұмыс күнінің ұзақтығы (Продолжительность рабочего дня) \_\_\_\_\_  
Отбасылық жағдайы (Семейное положение) \_\_\_\_\_  
Баспана жағдайы (Жилищные условия) \_\_\_\_\_

Тамақтану режимі: жүйелі, жүйесіз-күніне (Режим питания: регулярное, нерегулярное) \_\_\_\_\_ (раз в день)  
Алкоголь қолдануы: көп, аз, әдеттегідей, кездейсоқ (астын сызыңыз), шылым шегуі иә, жоқ, неше жастан бастап (Употребление алкоголя: много, мало, привычно, случайно (подчеркнуть), курение да, нет, с какого возраста) \_\_\_\_\_ күніне неше шылым шегеді (количество сигарет в день)

2. Бастан өткерген аурулары, операциялары, жарақаттары (травмалары (Перенесенные заболевания, операции, травмы) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_







(Когда и с какими результатами закончил предыдущий спортивный год (сезон))	
2. Өткен жылдан кейін демалуының ұзақтығы мен сипаттамасы. (Продолжительность и характер отдыха после предыдущего года (сезона))	
3. Жаттығулардың кезеңдер бойынша сипаттамасы (қашаннан бері жаттыға бастады жиілігі, ұзақтығы мен жаттығулар сипаттамасы). (Характеристика тренировок по периодам (когда начал тренироваться, частота, продолжительность и характер тренировок)) Жаттығулар режимін өзгертті ме. Өткізген жарыстары, олардың масштабы мен нәтижелері: (Изменил ли режим тренировок. Число проведенных соревнований, их масштабы и результаты): а) дайындық кезеңі (подготовительный период) б) негізгі кезең (основной период) в) белсенді демалу (активный отдых)	
4. Биылғы спорт жылындағы (маусымындағы) сырқаттары, зақымдануы, мөлшерден тыс жаттығуы немесе зорығуы. (Заболевания, спортивные травмы, перетренировка или физическое перенапряжение в этом спортивном году (сезоне))	
5. Спортшы қазіргі уақыттағы өзінің жатыққанын қалай бағалайды. (Как оценивает спортсмен свою тренированность в настоящее время)	

4,5 беттерде III бөлімдегі таблица жалғаса береді,  
бірақ мазмұны жазылмайды  
стр. 4, 5 та же самая таблица что в разделе  
III - продолжается, но без содержания


**АНТРОПОМЕТРИКАЛЫҚ ДЕРЕКТЕР  
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ**

		Күні Дата	Баға * Оценка *
Жасы (Возраст)			
Салмағы (Вес)			
Тұрғандағы бойы (Рост стоя)			
Отырғандағы бойы (Рост сидя)			
Окружность	Мойыны шеи		
	Оң иығы плеча правого	байыпты спокойное	
		ширыққан напряженное	
	Сол иығы плеча левого	байыпты спокойное	
		ширыққан напряженное	
	Кеуде клеткасы дем алғанда (грудной клетки вдох)		
	Кеуде клеткасы дем шығарғанда (грудной клетки выдох)		
	Кеуде клеткасы аралықта (грудной клетки пауза)		
	Кеуде клеткасы жайылуы (грудной клетки размах)		
	Оң жақ саны (бедрa правого)		
	Сол жақ саны (бедрa левого)		
	Оң жақ балтыры (голени правой)		
	Сол жақ балтыры (голени левой)		
	Иық (плечевой)		
	Жамбастық (Тазовый)		





Тері қабаты (Кожа)		
Көрнекі жылбысқы қабықтар (Видимые слизистые)		
Лифма жүйесі (Лимфатическая система)		
Майлы шөгінді (Жироотложение)		
Бұлшық ет (Мускулатура)		
Тірек-қозғалыс аппараты (Опорно-двигательный аппарат)		
Ішкі ағзаларды зерттеу деректері Данные обследования внутренних органов		
Тыныс алу ағзалары (Органы дыхания)	Жоғарғы тыныс алу жолдары (верхние дыхательные пути)	
	Өкпе перкуссиясы мен аускультациясы (перкуссия и аускультация легких)	
Қан айналу ағзалары (Органы кровообращения)	Жүрек қағуы (сердечный толчок)	
	Жүрек шекарасы (граница сердца)	Оң (правая)
		Сол (левая)
	аускультация	Тұрғанда (стоя)
		Жатқанда (лежа)
Тамырлар (сосуды)		
Ас қорыту ағзалары (Органы пищеварения)	Тіл (язык)	
	Бауыр (печень)	
	Басқа ас қорыту ағзалары (Другие органы пищеварения)	
Несеп-жыныс жүйесі (Мочеполовая система)		
Эндокриндік жүйе (Эндокринная система)		

8 б. артқы беті № 062/е н. 9 беті  
оборот стр. 8. стр. 9 ф. № 062/у






Тамыр соғу сипаттамасы (Характер пульса)														
	30													
	40													
	50													
	60													
Қан қысымы (Артериальное давление)														
Тыныс алу (Дыхание)														
Аускультация														
Жұмысқа қабілеттілігін анықтайтын басқа тесттер (Другие тесты определения работоспособности)														

14 б. артқы беті № 062/е н. 15 беті  
 оборот стр. 14 стр. 15, ф. № 062/у

---



---

Соңғы жаттығу күні және оның жүктеменің жалпы бағасы  
 (Дата последней тренировки и общая оценка ее нагрузки)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Организмның физикалық жүктемелерге бейімделуін бағалау  
 (Оценка адаптации организма к физическим нагрузкам)

---



---



---



---

№ 062/е н. 16, 17 беті  
 стр. 16, 17 ф. № 062/у

ЭКГ мен басқа функциялық зерттеулер деректері  
 (Данные ЭКГ и других функциональных исследований)

---



---



---



---

**Диспансерлік тексеру бойынша қорытынды**  
**Заключение по диспансерному обследованию**

Күні (Дата)	
Физикалық дамуының бағасы (Оценка физического развития)	
Денсаулық жағдайының бағасы (Оценка состояния здоровья)	
функциялық жағдайы мен жұмысқа қабілеттігі (функционального состояния и работоспособности))	
Негізгі диагноз (Диагноз основной)	
Қосалқы диагноз (Диагноз сопутствующий)	
Жаттығуларға жіберілуі (Допуск к тренировкам)	
Жаттығулар режимі бойынша жалпы нұсқаулар (Общие указания по режиму тренировок)	
Жарыстарға жіберілуі (Допуск к соревнованиям)	
Ұсынылған емдеу-профилактикалық шаралары (Рекомендованные лечебно-профилактические мероприятия)	
Келесі қаралу күні (Дата повторного обследования)	
Дәрігердің қолы (Подпись врача)	











	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Е г у Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

(Дата снятия с учета) \_\_\_\_\_

Себебі (Причина) \_\_\_\_\_

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады  
Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.  
Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.

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

Карта остается в организации.

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 064/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 064/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Профилактикалық екпелерді есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета профилактических прививок  
за 20\_\_ жылы(год) \_\_\_\_\_**

Р/ с № п/ п	Тегі, аты , әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс немесе оқу орнының аты Название места работы или учебного заведения	Вакцинаның, препараттың, анатоксиннің және т.б. аттары Название препарата вакцины, анатоксин и пр.	Егу немесе қайталап егу Вакцинация или ревакцинация	Екпе тәсілі: тері астына, тері үстіне, тері арасына және т.б. Метод прививок: подкожно, накожно, интраназально и пр.
1	2	3	4	5	6	7	8

№ 064/е н. артқы беті  
Разворот ф. № 064/у

Екпелер Прививки									Реакция: екен жерде, жалпы, қандай екпеден кейін Реакция:местная, общая, после какойпрививки	Ескерту примечание
1-ші I - я			II -ші II - я			III-ші III - я				
күні дата	доза	сериясы серия	күні дата	доза	сериясы серия	күні дата	доза	сериясы серия		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

A4 форматы  
Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____  Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 064-1/е нысанды медициналық құжаттама  Медицинская документация Форма № 064-1/у Утверждена приказом
---	---

Ұйымның атауы  
Наименование организации

и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

Жаңа туған нәрестелерге (перзентхана) профилактикалық  
екпелерді есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета профилактических прививок новорожденным (роддома)  
за 20\_\_ жылы (года) \_\_\_\_\_

Р/с № п/ п	Жаңа туған баланың даму тарихы № истории развития новорожденного	Анасының тегі, аты, әкесінің аты ( баланың жынысы) Фамилия, имя, отчество матери ( пол ребенка)	Домашний адрес Мекенжайы	Баланың туған күні Дата рождения ребенка	Егу күні Дата прививки	Егу уақыты Время прививки
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Вакцина сериясы Серия вакцины	Вакцинаның аты Название вакцины	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Мөлшері Доза	Мейірбике қолы Подпись медсестры	Реакция: жергелікті , жалпы (әрбір егуден кейін) Реакция: местная, общая (после каждой прививки)	Ескерту Примечание
8	9	10	11	12	13	14

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 064-2/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 064-2/у утверждена приказом

Ұйымның атауы Наименование организации	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907
---	---

**Вакциналар қозғаласының  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
движения вакцин  
(за) 20\_\_ жылы (год) \_\_\_\_\_ бойынша**

Р/с № п /п	Вакцина егу күні Дата вакцинации	Вакцинаның атауы Название вакцины	Жаңа туған нәрестелердің егілуі Привито новорожденных			Жұмсалған вакциналар (дозамен) Израсходовано вакцины (в дозах)	Қалған вакцина (дозамен) Остаток вакцины (в дозах)
			№ 1 бөлімше отделение № 1	№ 2 бөлімше отделение № 2	барлығы перзентхана бойынша всего по роддому		
1	2	3	4	5	6	7	8

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Жыныстық аурумен ауыратын науқастың  
МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ  
№ \_\_\_\_\_  
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
больного венерическим заболеванием**

Қаралған күні (Дата обращения) 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
Есепке алынған күні (Дата взятия на учет) 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
Хабарлама толтырылған күн (Дата составления извещения) 20\_\_ жылғы  
(года) "\_\_" \_\_\_\_\_

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

2. Жынысы Е.,Ә (Пол М.,Ж) \_\_\_\_\_ 3. Туған күні (Дата рождения)  
\_\_\_\_\_ 4. Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_ 5. Тіркелген  
мекенжайы (Адрес по прописке) \_\_\_\_\_

6. Білімі (Образование) \_\_\_\_\_

7. Жұмыс істеуі, біреудің қарауында болуы (кімнің) (Работает сам, находится на иждивении (у кого)) \_\_\_\_\_

8. Науқастың жұмыс орны (егер науқас жұмыс істемесе - оған қараушы адамның жұмыс орынын көрсетіңіз) (Место работы больного (если больной е работает - указать место работы лица, на иждивении которого он находится)) \_\_\_\_\_

9. Өнеркәсіп саласы (Отрасль производства) \_\_\_\_\_

10. Анық кәсібі (Детальная профессия) \_\_\_\_\_  
лауазымы (должность) \_\_\_\_\_

11. Қалада, ауылда тұрақты тұрады (астын сызыңыз) (Живет постоянно в городе, селе (подчеркнуть)) \_\_\_\_\_

12. Тұрғылықты мекенжайы (Адрес местожительства) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

13. Отбасы жағдайы (үйленген, бойдақ, ажырасқан, тұрмыста, тұрмысқа шықпаған, жесір - астын сызыңыз) (Семейное положение (женат, холост, разведен(а), замужем, незамужем, вдовец, вдова- подчеркнуть))

14. Отбасы жағдайының өзгеруі, күнін көрсетіңіз (Изменение в семейном положении с указанием даты) \_\_\_\_\_

№ 065/е н. 2 беті

Стр.2 ф. № 065/у

15. Есепке алу кезіндегі диагнозы (Диагноз при взятии на учет)

16. Сырқаты анықталды: емдеу-профилактикалық ұйымда қаралу кезінде, профтексеру кезінде - астын сызыңыз (Заболевание выявлено: при обращении больного в лечебно-профилактическую организацию, при профосмотре - подчеркнуть)

17. Жыныстық аурулардың жеке профилиактика пункттерінде болды, болған жоқ - астын сызыңыз (Пункт индивидуальной профилактики венерических болезней: посещал, не посещал - подчеркнуть)

18. Жыныстық аурумен ауырған адамдарға арналған ескертумен таныстым: иә, жоқ (С предупреждением лицу, заболевшему венерической болезнью ознакомлен: да, нет.)

19. Диагноздың өзгеруі (күні) (Изменение диагноза (дата))

20. Ауруханаға жатқан күні (Дата госпитализации) \_\_\_\_\_

**21. Ауруды жұқтыру көзі  
Источник заражения**

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Мекенжайы Домашний адрес	Науқасқа қатысы Отношение к больному	Күні Дата		Диагноз	Медициналық картасы № № медицинской карты	Ескертпе Примечание
				шақыртылу вызова	келген явки			

**22. Қаралуға жататын отбасы мүшелері мен түйісушілер  
Члены семьи и контакты, подлежащие обследованию**

Р/с № п /п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Мекенжайы Домашний адрес	Науқасқа қатысы Отношение к больному	Күні Дата		Диагноз	Медициналық картасы № № медицинской карты	Ескертпе Примечание
				шақырылу вызова	келген явки			

№ 065/е н. 3 беті  
Стр.3 ф. № 065/у

**23. Мerezбен ауырған науқасты емдеу  
Лечение больного сифилисом**

Курс № курса	Күні Дата		Препараттың аты мен жиынтық дозасы Наименование препарата и суммарная доза	Серологиялық зерттеу нәтижесі Результаты серологического исследования		Ескертпе Примечание
	емдеудің басталуына чала лечения	емдеудің аяқталуы окончания лечения		курс басталғанға дейін до начала курса	курс аяқталған соң по окончании курса	



Бірде-бір емдеу курсы аяқтамады: ауыстырылуы себебінен (Не закончил (а) ни одного курса лечения: в связи с переводом) \_\_\_\_\_

ұйымның атауы, мекенжайы (наименование, адрес организации) \_\_\_\_\_  
 интеркуррентті сырқат, басқа себептермен (интеркуррентным заболеванием, по другим причинам) \_\_\_\_\_  
 себебін көрсетіңіз (указать каким)

**24. Емдеу жинақтылығын бақылау**  
**Контроль за аккуратностью лечения**

Өздігінен емделуді тоқтату күні Дата самовольного прекращения лечения	Күні Дата		Өздігінен емделуді тоқтату күні Дата самовольного прекращения лечения	Күні Дата		Өздігінен емделуді тоқтату күні Дата самовольного прекращения лечения	Күні Дата		Өздігінен емделуді тоқтату күні Дата самовольного прекращения лечения
	шақыртылу вызова	келген явки		шақыртылу вызова	келген явки		шақыртылу вызова	келген явки	

25. Емдеуді бастаған күні (Дата начала лечения) \_\_\_\_\_  
 Емдеуді аяқтаған күн (Дата окончания лечения) \_\_\_\_\_  
 (емдеуді осы немесе басқа ұйымда бастауына қатыссыз)  
 (независимо от того, где начал лечение - в данной или другой организации)

**26. Емдеу аяқталғаннан кейінгі бақылау**  
**Контроль по окончании лечения**

Келуі тағайындалды (күні) Назначено явиться (дата)	Күні Дата		Келуі тағайындалды (күні) Назначено явиться (дата)	Күні Дата		Келуі тағайындалды (күні) Назначено явиться (дата)	Күні Дата		Келуі тағайында (күні) Назначено явиться (дата)
	шақыртылу вызова	келген явки		шақыртылу вызова	келген явки		шақыртылу вызова	келген явки	

27. Есептен шығарылды (Снят с учета) \_\_\_\_\_ келесі себептердің бірімен (по одной из следующих причин): күні (дата)



A5 форматы  
Формат A5

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 065-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 065-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Саңырауқұлақтық аурумен ауырған науқастың**

**МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ**

№ \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

**больного грибковым заболеванием**

Қаралған күні (Дата обращения) 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_

Хабарламаның толтырылған күні (Дата заполнения извещения) 20\_\_ жылғы  
(года) "\_\_" \_\_\_\_\_

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

2. Жынысы Е., Ә. (Пол М., Ж) \_\_\_\_\_

3. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

4. Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_

5. Анықталған жері (Адрес по месту выявления) \_\_\_\_\_

6. Сырттан келген (Приезжий): а) қаладан (из города) б) ауылдан (из  
села) (астын сызыңыз (подчеркнуть))

7. Кім жолдады (Кем направлен) \_\_\_\_\_

8. Жұмыс орны және жұмыс орнының мекенжайы (Место и адрес работы)

9. Кәсібі (Профессия) \_\_\_\_\_

10. Балаларға (Для детей): балалар ұйымына бара ма, ұйымның мекенжайы  
(тобы, сыныбы) (посещает ли детскую организацию, адрес организации  
(группа, класс)) \_\_\_\_\_

11. Толық диагнозы (Диагноз подробный) \_\_\_\_\_

12. Бірінші тексерілу күні (Дата проведения первого обследования) \_\_\_\_\_

13. Микроскоппен зерттеу деректері (Данные микроскопического исследования) \_\_\_\_\_

14. Ұсақ саңырауқұлақ культурасы (Культура грибка) \_\_\_\_\_

15. Сырқат анықталды: науқастың емдеу-профилактикалық ұйымда қаралу кезінде, профтексеру кезінде (астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении больного в лечебно-профилактическую организацию, при профосмотре (подчеркнуть))

16. Жұқтыру көзі (Источник заражения):

а) адамнан (науқасқа туыстық қатынасы, мекенжайы, емдеуге тартылуы туралы мәлімет) (человек (родственное отношение к больному, адрес, сведения о привлечении к лечению)) \_\_\_\_\_

б) жануар (мысық, ит, мүйізді мал, жылқы) (животное (кошка, собака, рогатый скот, лошадь))

Жануарға қатысты өткізілген іс-шаралар (ветлазарет есебінде – бар, жоқ) (Мероприятия, проведенные в отношении животного (на учете в ветлазарете состоит, не состоит )) \_\_\_\_\_

17. Науқастың отбасын тексеру нәтижелері (Результат осмотра семьи больного)

Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған жылы Год рождения	Мекенжайы Адрес	Жұмыс немесе оқу орны Место работы или учебы	Науқасқа қатысы Отношение к больному	Қарау күні Дата осмотра		Диагноз	Ұсақ саңырауқұлақ культурасы Культура грибка
					алғашқы первичный	қайталап повторный		

18. Түйісулерді қарау нәтижесі (пәтерде, жатақханада, балалар ұйымдарында және т.б.) (Результат осмотра контактов (в квартире, общежитии, детской организации и др.)):

қаралуы тиіс (подлежит осмотру) \_\_\_\_\_ қаралды (осмотрено) \_\_\_\_\_  
науқастар анықталды (выявлено больных) \_\_\_\_\_  
емдеуге тартылды (привлечено к лечению) \_\_\_\_\_

19. Өтпелі дезинфекция (Дезинфекция текущая) \_\_\_\_\_

қорытынды (заключительная) \_\_\_\_\_

Анамнез (Анамнез) \_\_\_\_\_

Осы сырқаттың дамуы (Развитие настоящего заболевания) \_\_\_\_\_

№ 065-1/е н. 3 беті  
Стр.3 ф. № 065-1/у

Объективті зерттеу деректері (Данные объективного исследования)

Күні Дата	Ауру ағымы Течение болезни	Тағайындаулар Назначения

№ 065-1/е н. 4 беті  
Стр.4 ф. № 065-1/у

**Емдеу аяқталғаннан кейінгі бақылау**  
**Наблюдение по окончании лечения**

Келу күні Дата явки	Объективті деректер Объективные данные	Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования





кк/аа/жж (дд/мм/гг)

15. Өткізген күндері (Проведено дней) \_\_\_\_\_.

16.	Диагноз	10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)
Қорытынды клиникалық диагноз Клинический диагноз		
Асқынулары Осложнения		
Қосалқы сырқаты 1 Сопутствующее заболевание 1		
Қосалқы сырқаты 2 Сопутствующее заболевание 2		
Патологоана- томиялық диагноз/өлім себебі Патологоана- томический диагноз/ причина смерти		

17. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция)

Күні Дата Уақыты Время	Операцияның аты мен коды Название и код операции	Анестезия (коды) Анестезия (код)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2-жоспарлы Тип операции: 1-экстренная , 2-плановая	Опера- циядан кейінгі асқынулар После- операцион- ное осложнение	Арнаулы аппаратура (коды) Специаль- ная аппаратура (код)	Дәрігер- лердің коды Коды врачей
Хирургиялық операциялар			Хирургические операции			
___/___/___ ___:___						хирург
						ассис- тент
Код						анесте- зиолог
___/___/___ ___:___						хирург
						ассис- тент





№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы  
(Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
Код \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Код \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

**Күндізгі стационардан шыққан адамның картасы  
066-4/е нысанын толтыру бойынша  
нұсқаулық**

Күндізгі стационардан шыққан адамның картасы (бұдан әрі - СШК) босаңғандар мен жаңа туған нәрестелерді қоса алғанда стационардан шыққандардың барлығына толтырылады.

Күндізгі стационар атауы: медициналық ұйымның толық және қысқаша ресми атауы жіберіледі.

ҚҰЖЖ коды: ұйымның статистикалық картасынан қойылады.

Күндізгі стационардың орналасқан жері көрсетіледі (емхана немесе аурухана жанында).

СШК нөмірі: күндізгі стационар (№ 003-1/е нысаны) және үйдегі стационар (№ 003-1/е) науқасының карта нөмірімен сәйкес келуі тиіс.

1-6, 8-10 тармақтар: науқастың жеке басын куәландыратын және сөзінен құжаттар деректері. «Медициналық тіркеу нөмірі»: жоспарланатын жеке медициналық карта үшін ұсынылған.

11-15 тармақтар: күндізгі стационар (№ 003-1/е нысаны) және үйдегі стационар (№ 003-1/е) науқасының картасы негізінде толтырылады. Жіберген ЕПҰ мен бекітілген ЕПҰ коды және атауы, бөлімше түрі мен төсек бейінінің коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

16-тармақ: МЭХ (медициналық-экономикалық хаттама) коды әрекеттегі ережелерге сәйкес ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

17-тармақ: Диагносттарды кодтау үшін 10-ХАЖ қолданылады.

18-тармақ: Хирургиялық операция коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

19-20-тармақтар: стационарлық науқастың медициналық картасы негізінде толтырылады 16-

тармақ: Хирургиялық операция коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі. Егер операциялық араласу бірнеше рет болса, онда басқа операцияларға қарағанда операция күніне тәуелсіз, бірінші рет толтырылуы қажет «Негізгі операция» белгіленеді.

17-тармақ: МЭХ (медициналық-экономикалық хаттама) коды әрекеттегі ережелерге сәйкес ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

18-тармақ: стационарлық науқастың медициналық картасы негізінде толтырылады.

21-тармақ: Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектер әрекеттегі ережелер мен анықтамалықтарға сәйкес толтырылады. Тіркеуге тек клиникалық бөлімшеге (зертхана, рентген, УДЗ және басқалар) қатысты сыртқы қызметтер жатады. Клиникалық бөлімше жұмысының көлеміне кіретін қызметтер (инъекциялар, антропометрия, АҚҚ өлшеуіш, дәрігердің тексеруі және т.б.) клиникалық бөлімше қызметтерінде әлдеқашан ескерілген және толтыруға жатпайды. Көрсетілген қызметтер мен манипуляциялар, қолданылған дәрі-дәрмектер туралы деректерді енгізу үшін орын жетіспесе, Көрсетілген қызметтер парағын қосымша бетпен кеңейту керек.

22-23-тармақтар: Емдеуші дәрігер мен бөлімше меңгерушісінің тегі, аты, әкесінің аты. Дәрігерлер коды медициналық ұйымның ішкі анықтамалығына сәйкес қойылады.

Ескерту: нысан ұйым бейініне сәйкес толтырылады және басып шығарылады.

## **Инструкция**

### **по заполнению формы 066-4/у**

#### **«Карты вывшедшего из стационара дневного пребывания»**

Карта вывшедшего из стационара дневного пребывания (далее - КВС) заполняется на всех вышедших из стационара, включая родильниц и новорожденных детей.

Наименование стационара дневного пребывания: допускается полное и краткое официальное наименование медицинской организации.

Код ОКПО: проставляется из статистической карты организации.

Указывается место расположения дневного стационара (при поликлинике или при больнице).

Номер КВС: должен совпадать с номером карты больного дневного стационара (форма № 003-1/у) и стационара на дому (форма № 003-1/у).

Пункты 1-6, 8-10: данные из документов, удостоверяющих личность и со слов больного.

Регистрационный медицинский номер: предназначен для планируемых индивидуальных медицинских карт.

Пункты 11-15: заполняются на основании карты больного дневного стационара (форма № 003-1/у) и стационара на дому (форма № 003-1/у). Коды и название направившего ЛПО и ЛПО прикрепления, код типа отделения и профиля коек присваивается из справочника МЗ РК.

Пункт 16: код МЭП (медико-экономического протокола) присваивается из справочника МЗ РК в соответствии с действующими правилами.

Пункт 17: для кодирования диагнозов применяется МКБ-10.

Пункт 18: код хирургической операции присваивается из справочника МЗ РК.

Пункты 19-20: заполняются на основании медицинской карты стационарного больного.

Пункт 21: лист оказанных услуг и медикаментов заполняется в соответствии с действующими правилами и справочниками. Регистрации подлежат только услуги, внешние по отношению к клиническому отделению (лаборатория, рентген, УЗИ и прочее). Услуги, входящие в объем работы клинического отделения (инъекции, антропометрия, измерение АД, осмотр врача и прочее), уже учтены в услугах клинического отделения и не подлежат заполнению. При недостатке места для внесения данных о проведенных услугах и манипуляциях, использованных медикаментов необходимо расширить Лист оказанных услуг дополнительным вкладным.

Пункт 22-23: фамилия, имя, отчество, подпись лечащего врача и заведующего отделением. Коды врачей проставляются в соответствии с внутренним справочником медицинской организации.

Примечание: форма заполняется и распечатывается в соответствии с профилем организации.

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 067/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 067/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Дене шынықтыру сабақтары мен спорт іс-шараларында  
көрсетілетін медициналық көмекті тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях  
физической культуры и спортивных мероприятиях**

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Р/ с №№ п/ п	Тіркелген күні мен сағаты Дата и время регистрации	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Жынысы Пол	Мекенжайы Домашний адрес	Зақым алушы қай ұйымға немесе дене тәрбиесі ұжымына жатады К какой организации или физкультурному коллективу принадлежит пострадавший	Жарақаттану қай кезде болғанын жазыңыз: жаттығу, сабақ, жарыс кездерінде Повреждение произошло во время тренировки, занятия, соревнования (вписать)	Зақымдану спорттың, жаттығудың қай түрінен болды Вид спорта, упражнения при котором произошла травма
1	2	3	4	5	6	7	8	9

№ 067/е н.артқы беті  
Разворот ф. № 067/у

Осы спорт түрімен айналасу	Сырқат, зақымдану диагнозы (	Осы жарақат алғашқы	Медкөмек көрсеткен
----------------------------	------------------------------	---------------------	--------------------





№ п / п	Дата операции	ФИО больного	Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Кем направлен	Взят на гистологию	Диагноз	Ауырсындырмау Обезболивание	Название операции	С х опе
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

A5 форматы  
Формат A5

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 070/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 070/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Жолдама алуға  
АНЫҚТАМА  
СПРАВКА  
для получения путевки**

Бұл анықтама санаториялық-курорттық картаны алмастыра алмайды және науқасқа санаторийге орналасуға немесе амбулаторлық-курстық емделу құқығын бере алмайды.

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает больному права поступления в санаторий или на амбулаторно-курсовое лечение

Қай күнге дейін жарамды (Действительна до) \_\_\_\_\_  
күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Жеке тұлғаға берілді (выдана лицу) \_\_\_\_\_  
тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Қандай сырқаттан зардап шегеді (в том, что он (она) страдает)

\_\_\_\_\_   
диагнозын көрсетіңіз (указать диагноз) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

және оған ұсынылған ем:  
и что ему (ей) рекомендуется лечение:

Курорттық (курортное) \_\_\_\_\_  
ұсынылған курорттарды көрсетіңіз (указать рекомендуемые курорты)  
а) санаторийге (в санатории) \_\_\_\_\_  
бейінін көрсетіңіз (указать профиль)  
б) амбулаторлық-курстық (астын сызыңыз) (амбулаторно-курсовое  
(подчеркнуть)) \_\_\_\_\_

Жергілікті санаторийде (курорттан тыс) (В местном санатории (вне курорта)) \_\_\_\_\_

санаторий бейінін көрсетіңіз (указать профиль санатория)

Жыл мезгілі (қыста, көктемде, жазда, күзде) астын сызыңыз  
Время года (зимой, весной, летом, осенью) подчеркнуть

Анықтама тұрғылықты жері мен жұмыс орнында ғана күшінде.  
Жолдау қағазын алу үшін көрсетіледі. Жолдау қағазын алғаннан кейін  
санаторлық карта алу үшін анықтама берген медицина ұйымына баруыңыз  
қажет.

Справка действительна лишь по месту жительства или работы больного.  
Она представляется при получении путевки. После получения путевки  
необходимо обратиться за санаторной картой в медицинскую организацию,  
выдавшего справку.

М.О. Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) \_\_\_\_\_

М.П. Бөлімше менгерушісі (Заведующий отделением) \_\_\_\_\_  
20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 071/е нысанды медициналық құжаттама





16. Тексеруге арналған жолдамалар (Направления на обследования):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Өткізілген зерттеулердің түрлері (Виды проведенного исследования): \_\_\_\_\_

18. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Ұсынымдар (Рекомендации): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

Мөр  
(Печать)

Форма

A4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 072/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 072/у утверждена приказом и.о. Министром здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

САНАТОРИЙЛІК - КУРОРТТЫҚ КАРТА  
САНАТОРНО - КУРОРТНАЯ КАРТА  
№ \_\_\_\_\_  
20\_\_\_\_ жылғы (года)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Санаторийлік немесе амбулаториялық-курстық емделуге жолдау қағазын көрсеткенде беріледі. Бұл картасыз жолдау қағазы күшіне

енбейді (Выдается при предъявлении путевки на санаторное или амбулаторно-курсовое лечение. Без настоящей карты путевка недействительна)

Карта берген емдеу ұйымының мекенжайы (Адрес и телефон лечебной организации, выдавшей карту):

Код КАТО \_\_\_\_\_  
Облыс (Область) \_\_\_\_\_  
Аудан (район) \_\_\_\_\_  
Қала (город) \_\_\_\_\_  
Кеше (улица) \_\_\_\_\_  
Емдеуші дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты  
(Фамилия, имя, отчество лечащего врача) \_\_\_\_\_

1. Науқастың ТАӘ (ФИО больного (полностью)) \_\_\_\_\_

Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз), туған жылы  
(Пол: муж., жен., (подчеркнуть)), дата рождения) \_\_\_\_\_  
Үйінің мекенжайы мен телефоны (Домашний адрес и телефон) \_\_\_\_\_

2. Оқу (жұмыс) орны (Место учебы (работы)) \_\_\_\_\_

3. Лауазымы (Занимаемая должность) \_\_\_\_\_

БАЛАЛАР БЛОГІ (0-17 жасты қоса алғанда)  
ДЕТСКИЙ БЛОК (0-17 лет включительно)

Ата-анасының жұмыс орны мен телефоны  
(Место работы родителей и телефон) \_\_\_\_\_

1. Анамнез: туғандағы салмағы, даму ерекшеліктері,  
қандай аурулармен ауырды (неше жасында)  
(Анамнез: вес при рождении, особенности развития,  
перенесенные заболевания (в каком возрасте))

2. Тұқым қуалаушылығы (Наследственность) \_\_\_\_\_

3. Профилактикалық екпелері (уақытын көрсетіңіз)  
(Профилактические прививки (указать даты)) \_\_\_\_\_

4. Осы ауруының анамнезі: неше жасынан ауырады, ерекшеліктері мен ағымының сипаттамасы, асқыну жиіліктері, соңғы асқынуы, жүргізілген емдеу шаралары (оның ішінде қайталануға қарсы), санаториялық-курорттық емдеу жүргізілді ме, қанша рет, қайда және қашан. (Анамнез настоящего заболевания: с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение (в т.ч. противорецидивное) указать пользовался ли санаторно-курортным лечением, сколько раз, где и когда) \_\_\_\_\_

5. Қазіргі уақыттағы шағымдар  
(Жалобы в настоящее время) \_\_\_\_\_  
6. Объективті қарау деректері  
(Данные объективного осмотра) \_\_\_\_\_

7. Зертханалық, рентгенологиялық және басқа зерттеулер деректері  
(күні)  
(Данные лабораторного, рентгенологического и др. исследований (даты))

Негізгі диагнозы (Диагноз основной) \_\_\_\_\_

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) \_\_\_\_\_

Мөр орны Место печати	Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача) _____ Бөлімше меңгерушісінің қолы (Подпись заведующей отделением) _____
--------------------------	---

Санаторийлік іріктеу комиссияның қорытындысы  
(Заключение санаторно-отборочной комиссии)  
Негізгі диагнозы (Диагноз основной) \_\_\_\_\_

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) \_\_\_\_\_

Ұсынылған санаторийлік-курорттық емделу  
(Рекомендуемое санаторно-курортное лечение) \_\_\_\_\_

Мөр орны Место печати	Төраға (Председатель) _____ Комиссия мүшелері (Члены комиссии) _____ Күні (Дата) _____ күні, айы, жылы (число, месяц, год)
--------------------------	---

Бұл карта барлық бағандары айқын толтырылып, қойылған қолдар анық, мөрі басылған жағдайда ғана күшіне енеді. Карта 2 ай мерзімі ішінде күшінде (Данная карта заполняется при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печатей. Срок действия карты 2 месяца.)

*Нысанының міндетті қосалқы парағы (Обязательное приложение к форме)*  
Баланың мекенжайындағы аудандық емханаға қайтарылуы тиіс  
(Подлежит возврату в районную поликлинику по месту жительства ребенка)

Баланың тегі, аты (Фамилия, имя ребенка) \_\_\_\_\_

Санаторийде болды (Находился в санатории) \_\_\_\_\_

(с) \_\_\_\_\_ бастап, (по) \_\_\_\_\_ дейін

Санаторий диагнозы (Диагноз санатория): \_\_\_\_\_

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) \_\_\_\_\_

Жүргізілген ем (емдеу түрлері, процедуралар саны)  
(Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур))

Емдеу тиімділігі (антропометрикалық, гематологиялық көрсеткіштер,  
функционалық сынамалар динамикасы, соматикалық статусының өзгеруі және  
т.б., емдеу нәтижелерінің жалпы бағасы)  
Эффективность (динамика антропометрических, гематологических  
показателей, функциональных проб, изменения в соматическом статусе и  
др., общая оценка результатов лечения) \_\_\_\_\_

Былайғы емделуі туралы ұсыныстар  
(Рекомендации по дальнейшему лечению) \_\_\_\_\_

Инфекциялық аурулармен түйісуі  
(Контакты с инфекционными заболеваниями) \_\_\_\_\_

Бастан өткерген интеркуррентті аурулары, негізгі және қосалқы  
сырқаттарының асқынуы  
(Перенесенные интеркуррентные заболевания, обострение основного и  
сопутствующих заболеваний) \_\_\_\_\_

Ординатордың қолы  
(Подпись ординатора) \_\_\_\_\_  
Бас дәрігердің қолы  
(Подпись главного врача) \_\_\_\_\_  
Күні (Дата) \_\_\_\_\_

ЕРЕСЕКТЕРДІҢ БЛОГІ (18 жас және жасы үлкен)  
БЛОК ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ (18 лет и старше)

1. Шағымы, қашаннан бері сырқат, анамнез деректері, бұның алдындағы емделуі, оның ішінде санаторийлік-курорттық (Жалобы, давность заболевания, данные анамнеза, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное)

---

---

---

---

---

2. Клиникалық, зертханалық, рентгенологиялық және басқа зерттеулердің қысқаша деректері (күндері)  
(Краткие данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты)) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Диагноз: а) негізгі (основной) \_\_\_\_\_

---

---

б) қосалқы сырқаттары (сопутствующие заболевания) \_\_\_\_\_

---

---

ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):

Курорттық емдеу (Курортное лечение) \_\_\_\_\_

---

ұсынылған курорттарды көрсетіңіз  
(указать рекомендуемые курорты)

а) санаторийде (в санатории) \_\_\_\_\_

---

бейінін көрсетіңіз (указать профиль)

б) амбулаториялық – курстық (амбулаторно-курсовое)

Жергілікті санаторийде емделу ұсынылады (курорттан тыс)  
(Рекомендуется лечение в местном санатории (вне курорта))

---

санаторий бейінін көрсетіңіз  
(указать профиль санатория)

Жыл мезгілі (Время года) \_\_\_\_\_

М.О М.П	Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____
------------	---

Бөлімше меңгерушісі  
(Заведующий отделением) \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 075/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 075/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Фельдшерлік-акушерлік пункттің бақылауында тұрған  
жүкті әйелдерді жазу  
ДӘПТЕРІ  
ТЕТРАДЬ  
записи беременных, состоящих под наблюдением  
фельдшерско-акушерского пункта**

№ 075/е н. дәптерінің беттері  
Страницы тетради ф. № 075/у

Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_ Аты (Имя) \_\_\_\_\_ Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Мекенжайы (Адрес) \_\_\_\_\_  
Есепке алу кезіндегі жүктіліктің мерзімі  
(Срок беременности при взятии на учет) \_\_\_\_\_ апта (недель)  
Нешінші жүктілік (Которая беременность) \_\_\_\_\_  
Алдыңғы жүктіліктері туралы деректер (Сведения о предшествующих  
беременностях): босанулар (родов) \_\_\_\_\_ оның ішінде мерзімінен  
бұрын (в том числе преждевременных) \_\_\_\_\_ аборттар (абортов)  
\_\_\_\_\_ Тірі туған балалары (Родилось: живыми) \_\_\_\_\_ өлі  
туғандар (мертвыми) \_\_\_\_\_  
Есепке алынған күні (Дата взятия на учет) 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_  
Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета) 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_  
Жүктіліктің аяқталуы (мерзімінде босануымен, мерзімінен бұрын,  
абортпен – астын сызыңыз) (Беременность закончилась родами в срок,  
преждевременными, абортами – подчеркнуть) 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_  
күні (дата)  
Қайда босанды (үйінде, ауыл перзентханасында, ФАП-та, басқа стационарда)  
(Роды произошли (на дому, ФАПе, др. стационаре)

атауы (наименование)

Сақтандыру полисінің №\* (№ страхового полиса \*) \_\_\_\_\_

Келген күні Дата посещения	10-ХАЖ диагнозының коды Код диагноза по МКБ-10	ФАП-қа қаралып тұруы немесе үйдегі патронаж - көрсетіңіз Посещение ФАПа или патронажное на дому - указать	Жүктіліктің (босанудан кейінгі кезенің) ағымы Течение беременности ( послеродового периода)

A5 форматы

Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 076/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 076/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Балалар мен жасөспірімдерге арналған  
САНАТОРИЯЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ КАРТА  
САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА  
для детей и подростков**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы

Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен





Жастан (от) \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ жасты қоса (включительно)  
АЙҒАҚТАР (мединалық бейініне сәйкес)  
ПОКАЗАНИЯ (в соответствии с медицинским профилем)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Жалпы қарсы айғақтар (Общие противопоказания)

1. Жіті кезеңдегі басқа аурулар (Все болезни в остром периоде)

2. Арнайы емдеуді қажет ететін барлық созылмалы сырқаттар (Все хронические заболевания, требующие специального лечения)

3. Бастан өткерген инфекциялық ауруларының оқшаулау мерзімі біткенше (Перенесенные инфекционные болезни до окончания срока изоляции)

4. Бациллотасушылық (Бациллоносительство)

5. Көз бен терінің барлық жұқпалы аурулары, қатерлі анемия, лейкомия, қатерлі ісіктер, кахексия, ішкі ағзалар амилоидозы, өкпе және басқа ағзалар туберкулезінің белсенді формасы (Все заразные болезни глаз, кожи, злокачественная анемия, лейкомия, злокачественные новообразования, кахексия, амилоидоз внутренних органов, активные формы туберкулеза легких и других органов)

6. Жүрек-тамыр жүйесінің аурулары (Болезни сердечно-сосудистой системы):

а) жергілікті мамандандырылған санаторийлер үшін-қан айналымының 1 дәрежеден жоғары жетіспеушілігі. (для местных специализированных санаториев – недостаточность кровообращения выше 1 степени)

б) курорттардағы санаторлық емдеу үшін – қан айналымы жетіспеушілігінің барлық дәрежесі (Для санаторного лечения на курортах – недостаточность кровообращения любой степени)

7. Эпилепсия, психоневроз, психопатия, ақыл-есі кем, жекеше күтім мен емдеуді қажет ететін балалар (Дети с эпилепсией, психоневрозами, психопатией, умственной отсталостью, требующие индивидуальных условий ухода и лечения)

8. Осы курорт пен санаторийде емделуге қайшылық ететін қосалқы сырқаты бар балалар. Осы санаторий үшін жасы мен сырқаты сәйкес келмейтін балалар санаторийге қабылданбайды (Наличие у детей сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного курорта или санатория. Дети, не показанные для данного санатория по возрасту и заболеванию, в санаторий не принимаются)

Жолдама төмендегідей құжаттар болғанда күшіне енеді  
(Путевка действительна при наличии):

1. Санаториялық-курорттық картасы (Санаторно-курортной карты)
2. Тұрғылықты жерінде инфекциялық аурулармен түйіспегені жайлы эпидемиологтың анықтамасы (Справки эпидемиолога об отсутствии контакта с инфекционными больными по месту жительства)
3. Инфекциялық тері аурулары жоқтығы туралы дерматологтың анықтамасы (Справки от дерматолога об отсутствии инфекционных заболеваний кожи)
4. Күл және дизентерия бактерия тасымалдаушылығына зерттеулер деректері (эпидемиологиялық және медициналық көрсетімдері бойынша) (Данные исследования на дифтерийное и дизентерийное бактерионосительство (по эпидемиологическим и медицинским показаниям))
5. Мектеп оқушыларында мектебінен мінездеме және күнделігі болуы керек (оларды күздік-қыстық-көктемдік кезеңдерде жолдағанда) (Школьники должны иметь характеристику из школы и дневник (при направлении их в осенне-зимне-весенний период))
6. Балалар мезгіліне сай киіммен және аяқ киіммен, сонымен қатар спорттық киім мен жеке бас гигиенасының заттарымен қамтамасыз етілуі тиіс (Дети должны быть обеспечены одеждой и обувью по сезону, а также спортивной одеждой и предметами личной гигиены)

ЕСКЕРТПЕ (ПРИМЕЧАНИЕ):

Балалардың ас қорыту ағзалары сырқатын емдеуге арналған санаторийлерде дизентерия бактериясын тасымалдаушылыққа тексеру міндетті (В санаторий для детей с заболеваниями органов пищеварения обследование на дизентерийное бактерионосительство обязательно)

№ 077/е.н.4 беті  
(Стр.4 ф. № 077/у)

Санаторийдің мекенжайы (Адрес санатория) \_\_\_\_\_

Қатынасу жолдары (Пути сообщения) \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 078/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 078/у Утверждена приказом

Ұйымның атауы  
Наименование организации

и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

**ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАР ҮШІН САНАТОРИЙГЕ ЖОЛДАМА  
НАПРАВЛЕНИЕ В САНАТОРИЙ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты

(Фамилия, имя, отчество больного) \_\_\_\_\_

жолданады (направляется) \_\_\_\_\_

науқасты жолдаған ұйымның

аты (название организации, направляющей

больного) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

санаторийіне емделуге(на лечение в санаторий) \_\_\_\_\_

санаторийдің атауы (наименование санатория) \_\_\_\_\_

диспансерге бекітілген (диспансерлік бөлімшеге) орын № (на

прикрепленное к диспансеру (диспансерному отделению) место №) \_\_\_\_\_

Санаторийге келу мерзімі (Срок прибытия в санаторий) \_\_\_\_\_

Санаторийдің мекенжайы (Адрес санатория) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Жолдаған диспансердің (бөлімшенің, аурухананың) мекенжайы (Адрес

направляющего диспансера (отделения, больницы)) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Медициналық құжат азамат (Медицинская документация выдана гражданину

(ке)) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

қолына берілді (почтамен жіберілді) – астын сызыңыз

(на руки (направлена почтой)-подчеркнуть)

Мөр орны

(Место для печати)

Құжат толтырылған күн

Дата заполнения документа

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Диспансердің (бөлімше, аурухана) бас дәрігері

Главный врач диспансера (отделения, больницы) \_\_\_\_\_

қолы (подпись)

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) \_\_\_\_\_

қолы (подпись)

A4 форматы

Формат А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды

Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 079/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 079/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына  
МЕДИЦИНАЛЫҚ АНЫҚТАМАСЫ  
МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА  
на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь**

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

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_ үй телефоны № (домашний телефон №) \_\_\_\_\_

Мектеп № мен оның мекенжайы (№ школы и ее адрес) \_\_\_\_\_

Телефон № \_\_\_\_\_ сынып (класс) \_\_\_\_\_ аудан (район) \_\_\_\_\_

Емхана № мен оның мекенжайы (№ поликлиники и ее адрес) \_\_\_\_\_ телефон № \_\_\_\_\_

Денсаулық жағдайы (егер диспансерлік бақылауда болса, диагнозын көрсетіңіз) (Состояние здоровья (если состоит под диспансерным наблюдением, указать диагноз)) \_\_\_\_\_

Бастан өткерген инфекциялық аурулары (қызылша, жәншау, көкжөтел, без шошуы, Боткин ауруы, жел шешек, дизентерия)

(Перенесенные инфекционные заболевания (корь, скарлатина, коклюш, свинка, болезнь Боткина, ветряная оспа, дизентерия) \_\_\_\_\_

Жүргізілген екпелер (КДС) соңғы екпенің уақыты көрсетілуімен (Проведенные прививки (КДС) с указанием даты последней) \_\_\_\_\_

Дене дамуы (Физическое развитие) \_\_\_\_\_

Дене шынықтыру тобы (Физкультурная группа) \_\_\_\_\_

Ұсынылған режим (Рекомендуемый режим) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ анықтаманың берілген күні (дата выдачи справки)

Мектеп немесе балалар емханасы дәрігерінің қолы \_\_\_\_\_

(Подпись врача школы или детской поликлиники)

Сауықтыру лагерінің дәрігері толтырады  
Заполняется врачом оздоровительного лагеря

Сауықтыру лагерінде болған кезіндегі денсаулық жағдайы мен бастан өткерген аурулары (Состояние здоровья и перенесенные заболевания во время пребывания в оздоровительном лагере) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Инфекциялық аурулармен түйісуі (Контакт с инфекционными больными) \_\_\_\_\_

Сауықтыру лагерінде сауығуының тиімділігі  
(Эффективность оздоровления в оздоровительном лагере):  
Жалпы жағдайы (Общее состояние) \_\_\_\_\_  
Түскен кездегі салмағы (Вес при поступлении) \_\_\_\_\_  
кеткен кездегі (при отъезде) \_\_\_\_\_  
Динамометрия \_\_\_\_\_  
Спирометрия \_\_\_\_\_  
Күні (Дата) \_\_\_\_\_

Сауықтыру лагері дәрігерінің қолы  
(Подпись врача оздоровительного лагеря) \_\_\_\_\_

Анықтама оқитын мектебіне қайтарылуы тиіс  
(Справка подлежит возвращению в школу по месту учебы)

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 081/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 081/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТЫҢ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ КАРТАСЫ  
АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ

№ \_\_\_\_\_

Эпидемиологиялық есепке алынған күні (Дата взятия на эпидемический учет) \_\_\_\_\_ толтырылған күні (Дата заполнения) \_\_\_\_\_  
 Эпидемиологиялық есептен шығарылған күні (Дата снятия с эпидемический.учета) \_\_\_\_\_ Учаске (Участок) № \_\_\_\_\_  
 Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_  
 Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_ Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
 (күні, айы, жылы (число, месяц, год))

Жұмыс орны (балалар үшін: бүлдіршін, бала бақшасы, мектебі) (Место работы (для детей: ясли, детсад, школа) \_\_\_\_\_  
 Өндіріс саласы (Отрасль промышленности) \_\_\_\_\_  
 кәсібі (профессия) \_\_\_\_\_  
 лауазымы (должность) \_\_\_\_\_ қызмет телефоны № \_\_\_\_\_  
 (служебный телефон) № \_\_\_\_\_

Жұмыс істемейтіндер үшін - көрсетіңіз: үй шаруасындағы әйел, зейнеткер, бас бостандығынан айыру орындарынан және басқалар (Для неработающих - указать: домохозяйка, пенсионер, из мест лишения свободы и прочие) \_\_\_\_\_

Кәсібі мен бұрынғы кәсібі зияндылықтары (Профессия и профессиональные вредности в прошлом) \_\_\_\_\_

Мүгедектігі (жалпы, ОСМ, АМ): себебі (туберкулез, басқа аурулар (астын сызыңыз)) (Инвалидность (общая, ИОВ, ИА): причина (туберкулез, другие заболевания - (подчеркнуть))

Мүгедектік тобы (Группа инвалидности) \_\_\_\_\_

Мекенжайының, жұмыс орны мен кәсібінің өзгеруі (Перемена адреса, места работы и профессии) \_\_\_\_\_

Мекенжайының ауысуы Перемена адреса		Жұмыс орнының ауысуы Перемена места работы		Осы қалада неше жыл тұрады (Сколько лет живет в данном городе)
Күні Дата	Жаңа мекенжайы Новый адрес	Күні Дата	Жаңа жұмыс орны, кәсібі Новое место работы, профессия	Егер уақытша тұрса, онда тұрақты мекенжайы (Если живет временно, то адрес постоянного местожительства): Елді мекен (Населенный пункт) Көше (улица, переулок) Үй (дом) № ____ Корпус (барак) № ____ Пәтер (квартира) № ____ Телефон _____

Жұмыс жағдайының өзгеруі (Перемена условий труда) \_\_\_\_\_

Бөлмелер саны (Число комнат) \_\_\_\_\_ Бөлме жарық, қараңғы, жылы, суық, құрғақ, ылғалды (астын сызыңыз) (Комната светлая, темная, теплая, холодная, сухая, сырая (подчеркнуть))

Пәтер бөлек, ортақ (астын сызыңыз). Бөлмеде жалғыз ұйықтайды, отбасымен (астын сызыңыз) (Квартира отдельная, коммунальная (подчеркнуть) Спит в комнате один, с семьей (подчеркнуть))

Отбасында туберкулезбен ауру оқиғалары. (Случаи заболевания туберкулезом в семье) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Туберкулезбен ауыратын науқаспен түйісуі (кіммен, неше жасында)  
 (Контакт с ТБК больным (с кем, в каком возрасте)) \_\_\_\_\_

Науқасты жіберген ұйымның атауы (Наименование организации,  
 направившего больного) \_\_\_\_\_

Күні Сырқат профтексеру кезінде, симптомдар пайда болғанда анықталды (астын сызыңыз)  
 заболевание выявлено при профосмотре, при обращении с симптомами (подчеркнуть)

Даты Диагноз \_\_\_\_\_ тобы  
 \_\_\_\_\_ (группа) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Диагноз \_\_\_\_\_ тобы  
 \_\_\_\_\_ (группа) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Диагноз \_\_\_\_\_ тобы  
 \_\_\_\_\_ (группа) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Диагноз \_\_\_\_\_ тобы  
 \_\_\_\_\_ (группа) \_\_\_\_\_

Бастан өткерген аурулары Перенесенные заболевания	Неше жасында В возрасте	Бастан өткерген аурулары Перенесенные заболевания	Неше жасында В возрасте	АНАЛЫҒЫ	МАТЕРИНСТВО
				Жүктілік саны (Сколько беременностей) _____	
Қызылша (Корь)		Өкпенің қабынуы (Воспаление легких)		Қанша тірі бала туылды (Родилось живых детей) _____	Өлі туғандар (Мертворожденных) _____
Көкжөтел (Коклюш)		Өкпеқап қабынуы (Плеврит)		Жасанды аборттар (Аборт искусственных) _____	Өздігінен болған түсік (Самопроизвольных аборт) _____
Жәншау (Скарлатина)		Безгек (Малярия)		Етеккірі (Менструация с) _____ жасынан	(лет расстроенная с) бұзылуы _____ жасынан (лет)
Күл (Дифтерия)		Мерез (Сифилис)		ОРГАНИЗМНІҢ ДАМУЫ (балалар үшін) РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗМА (для детей)	
Сүзек пен қылау (Тифы и паротифы)		Операциялары (Операции)		Нешінші бала, туғандағы салмағы (Который по счету, вес при рождении)	
Созылмалы бронхит				Мерзімінде туылды иә, жоқ (астын сызыңыз) (Родился в срок да, нет (подчеркнуть))	
				Омырау емуі (Грудное вскармливание до) _____ дейін Қосымша тамақтандыру	





Тершеңдік: бар, жоқ (астын сызыңыз) (Потливость: есть, нет (подчеркнуть))

Жөтелуі: құрғақ, қақырықпен, ірінді қақырықпен, қанша уақыттан бері  
(Кашель: сухой, с мокротой, с гнойной мокротой, сколько времени)

Еңтігуі: бар, жоқ (астын сызыңыз) (Одышка: есть, нет (подчеркнуть))

Қан түкіру (Кровохарканье) \_\_\_\_\_

Дауысы: таза, қырылдақ, афония, ас ішкенде тамағы ауыруы, ас ішуге  
байланыссыз (Голос чистый, хриплый, афония, боль в горле при еде,  
независимо от еды) \_\_\_\_\_

Осы сырқаттың басталуы мен ағымы\* (Начало и течение данного  
заболевания\*) \_\_\_\_\_

Сырқат алғаш қашан анықталды, КБ, каверналар (Когда впервые  
обнаружено заболевание, БК и каверны) \_\_\_\_\_

Жүргізілген емнің сипаттамасы мен ұзақтығы, химиотерапиялар, ИП, ПП,  
хирургиялық араласулар (күнін көрсетіңіз) (Характер и длительность  
проводившегося лечения, химиотерапии, ИП, ПП, хирургического  
вмешательства (указать даты)) \_\_\_\_\_

Асқынулар (жанама құбылыстар, белсенді емдеу тәсілдерінің асқынуы)  
(Осложнения (побочные явления, осложнения активных методов лечения)):

\*осы ұйымға қаралуға келгенде толтырылды (заполняется на момент  
обращения в данную организацию)

Науқасты зерттеу  
Исследование больного

Жалпы дамуы (жасына сәйкес)  
Общее развитие (соответствующее возрасту)

Бойы Рост	Салмағы Вес	Кеуде шеңбері Окружность груди	T <sup>0</sup>	Тамыр соғуы Пульс	
					_____
					_____
					_____
					_____

Тері қабаты, жылбысқы қабығы (Кожа и слизистые) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сүйектер, сүйек қанқасы мен бұлшық еттер (Кости, костный скелет и мышцы) \_\_\_\_\_

Ас қорыту жүйесі (Пищеварительная система) \_\_\_\_\_

Бауыры (Печень) \_\_\_\_\_

Көк бауыры (Селезенка) \_\_\_\_\_

Жүрек (Сердце) \_\_\_\_\_

Шет тамырлар (Периферические сосуды) \_\_\_\_\_

Жүйке жүйесі (Нервная система) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Несеп-жыныс жүйесі (Мочеполовая система) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Басқа ағзалардың қалыптан ауытқуы (Отклонения от норм в прочих органах) \_\_\_\_\_

№ 081/е н.5 беті  
Стр.5 ф. № 081/у

**Лимфа бездері (Лимфатические железы)**

Тобы (Группа)	Қай жақтан (Сторона)	Өлшемі (Размер)	Консистенция (Консистенция)	Тыртықтар (Рубцы)	Тобы (Группа)	Қай жақтан (Сторона)	Өлшемі (Размер)	Қоғам (Кс)					
Мойын (Шейные)					Қолтық асты (Подмышечные)								
Желке (Затылочные)					Кеуде (Торакальные)								
Жақ асты (Подчелюстные)					Шынтақ (Локтевые)								
Иек асты (Подбородочные)					Шап (Паховые)								
Бұғана үсті (Надключичные)													
Туберкулин сынамалары (Туберкулиновые пробы)							Басқа (Прочие)						
Гранулденген тері үсті сынамалары (Гранулированные кожные пробы)			р. Манту										
Күні (Дата)	Сұйылту (Разведение)					Күні (Дата)	Туберкулин сериясы (Серия туберкулина)	Жарамдылық мерзімі Өндіру орны (Срок годности. Место производства)	Сұйылту (Разведение)	Нәтижелері (Результаты)	Күні (Дата)	Н	Р
	Нәтижелері (Результаты)												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			

**Рентгенологиялық қараудың деректері**  
**Данные рентгенологического обследования**

**МТБ-ға ЗЕРТТЕУ**  
**ИССЛЕДОВАНИЕ НА МТБ**

Күні Дата	Зерттеу жүргізілген ұйым Организация, где было исследование	Материал	Зерттеу әдісі Метод исследования	Нәтиже (сепкен кезде, колония санын көрсетіңіз) Результат (при посевах, указать число колоний)	Дәрі-дәрмекке сезімталдығы Лекарственная чувствительность

**МТБ-ға ЗЕРТТЕУ**  
**ИССЛЕДОВАНИЕ НА МТБ**

Күні Дата	Зерттеу жүргізілген ұйым Организация, где было исследование	Материал	Зерттеу әдісі Метод исследования	Нәтиже (сепкен кезде, колония санын көрсетіңіз) Результат (при посевах, указать число колоний)	Дәрі-дәрмекке сезімталдығы Лекарственная чувствительность

**Науқастың еңбекке қабілеттілігі**  
**Состояние трудоспособности больного**

--	--

Уақытша еңбекке қабілетсіздігін есепке алу Учет временной нетрудоспособности			Тұрақты еңбекке қабілетсіздігінің динамикасы Динамика стойкой нетрудоспособности			
Ауруханалық парақ берілген күн Дата выдачи больничных листов			Диагноз	МСЭК-де куәландыру күні Дата освидетельствования на МСЭК	Мүгедектік тобы Группа инвалидности	Туберкулез себебінен, басқа сырқаттар себебінен (көрсетініз) Вследствие туберкулеза, др.заболеваний (указать)
Бастап (с) _____ дейін (по) _____	Бастап (с) _____ дейін (по) _____	Бастап (с) _____ дейін (по) _____				

№ 081/е н. 11, 12 беті  
Стр.11, 12 ф. № 081/у

### ЭПИКРИЗ

№ 081/е н.13 беті  
Стр.13 ф. № 081/у

#### ЛАРИНГОЛОГТЫҢ, БРОНХОЛОГТЫҢ ТЕКСЕРУ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛАРИНГОЛОГОМ, БРОНХОЛОГОМ

Науқастың шағымы (Жалобы больного) \_\_\_\_\_  
Тамағының құрғауы, жыбырлауы, шашалуы (Сухость в горле, щекотание, поперхивание) \_\_\_\_\_  
Ас ішкенде тамағының ауыруы, ас ісуге байланыссыз (Боль в горле при еде, независимо от еды) \_\_\_\_\_  
Дауысы: таза, қырылдақ, афония (Голос: чистый, хриплый, афония)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Қарау деректері (Данные осмотра):

Құлақтар (Уши) \_\_\_\_\_  
Мұрын (Нос) \_\_\_\_\_  
Ауыз (Рот) \_\_\_\_\_  
Жұтқыншақ (Глотка) \_\_\_\_\_  
Көмей (Гортань) \_\_\_\_\_  
Кеңірдек (Трахея) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

№ 081/е н. 14 беті  
Стр. 14 ф.№ 081/у

Тыныс жолдарының, ауыз қуысы мен құлақтың ауруларының басталуы  
(Начало болезни дыхательных путей, ротовой полости и уха) \_\_\_\_\_

Тыныс жолдарының, ауыз қуысы мен құлақ ауруларының ағымы және алдыңғы емделуі (Течение и предшествующее лечение дыхательных путей, ротовой полости и ушей) \_\_\_\_\_

Тыныс жолдары, ауыз қуысы мен құлақ сырқаттарының диагнозы (Диагноз заболевания дыхательных путей, ротовой полости и уха ) \_\_\_\_\_

Тыныс жолдарының ТБК тобы (Группа ТБК дыхательных путей) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

№ 081/е н. 15 беті  
Стр. 15 ф.№ 081/у

**ХИРУРГТИҢ ТЕКСЕРУ  
ОБСЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГОМ**

Науқастың шағымы (Жалобы больного) \_\_\_\_\_

Сырқат белгілері қашан пайда болды (Когда появились признаки заболевания) \_\_\_\_\_

Ауру қалай дамыды: бірден, ақырындап (Как развивалось заболевание: сразу, постепенно) \_\_\_\_\_

Дене қызуының көтерілуі және сипаттамасы (Повышение температуры и ее характер) \_\_\_\_\_

Ауырсыну болды ма, қашан-түнде, күндіз, тыныштық кезінде, қимылдағанда (Были ли боли, когда – ночью, днем, в покое, при движении) \_\_\_\_\_

Алдыңғы емделуі: үйде, амбулаторияда, стационарда (астын сызыңыз) (Предшествующее лечение: на дому, в амбулатории, в стационаре (подчеркнуть)) \_\_\_\_\_

Қанша уақыт бойы (В течение какого времени) \_\_\_\_\_  
Қайда (Где) \_\_\_\_\_ Қозғалмайтын таңғыштар (Неподвижные  
повязки) \_\_\_\_\_  
Климатпен емдеу (Климатическое лечение) \_\_\_\_\_ Балшықпен емдеу  
(Грязелечение) \_\_\_\_\_  
Емдеу нәтижелері (Результаты лечения) \_\_\_\_\_  
Науқастың жағдайы: жалпы жағдайы (еңбекке қабілеттілігі) (Состояние  
больного: общее состояние (работоспособность)) \_\_\_\_\_  
Сыртқы әлпеті (жалпы статикасы мен ауру ағзаның) (Внешний вид (общая  
статика и статика больного органа)) \_\_\_\_\_  
Ауырған облыс үстіндегі тері қабатының күйі (Состояние кожи над  
пораженной областью) \_\_\_\_\_  
Ауырсынуы, орналасқан жері, дәрежесі (Болезненность, локализация,  
степень) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Жергілікті температура (Местная температура) \_\_\_\_\_

№ 081/е н. 15 беті  
Стр. 15 ф.№ 081/у

Конфигурацияның өзгеруі (Изменение конфигурации): а) облысы (область)  
\_\_\_\_\_ б) формасы (форма) \_\_\_\_\_  
Атрофия \_\_\_\_\_  
Контрактулар: ауырсыну, неврогенді, миогенді, атрогенді, тыртық  
салдарынан (Контрактуры: болевая, неврогенная, миогенная,  
артрогенная, рубцевая) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Анкилоздар (Анкилозы): а) бұрыш градуспен (угол в  
градусах) \_\_\_\_\_ б) жағдайы (положение) \_\_\_\_\_  
Ағып тұрған ірінді жаралар (орналасуы, өлшемі, т.б.) (Натечные  
гнойники (локализация, размер и пр.)) \_\_\_\_\_  
Жыланкөз тесіктер (Свищи) \_\_\_\_\_ Тыртықтар (Рубцы) \_\_\_\_\_  
Өзгерістер (Изменения) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Нерв жүйесінің бұзылуы: а) қозғалыстық, б) сезгіштік, в) трофикалық,  
г) рефлексдер жағдайы: жоғарылаған, төмендеген, қалыпты, жоғалуы  
(Расстройства нервной системы: а) двигательные, б) чувствительные, в)  
трофические, г) состояние рефлексов: повышенное, пониженное,  
нормальное, отсутствие) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Жамбас ағзаларының бұзылуы (Расстройства тазовых органов): \_\_\_\_\_  
Рентген \_\_\_\_\_

**Хирургиялық диагнозы**  
**(Хирургический диагноз):**



Орналасуы (Локализация) \_\_\_\_\_  
 Процесс сипаттамасы: белсенді (бастапқы, айқын, меңдеген),  
 белсенділігін жоғалтқан, тынышталған (Характер процесса: активный  
 (начальный, выраженный, далеко зашедший) потерявший активность,  
 затихший) \_\_\_\_\_

Асқынуы (Осложнения) \_\_\_\_\_

Басқа сырқаттары (Другие заболевания) \_\_\_\_\_

Күні (Дата) 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ Дәрігердің қолы  
 (Подпись врача) \_\_\_\_\_

№ 081/е н. 17 беті  
 Стр. 17 ф.№ 081/у

Қаралу күндері: амбулаторияда, үйінде Дата посещения: амбулаторно, на дому	Науқастың шағымы, обективті деректер, ауру ағымы, дәрігерлер мен кеңес берушілердің қолы Жалобы больного, объективные данные, течение болезни, подписи врачей и консультантов	Тағайындаулар Назначения

A4 форматы  
 Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____  Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № ТБ 15/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № ТБ 15/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907



Ұйымның атауы  
Наименование организации

Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
«23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

## ДИСПАНСЕРЛІК КОНТИНГЕНТТІ БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДИСПАНСЕРНЫМ КОНТИНГЕНТОМ

Жеке коды/Индивидуальный код \_\_\_\_\_  
Жеке куәлігінің нөмірі/туу туралы куәлігі \_\_\_\_\_  
(Номер удостоверения личности (свидетельства о рождении))

### 1. Контингент түрі/ Тип контингента

күдікті белсенді ТБ (ТБ сомнительной активности)  
белсенді ТБ (ТБ активный)  
белсенді емес ТБ (ТБ неактивный)  
қатынаста болған (контактный): ТБ КДТ ТБ/МЛУ ТБ КАДТ ТБ /ШЛУ ТБ; из МБТ(+)  
МБТ(-)  
нормергия  
гиперергиялық әсері (гиперергическая реакция)  
БЦЖ жанама әсері (побочная реакция на БЦЖ)

### 2. Жеке мәліметтері (Индивидуальные данные)

Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_  
Аты (Имя) \_\_\_\_\_ Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ кк/аа/жжжж/  
дд/мм/гггг  
Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_  
Жынысы (пол): ер (мужской); әйел (женский)

Нақты тұратын мекенжайы  
(Адрес фактического проживания): \_\_\_\_\_ облысы (область)  
\_\_\_\_\_ қаласы/ауданы \_\_\_\_\_ елді мекені/  
\_\_\_\_\_ город/район \_\_\_\_\_ населенный пункт  
\_\_\_\_\_ көшесі/улица \_\_\_үй/дом \_\_\_ пәтер/кв  
телефоны \_\_\_\_\_  
Тұрғыны (Житель): қала (город) ауыл (село)  
Жұмыс орны (место работы) \_\_\_\_\_

Сауықтырылуы/Оздоровление: санаторийлік топ (санаторная группа)  
санаторийлік балабақша (санаторный детский сад)



IG; II; IIIA; IIIB)				Причина снятия с ДУ*

- \* 1 – I топқа ауыстырылды/Перевод в I группу;  
 2 - II топқа ауыстырылды/Перевод в II группу;  
 3 – III топқа ауыстырылды/Перевод в III группу;  
 4 – ТБ қайтыс болуы/Умер от ТБ;  
 5 – Басқа да себептерден қайтыс болуы/Умер от других причин;  
 6 – ТБ деп анықталмаған/ТБ не подтвердился;  
 7 – Басқа мекемеге ауыстырылуы/Перевод в другое учреждение;  
 8 - Диспансерлік бақылаудан үзілді «ТБ белсенді емес»-12 ай, «ТБ белсенді»-6 ай,  
 «0 топ»-4 ай/Отрыв от диспансеризации «неактивные ТБ»-12 месяцев, «активные ТБ»-6  
 месяцев, «0гр.» - 4 месяца;  
 9 - Диспансерлік бақылаудан алынуы/Снят с диспансерного учета.

Химиопрофилактика: ия (да) жоқ (нет) Н (Изониазид)

Ия қойылған жағдайда/Если да:

Басталған күні/Дата начала \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Аяқталған күні/Дата окончания \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Басталған күні/Дата начала \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Аяқталған күні/Дата окончания \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Басталған күні/Дата начала \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Аяқталған күні/Дата окончания \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ем қабылдау мерзімі/Курс лечения: 180 күн/дней

5. Бұл бөлімге белсенді бактерия бөліп тұратын науқастарды тіркейді  
 (ошақтың эпидемиологиялық тобына жататындар)/  
 Эта часть заполняется на активных больных с бактериовыделением  
 (относится к эпидемиологической группе очага)

Ошақтың тобы (1;2;3) Группа очага (1;2;3)	Есепке Алынғаны Взят на учет	Есептен Алынды Снят с учета	Алыну себебі **** Причина снятия



Елдің атауы (Название страны) \_\_\_\_\_  
Жолданушының мекенжайы (Домашний адрес направляемого) \_\_\_\_\_

Анықтаманың берілген күні (Дата выдачи справки)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_

Комиссия төрағасы (Председатель комиссии)

Комиссия мүшелері (Члены комиссии)

М.О Комиссия төрағасы (Председатель комиссии)

А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 082/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 082/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**(Шет елге шығушыға)  
МЕДИЦИНАЛЫҚ АНЫҚТАМА  
МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА  
(для выезжающего за границу)**

Берілді (Выдана) \_\_\_\_\_  
тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)  
\_\_\_\_\_ жаста (лет), емханада медициналық тексеруден өткені туралы  
(в том, что он прошел медицинский осмотр в поликлинике) \_\_\_\_\_

ұйымның атауы мен орналасқан орны (название и местонахождение  
организации)  
Тексеріп-қарау кезінде анықталды (При осмотре установлено) \_\_\_\_\_

Денсаулық жағдайы бойынша жеке тұлға (По состоянию здоровья лица)

шет елге іссапарға шығуына болады (может быть направлен в заграничную  
командировку) \_\_\_\_\_

елдің атауы (название страны)  
мерзімге (сроком на) \_\_\_\_\_ 20 жылғы (года) "\_\_\_" \_\_\_\_\_

М.П

Комиссия мүшелері (Члены комиссии)  
Жақша ішінде тегіңізді анық жазыңыз  
(В скобках фамилии писать разборчиво)

A4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 083/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 083/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**МЕДИЦИНАЛЫҚ АНЫҚТАМА**  
(Мемлекеттік автоинспекцияға көрсету үшін)  
**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА**  
(для представления в Госавтоинспекцию)  
№ \_\_\_\_\_

Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_  
Аты (Имя) \_\_\_\_\_  
Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Мекенжайы (Место жительства) \_\_\_\_\_  
Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_  
Медициналық куәландырудан өтті (Проходил медицинское  
освидетельствование) \_\_\_\_\_

**ҰЙҒАРЫМ**  
**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. Троллейбустар мен трамвайларды басқаруға жарамды (жарамсыз).  
Годен (не годен) к управлению троллейбусами и трамваями.
2. Автомобильдерді максималды салмағын шектеусіздікпен және автобустарды жолаушылар сымдылығын шектеусіздікпен ("В", "С", "Д", "Е" категориялары) басқаруға жарамды (жарамсыз).  
Годен (не годен) к управлению автомобилями без ограничения



максимального веса и автобусами без ограничения вместимости пассажиров (категории "В", "С", "Д", "Е").

3. "В" категориялы өз жеке автомобилін жалданып жұмыс істеу құқығынсыз басқаруға жарамды (жарамсыз).

Годен (не годен) к управлению индивидуальным автомобилем категории "В" без права работы по найму.

4. Қолмен басқарылатын автомобилді басқаруға жарамды (жарамсыз).

Годен (не годен) к управлению автомобилем с ручным управлением.

5. Мотоциклді, мотороллерді ("А" категориясы) басқаруға жарамды (жарамсыз).

Годен (не годен) к управлению мотоциклом, мотороллером (категории "А").

6. Мотоарбаны басқаруға жарамды (жарамсыз).

Годен (не годен) к управлению мотоколяской.

7. Мопедті басқаруға жарамды (жарамсыз).

Годен (не годен) к управлению мопедом.

(керексізін сызып тастаңыз) (ненужное зачеркнуть)

Анықтама қанша мерзімде күшінде (Срок годности справки) \_\_\_\_\_

Фотосурет орны

(Место для фотокарточки)

Медициналық комиссиясының мөрі

(Печать медицинской комиссии)

Комиссия төрағасы

(Председатель комиссии) \_\_\_\_\_

қолы (подпись)

Хатшы (Секретарь) \_\_\_\_\_

қолы (подпись)

A5 форматы

Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 084/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 084/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы  
ДӘРІГЕРДІҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ**

**ВРАЧЕБНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**о переводе беременной на другую работу**

Жүкті әйелдің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество беременной) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Жұмыс орны мен лауазымы (Место работы и должность) \_\_\_\_\_

Жүктілігі (Беременность) \_\_\_\_\_ апта (недель) \_\_\_\_\_

Ауыстыру негіздемесі (Основание для перевода) \_\_\_\_\_

Ұсынылған жұмыс (Рекомендуемая работа) \_\_\_\_\_

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество врача)

қолы (подпись) \_\_\_\_\_

Берілген күні (Дата выдачи) \_\_\_\_\_

Ауыстырылды (Перевод осуществлен) \_\_\_\_\_

Жетекшінің лауазымы (Должность руководителя) \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_ Күні (Дата) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 085/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 085/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Туберкулезге қарсы диспансердің, аурухананың (емхананың),  
туберкулезге қарсы диспансерлік бөлімшесінің (бөлмесінің)**

**УЧАСКЕЛІК МЕЙІРБИКЕСІНІҢ КАРТАСЫ**

**КАРТА УЧАСТКОВОЙ МЕДСЕСТРЫ**

**противотуберкулезного диспансера, противотуберкулезного  
диспансерного отделения (кабинета), больницы (поликлиники)**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_ басталды (начата)

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество больного)

Науқастың мекенжайы (Адрес больного) \_\_\_\_\_

отбасы конвертінің № (№ семейного конверта) \_\_\_\_\_

Учаскелік мейірбикенің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество, участковой медсестры) \_\_\_\_\_

Науқастың диагнозы (Диагноз больного) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_

Науқастың диагнозы (Диагноз больного) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_

Стр.2 ф.№ 85/у  
№ 085/е н.2 беті

Туберкулезбен ауыратын науқастың отбасы құрамы және онымен бір үйде тұратын адамдар тізімі Состав семьи туббольного и перечень лиц, проживающих с ним на общей жилплощади	Туған күні Дата рождения	Есепке алынған уақыты Дата поступления на учет	Науқаспен қатынасы Отношение к больному	Жұмыс (оқу) орны Место работы (учебы)	Лауазымы Должность	Күні Дата	Диагноз	ВК+-

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Отбасының айлық табысы (Месячный доход семьи) _____	Бас бостандығынан айыру орындарында болды ма (Пребывал ли в местах лишения свободы) Нашақорлық (Наркомания) _____ Алкоголизм _____ Шылым шегуі (Курение) _____
--	--

Стр.3ф.№ 85/у  
№ 085/е н.3 беті

Отбасы жеке үйде, жеке пәтерде _____ жеке бөлмеде, пәтердің-бөлемесінде, бөлменің бір бөлігінде, жатақханада тұрады (астын сызыңыз) (Семья занимает: отдельный дом, отдельную квартиру _____ комнат, в квартире – комнату,	
--	--



Күнделік (Дневник)

және басқалар (и другие)

№ 085/е н. 7 беті  
стр. 7 ф. № 085/у

Отбасында бір жыл істелген жұмыс қорытындысы  
Итоги работы в семье за год

20\_\_ жыл (год)

20\_\_ жыл(год)

20\_\_ жыл(год)

Түкіргіші бар ма (Имеется ли плевательница) _____		
– бөлек ыдыс (отдельная посуда) _____	Сауықтыру жоспары План оздоровления	Орындалу күні Дата выполнения
– бөлек сүлгі (отдельное полотенце) _____		
– кір жуу және кептіру (стирка и сушка белья) _____		
– Таза және кір киім қайда сақталады (Где производится хранение чистого и грязного белья)		
– Үйдің күтімі, тазалық сақтау (желдету, сулап сыпыру және т.б.) (Уход за жильем, соблюдение чистоты (проветривание, влажное подметание и т.д.)) _____		
Отбасының тамақтануы Питание семьи		
Тубнауқастың еңбектенуі Труд туббольного		
Жұмыс уақытының ұзақтығы (Продолжительность работы) _____		
Ауысымды жұмыс (Смена) _____		
Өндірістің жағдайы мен ерекше шарттары (Обстановка и особые условия(производства) _____		

Учаскелік мейірбикенің ерекше ескертулері  
(Особые замечания участковой медсестры) \_\_\_\_\_

Учаскелік дәрігер  
(Участковый врач) \_\_\_\_\_

Учаскелік мейірбике (Участковая медсестра) \_\_\_\_\_

A5 форматы  
Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 086/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 086/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Жоғары оқу орындарына, колледждерге, орта арнаулы оқу  
орындарына, кәсіби-техникалық, техникалық училищелерге  
түсушілерге, жұмысқа орналасатын жасөспірімдерге  
толтырылатын (дәрігерлік кәсіби-консультациялық қорытынды)

**МЕДИЦИНАЛЫҚ АНЫҚТАМА**

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА**

(врачебное профессионально-консультативное заключение)  
заполняется на абитуриентов, поступающих в высшие  
учебные заведения, колледжи, средние учебные заведения,  
профессионально-технические, технические училища и  
поступающих на работу

от 20\_\_ жылғы (года) "\_\_\_" \_\_\_\_\_ күнінен

1. Берілді (Выдана) \_\_\_\_\_  
анықтама берген ұйымның атауы мен мекенжайы (наименование и адрес  
организации, выдавшего справку)

2. Анықтама берілетін оқу, жұмыс орнының атауы (Наименование учебного  
заведения, куда представляется справка) \_\_\_\_\_

2.1 Анықтама берілетін жұмыстың атауы (Наименование работы, куда  
представляется справка) \_\_\_\_\_

3. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

- 
- 
4. Жынысы (Пол) Е.(М), Ә.(Ж),  
5. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
6. Мекенжайы (Адрес местожительства) \_\_\_\_\_
- 
- 

7. Бастан өткерген аурулары (Перенесенные заболевания) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

8. Зерттеп-қарау кезіндегі объективті деректер мен денсаулық жағдайы  
(Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования):

терапевт \_\_\_\_\_

хирург \_\_\_\_\_

невропатолог \_\_\_\_\_

көз дәрігері (окулист) \_\_\_\_\_

отоларинголог \_\_\_\_\_

басқа мамандар (другие специалисты) \_\_\_\_\_

---

---

9. Рентгенологиялық (флюорографиялық) зерттеп-қарау деректері (Данные рентгенологического (флюорографического) обследования) \_\_\_\_\_

---

---

10. Зертханалық зерттеулердің деректері (Данные лабораторных исследований) \_\_\_\_\_

---

---

11. Сақтандыру екепелері (күнін көрсету) (Предохранительные прививки (указать дату)) \_\_\_\_\_

---

---

---

12. Кәсіби жарамдылығы туралы дәрігерлік қорытынды (Врачебное заключение о профессиональной пригодности) \_\_\_\_\_

---

---

Анықтама толтырған адамның қолы  
 (Подпись лица, заполнявшего справку) \_\_\_\_\_  
 Емдеу-профилактикалық ұйымының бас дәрігерінің қолы  
 (Подпись главного врача лечебно-профилактической  
 организации) \_\_\_\_\_

Мөр орны  
 Место печати

Ескерту: жоғары оқу орындары мен орта арнаулы оқу орындарына түсушілерге кәсіби жарамдылығы туралы қорытынды тұлғаларды медициналық сұрыптау туралы әдістемелік нұсқаулар тізбесіне сәйкес берілді  
 Примечание: заключение о профессиональной пригодности и определение сроков годности справки даются в соответствии с перечнем методических указаний по медицинскому отбору лиц, поступающих в высшие учебные заведения и средние специальные учебные заведения или поступающих на работу.

A4 форматы  
 Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 087/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 087/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Денсаулық сақтау ұйымы заң консультантының жұмысын жазу  
 КІТАБЫ  
 КНИГА  
 записи работы юрисконсульта организации здравоохранения  
 (за) 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_ бойынша**

			Өтініш түрі ( ауызша, жазбаша)	Мекенжайы немесе	
--	--	--	--------------------------------	------------------	--



Р/с № п /п	Қаралу күні Дата обращения	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Вид обращения (устное, письменное)	жұмыс орны Адрес или место работы	Отбасы жағдайы Семейное положение
1	2	3	4	5	6

№ 087/е.н. артқы беті  
Разворот формы № 087/у.

Неше баласы бар Имеет детей	Өтініш беру себебі Причина обращения	Көрсетілген көмек түрі Вид оказанной помощи	Іс қозғауға материал дайындалған күн Дата подготовки материала по возбуждению дела	Қарау нәтижелері Результаты рассмотрения	Ескертпе Примечание
7	8	9	10	11	12

А 5  
Формат А5

ф о р м а т ы

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 108/е нысанды медициналық құжаттама
Министерство здравоохранения Республики Казахстан		
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 108/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Алдын ала, кезеңдік немесе қосымша медициналық**

тексеруге жолдама

(Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға)

(амбулаториялық картаға жапсырылады)

Направление на предварительный, периодический или дополнительный медицинский осмотр

(для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношения гражданского и служебного оружия) (вклеивается в амбулаторную карту)

№ \_\_\_\_\_

1. Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_

2. Аты (Имя) \_\_\_\_\_

3. Әкесінің аты  
(Отчество) \_\_\_\_\_

4. Жынысы: 1- ер; 2 - әйел (Пол: 1- муж.; 2 - жен.)  
(керегін сызу) (нужное подчеркнуть)

5. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
күні, айы, жылы (число, месяц, год)

6. Тұрақты тұрғылықты жері (Адрес постоянного места жительства):

Облыс (область) \_\_\_\_\_

Аудан (район) \_\_\_\_\_

Елді мекен (населенный пункт) \_\_\_\_\_

Көше (улица) \_\_\_\_\_ үй (дом) \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_

Пәтер (квартира) \_\_\_\_\_

7. Келу жері бойынша тіркелу мекені (Адрес регистрации по месту пребывания):

Облыс (область) \_\_\_\_\_

Аудан (район) \_\_\_\_\_

Елді мекен (населенный пункт) \_\_\_\_\_

Көше (улица) \_\_\_\_\_ үй (дом) \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_

Пәтер (квартира) \_\_\_\_\_

8. Медициналық тексеру уақыты (Дата проведения медицинского осмотра)

9. Медициналық тексеру түрі (Вид медицинского осмотра): алдын ала (предварительный), кезеклет, кезекті, кезектен тыс (периодический, очередной, внеочередной) (керегін сызу) (нужное подчеркнуть)

10. Соңғы медициналық тексеру уақыты (Дата последнего медосмотра (обследования)) \_\_\_\_\_

11. Соңғы медициналық тексеру кезінде анықталған аурулары; амбулаторлы картаға сәйкес аурулар диагноздарын көрсету керек (Заболевания, выявленные с момента последнего медосмотра; указать диагнозы заболеваний, в соответствии с амбулаторной картой)

12. Маман дәрігерлердің тексеру нәтижелері (Белгілі сызбанұсқа бойынша маман дәрігерлердің тексеру нәтижелері, қосымша ретінде Картаға жапсырылады) (Результаты осмотра врачей специалистов (данные осмотра врачей специалистов по определенной схеме в виде вкладышей вклеиваются в Карту))

12.1 Терапевттің тексеру (Осмотр терапевта) \_\_\_\_\_

12.2 Неврологтың тексеру (Осмотр невропатолога) \_\_\_\_\_

12.3 Офтальмологтың тексеру (Осмотр офтальмолога) \_\_\_\_\_

12.4 Психиатрдың тексеру (Осмотр психиатра) \_\_\_\_\_

12.5 Наркологтың тексеру (Осмотр нарколога) \_\_\_\_\_

13. Қорытынды (Заключение): \_\_\_\_\_

Берілу күні (Дата выдачи) \_\_\_\_\_

Терапевт дәрігердің қолы (Подпись врача терапевта) \_\_\_\_\_

А 5

Формат А5

ф о р м а т ы

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 108-1/е нысанды медициналық құжаттама
Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Медицинская документация Форма № 108-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907
Ұйымның атауы Наименование организации		

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Медициналық тексеру**  
**КОРЫТЫНДЫСЫ**  
(Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге  
рұқсат алуға)  
**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
медицинского осмотра  
(для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношения  
гражданского и служебного оружия)  
20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_  
Азаматқа берілді (Выдано Гражданину (-ке)): \_\_\_\_\_

---

ТАӘ (ФИО)  
\_\_\_\_\_ Облыс (қала) область (город)  
\_\_\_\_\_ аудан (район)  
Алдын-ала/периодты қараудың нәтижелері бойынша  
(керегін сызу)  
по результатам предварительного/периодического медицинского осмотра  
(необходимое подчеркнуть)  
в организации

---

Мекеме аты (наименование организации)  
Дәрігер терапевт (Врач терапевт) \_\_\_\_\_

Дәрігер невропатолог (Врач невропатолог) \_\_\_\_\_

Дәрігер психиатр (Врач психиатр) \_\_\_\_\_

Дәрігер нарколог (Врач нарколог) \_\_\_\_\_

Дәрігер окулист (Врач окулист) \_\_\_\_\_

Қарау нәтижесі бойынша анықталды (В результате осмотра установлено):

\_\_\_\_\_

Дәрігер-терапевт/(Врач-терапевт): \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО)

\_\_\_\_\_ Мөрдiң орны (Место печати) \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись)

Медициналық ұйымның басшысы (Руководитель медицинской организации)

\_\_\_\_\_ Мөрдiң орны (Место печати)

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 111/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 111/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Жүкті және жаңа босанған әйелдің**

**ЖЕКЕ КАРТАСЫ**

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА**

**беременной и родильницы**

№ \_\_\_\_\_

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата и год рождения) \_\_\_\_\_

ЖСН (ИИН) \_\_\_\_\_ Есепке алыну күні (Дата взятия на

учет) \_\_\_\_\_

Жүкті әйелдің қан тобы (Группа крови беременной) \_\_\_\_\_

Жүкті әйелдің резус-тиістілігі (Резус принадлежность беременной)

\_\_\_\_\_ Айқындау күні (Дата определения) \_\_\_\_\_

Ерінің қан тобы және резус-тиістілігі (Группа крови и резус принадлежность ее мужа) по  
показанием \_\_\_\_\_

Мекенжайы, телефон (Домашний адрес, телефон) \_\_\_\_\_  
Білімі: бастауыш, орта, жоғары (астын сызыңыз) (Образование: начальное, среднее, высшее (подчеркнуть)) \_\_\_\_\_  
Жұмыс орны, телефон (Место работы, телефон) \_\_\_\_\_  
Кәсібі немесе лауазымы (Профессия или должность) \_\_\_\_\_  
Күйеуінің аты-жөні, жұмыс орны, телефон (Фамилия и место работы мужа, телефон) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Диагноз: нешінші жүктілік (Диагноз: беременность которая) \_\_\_\_\_  
Босануы (Роды) \_\_\_\_\_  
Осы жүктіліктің асқынуы (Осложнения данной беременности) \_\_\_\_\_  
Экстрагениталдық аурулар (Экстрагенитальные заболевания) диагноз) \_\_\_\_\_  
Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход беременности: аборт, роды в срок, преждевременные) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ апта (недель).

Күні (Дата) \_\_\_\_\_  
Босану ерешеліктері (Особенности родов) \_\_\_\_\_  
Нәресте: тірі, өлі, жынысы, масса (салмағы) \_\_\_\_\_ грамм (Ребенок: живой, мертвый, пол \_\_\_\_\_ масса (вес) грамм \_\_\_\_\_ . Бойы (Рост) \_\_\_\_\_ сантиметр (сантиметров).

Перзентханадан шықты, ауруханаға ауыстырылды, перзентханада шетінеді (астын сызыңыз) - диагнозы (Выписался, переведен в больницу, умер в родильном доме (подчеркнуть) - диагноз) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Жолдама бойынша келді (Обратилась по направлению) \_\_\_\_\_  
Өз бетінше келу (қажеттінің астын сызу) (Самообращение (нужное подчеркнуть)) \_\_\_\_\_  
**Шағымдар (Жалобы)** \_\_\_\_\_  
Сыртартпа (Анамнез)  
Тектілік (Наследственность) \_\_\_\_\_  
Шалдыққан ушыққан аурулар (Перенесенные острые заболевания) \_\_\_\_\_  
Гепатит \_\_\_\_\_  
Туберкулез \_\_\_\_\_  
Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания) \_\_\_\_\_  
Созылмалы аурулар (бар болса диспансерлік есепте тұра ма, базистік терапияны алады ма) (Хронические заболевания (если есть, то со стоит ли на диспансерном учете, получает ли базисную терапию) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Жасалған операциялар (Перенесенные операции) \_\_\_\_\_  
Гемотрансузия \_\_\_\_\_  
Аллергоанамнез \_\_\_\_\_  
Рентгенологиялық тексеру (ақырғы тексерістің нәтижесі) (Рентгенологическое обследование (результат последнего обследования) \_\_\_\_\_  
Еттекір функциясы (Менструальная функция):  
Менархе \_\_\_\_\_ жаста (в \_\_\_\_\_ лет), еттекірдің ұзақтығы (длительность менструации) \_\_\_\_\_ циклдың ұзақтығы (продолжительность цикла) \_\_\_\_\_ Мол, қалыпты, сирек (астын сызу) (Обильные, умеренные, скудные (подчеркнуть))  
Жыныстық қатынасы (Половая жизнь с) \_\_\_\_\_ жастан (лет)  
Неке (Брак) \_\_\_\_\_  
Әкесінің денсаулығы туралы деректер (Данные о здоровье отца) \_\_\_\_\_  
Тектілігі (Наследственность) \_\_\_\_\_  
Рентгенологиялық тексерулер (Рентгенологическое обследование) \_\_\_\_\_  
Ескертпе: дәрігерге соңғы жүргізілген тексерулердің нәтижесін беру керек (Примечание: рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований)

Гинекологиялық анамнез (Гинекологический анамнез) \_\_\_\_\_

Контрацепция \_\_\_\_\_

Акушерлік сыртартқы (Акушерский анамнез):

Қанша жүктілік болды (Сколько было беременностей) - Оның ішінде босану (Из них родов) -, өзінен өзі түсік тастау (самопроизвольных аборт) -, жатырдан тыс жүктілік (внематочных беременностей) -, медтүсік (медаборт) -.

Бұрынғы жүктіліктерінің, босануларының, босанудан кейінгі кезеңдер ағымының ерекшеліктері

(Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода)

Па-ри-тет	Жыл Год, дата	Жүктілік қай мерзімде, немен аяқталды Чем закончилась беременность и при каком сроке				Бала тірі, өлі туылды, салмағы Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес)	Босанудың, боғсанудан кейінгі мерзімнің ерекшеліктері Особенности течения родов, послеродового периода
		абортпен абортами		босанумен родами			
		жасанды искусств-ным (хир., меди-камен)	өздігінен самопроиз-вольным, в том числе замершей	мерзі-мінен бұрын преждевре-менными	мерзі-мінде в срок		

Соңғы етеккірі (Последняя менструация с) 20\_\_жылғы(года) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ бастап (по) \_\_\_\_\_ дейін

Жүктілік Беременность спонтанная или индуцированная (стимуляция овуляции, инсеминация ЭКО) (подчеркнуть).

Іштегі баланың бірінші қозғалуы (Первое движение плода) 20\_\_жылғы(года)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

**Жүкті әйелді бірінші рет қарау (Первое обследование беременной)**

Объективті деректер (Объективные данные):

Жалпы жай-күйі (қанағаттандырылған) (Общее состояние) (удовлетворительное) \_\_\_\_\_.

Бойы (Рост) \_\_\_\_\_ см. Салмағы (Масса) (вес) \_\_\_\_\_ кг.

ДМИ (дене массасының индексі) ИМТ (индекс массы тела) \_\_\_\_\_

Тері қабаты (Кожные покровы) \_\_\_\_\_

Ісік (Отеки) \_\_\_\_\_

Сүт бездерінің зерттеу (Исследование молочных желез) \_\_\_\_\_

Тыныс алу ағзаларының жай-күйі (Состояние органов дыхания) \_\_\_\_\_

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно - сосудистой системы) \_\_\_\_\_

АҚҚ (АД): оң қолында (на правой руке) \_\_\_\_\_ сол қолында (на левой руке) \_\_\_\_\_

Іш (жұмсақ, аурусыз) (Живот) (мягкий безболезненный) \_\_\_\_\_

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка) \_\_\_\_\_

Солқылдау симптомы (Симптом поколачивания) \_\_\_\_\_

Басқа ағзалары (Другие органы) \_\_\_\_\_

Несеп шығуы (Мочеиспускание) \_\_\_\_\_ Нәжіс (Стул) \_\_\_\_\_

**Акушериялық мәртебе (Акушерский статус):**









Лейкоциттер Лейкоциты												
Эритроциттер Эритроциты												
Цилиндрлер Цилиндры												
Қант Сахар												
Нәруыз Белок												
Бактериялар Бактерии												
Тұздар Соли												

Басқа зерттеулер (Другие исследования):

Қантты анықтауға қан тапсыру Кровь на сахар	
Несептің баксебу (көрсетілімдер бойынша) Бакпосев мочи (по показаниям)	

RW 1 \_\_\_\_\_

RW 2 \_\_\_\_\_

АИТВ-1 (ақпараттандырылған келісім бойынша) ВИЧ-1 ( с информированного согласия) \_\_\_\_\_

АИТВ-2 (ақпараттандырылған келісім бойынша) ВИЧ-2 ( с информированного согласия) \_\_\_\_\_

Гепатит В маркерлері (Маркеры гепатита В) \_\_\_\_\_

Микроскопия сүртіндісі (көрсетілімдер бойынша) Мазок на микроскопию (по показаниям) \_\_\_\_\_

Онкоцитологияға сүртінді (көрсетілімдер бойынша) Мазок на онкоцитологию (по показаниям) \_\_\_\_\_

### Пренаталдық скрининг

### Пренатальный скрининг Биохимиялық скрининг

### Биохимический скрининг

Өткізу мерзімі Период проведения	Өткізу күні Дата проведения	Жүктіліктің мерзімі Срок беременности	Тексерудің нәтижелері Результаты обследования	Ескерту примечание
1 триместр (10-14 апта)				

1 триместр (10-14 нед)				
2 триместр (16-20 апта) 2 триместр (16-20нед)				

**Ультрадыбыстық скрининг**  
**Ультразвуковой скрининг**

Өткізу мерзімі Период проведения	Өткізу күні Дата проведения	Жүктіліктің мерзімі Срок беременности	ХА маркерлері (бар болса) Маркеры ХА (при наличии)	Қорытынды Заключение	Ұсыныстар рекомендации
1 триместр (10-14 апта) 1 триместр (10-14нед)			ТВП- ДНК-		
2 триместр (16-20 апта) 2 триместр (20-22нед)					
3 триместр (32-34 апта) 3 триместр (32-34нед)					

**Консультациялар**  
**Консультации**  
**Терапевтің алғашқы қарауы**  
**Первый осмотр терапевта**

Шағымдар (Жалобы) \_\_\_\_\_

**Сыртартпа (Анамнез)**

Туды және қалыпты дамыды (иә, егер жоқ – туу кезінде және балалық шақта қандай ауытқулар) Родилась и развивалась нормально(да, если нет- какие отклонения при рождении и в детстве) \_\_\_\_\_

Тектілігінде ауыртпалық жоқ (иә болса, қандай аурулар, туыстық дәрежесі)

Наследственность не отягощена ( если да, какими заболеваниями, степень родства) \_\_\_\_\_

Бұрын ауырған аурулары: жалпы (Перенесенные заболевания: общие) \_\_\_\_\_

Балалар инфекциялары (Детские инфекции) \_\_\_\_\_

Гепатиты \_\_\_\_\_ Туберкулез \_\_\_\_\_

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания) \_\_\_\_\_

Басқа инфекциялар (Другие инфекции) \_\_\_\_\_

Бұрын ауырған ушыққан аурулар (Перенесенные острые заболевания) \_\_\_\_\_

Созылмалы аурулар (Хронические заболевания) \_\_\_\_\_

Жүрек-тамыр, тыныс алу, нерв жүйесінің, АІЖ, тірек-қозғалыс аппаратының және басқа аурулар (заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем, ЖКТ, опорно-двигательного аппарата и др.)

Диспансерлік есепке алу (Диспансерный учет) \_\_\_\_\_

(бар болса, диагноз, бақылау орны, маман, соңғы қабылдау күні, қандай препараттарды пайдаланады) (если есть, диагноз, место наблюдения, специалист, дата последнего приема какие препараты принимает) \_\_\_\_\_

Емдеуге жатқызу (Госпитализация) \_\_\_\_\_

(сыртартпада бар болса, қандай диагнозбен, күні, медұйымның атауы, шұғыл немесе жоспарлы) (если была в анамнезе, с каким диагнозом, дата, название медорганизации, экстренная или плановая)

Бұрын болған операциялар, асқынулар (Перенесенные операции, осложнения) \_\_\_\_\_

Бұрын болған жарақаттар және олардың салдары (Перенесенные травмы и их последствия) \_\_\_\_\_

Гемотрансфузия \_\_\_\_\_

Аллергоанамез \_\_\_\_\_

### Объективті деректер:

### Объективные данные:

Жалпы жағдайы (қанағаттандырылған) (Общее состояние (удовлетворительное)) \_\_\_\_\_

Дене құрылысының ерекшеліктері (Особенности телосложения) Нормостеник (астеник, гиперстеник) \_\_\_\_\_

Тері (Кожные покровы) \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Ауыз қуысының жағдайы (Состояние полости рта) \_\_\_\_\_

Аңқа, бадамшабездің жағдайы (Состояние зева, миндалин) \_\_\_\_\_

Лимфотүйін (Лимфоузлы) \_\_\_\_\_

Ісік (жоқ, бар, орналасуы) Отеки (нет, есть, локализация) \_\_\_\_\_

Сүт бездерінің жағдайы (осмотр молочных желез) \_\_\_\_\_

Тыныс алу ағзаларының жағдайы (Состояние органов дыхания) \_\_\_\_\_

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно-сосудистой системы) \_\_\_\_\_

Пульс \_\_\_\_\_

АҚҚ (АД): оң қолында (на правой руке) \_\_\_\_\_ сол қолында (на левой руке) \_\_\_\_\_

Іш (жұмсақ, аурусыз) Живот (мягкий безболезненный) \_\_\_\_\_

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка) \_\_\_\_\_







Күні Дата	Жүктілік мерзімі Срок Беременности	Сабақтардың тақырыбы Тема занятия	Серіктің келуі Посещение партнера	Дәрігердің қолы Подпись врача

Патронаждық қаралуы (Патронажные посещения)

Күні (Дата)					
Жүктілік мерзімі (Срок беременности)					
Шағымы (Жалобы)					
Жалпы жағдайы (ісінуі) (Общее состояние (отеки))					
АҚҚ (АД) оң қолында (на правой руке)					
сол қолында (на левой руке)					
Іштегі баланың орналасу (Положение плода)					
Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода)					
Тұрмыстық жағдайлар (Бытовые условия)					
Әлеуметтік саулы (Социальное благополучие)					
Ұсыныстар (Рекомендации)					
Қолы (подпись)					

Педиатр патронажы (Патронаж педиатра) \_\_\_\_\_

Әлеуметтік қызметкердің патронажы (көрсетілімдер бойынша) (Патронаж соцработника (по показаниям)) \_\_\_\_\_

**Акушер-гинеколог дәрігердің қабылдауы  
(әрбір қабылдау кезінде толтырылады)**



**Прием врача акушер-гинеколога  
(заполняется при каждом посещении)**

Күні (Дата) \_\_\_\_\_

	Шағымдар(Жалобы) _____ _____
	Жалпы жағдайы (қанағаттандырылған) Общее состояние (удовлетворительное) _____
АҚ АД	Тері (Кожные покровы) _____ Ісіну (Отеки) _____
Пульс	Іші (жұмсақ, аурусыз) (Живот( мягкий безболезненный)
	Жатыр (қалыптытонус, гипертонус) (Матка ( в нормотонусе, в гипертонусе)
	Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование): Высота дна матки) _____ см. Ұрықтың орналасуы, (Положение плода) _____ Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) Головное/ тазовое _____ Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) Анық, ырғақты ЖЖЖ мин – қағыс (Ясное, ритмичное ЧСС - ударов в мин)
	Басқа ағзалары (Другие органы) _____
	Несептің шығуы (Мочеиспускание) _____ Нәжіс (Стул) _____
	<b>Диагноз:</b> Жүктілік (Беременность) _____ апта (недель).
	1) Тексерулер (Обследования):
	2) Ұсыныстар (Рекомендации):

Дәрігердің қолы (Фамилия и подпись врача) \_\_\_\_\_

Перзентхана көшірмесі (Выписка родильного дома)

Жүктілігіне байланысты демалыс (Отпуск по беременности)

с 20\_\_ жылғы(года) «\_\_» \_\_\_\_\_ бастап

по 20\_\_ жылғы(года) «\_\_» \_\_\_\_\_ дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № \_\_\_\_\_

Босануы (Роды) 20\_\_ жыл (год) \_\_\_\_\_ мерзімінде, бұрын, кейін (в срок, раньше, позже) на \_\_\_\_\_ күнге (дней)

Босанды (Роды произошли в) \_\_\_\_\_

Босану асқинумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс (Послеродовой дополнительный отпуск при осложненных родах) на \_\_\_\_\_ күн (дней)

(с) 20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_ бастап

(по) 20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_ дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № \_\_\_\_\_

Босанған әйелді бақылау (Наблюдение за родильницей)

Күні Дата	Шағымы Жалобы	Зерттеу деректері Данные обследования	Keңестер, тағайындаулар Советы, назначения
		1) флюорография	

### Босанудан кейінгі эпикриз

#### Послеродовой эпикриз

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата и год рождения) \_\_\_\_\_

Есепке алыну күні (Дата взятия на учет) \_\_\_\_\_

Тексерілді (Обследована) \_\_\_\_\_

Жүктілік өтті: экстергениталдық патология барысында (Беременность протекала на фоне: экстрагенитальной патологии) \_\_\_\_\_

Осы жүктіліктің асқинуы (Осложнения данной беременности) \_\_\_\_\_

Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход беременности: аборт, роды в срок, преждевременные) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ апта (неделя). Босану күні (Дата родов) \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Босану ерешеліктері (Особенности родов) \_\_\_\_\_

Нәресте: тірі, салмағы (Ребенок: живой, пол \_\_\_\_\_, масса (вес) \_\_\_\_\_ грамм. Бойы (Рост) \_\_\_\_\_ сантиметров.

Босанудан кейінгі кезеңнің ағымы (Течение послеродового периода) \_\_\_\_\_

Флюорография \_\_\_\_\_

Контрацепция \_\_\_\_\_

Меңгерушінің қолы (Подпись заведующего) \_\_\_\_\_  
Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 112-б/(м) нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 112/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

### ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (мальчик)

Группа крови \_\_\_\_\_  
Резус принадлежность \_\_\_\_\_

1. Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_
2. Дата рождения \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
3. место жительства: (район) \_\_\_\_\_ (город, село) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (улица) \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ кв \_\_\_\_\_
4. Контактные телефоны \_\_\_\_\_

Дата взятия на учет в данной организации	Откуда прибыл	дата снятия	Адрес выбытия

### 5. Организованность:

Дата \_\_\_\_\_ Название учреждения \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_ Название учреждения \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_ Название учреждения \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_ Название учреждения \_\_\_\_\_

Сведения о семье:

Родители и дети Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Место работы, должность, телефон (для детей - детская организация)	Наличие хронических заболеваний
мать			
Отец			
Дети			

Сведения о новорожденном:

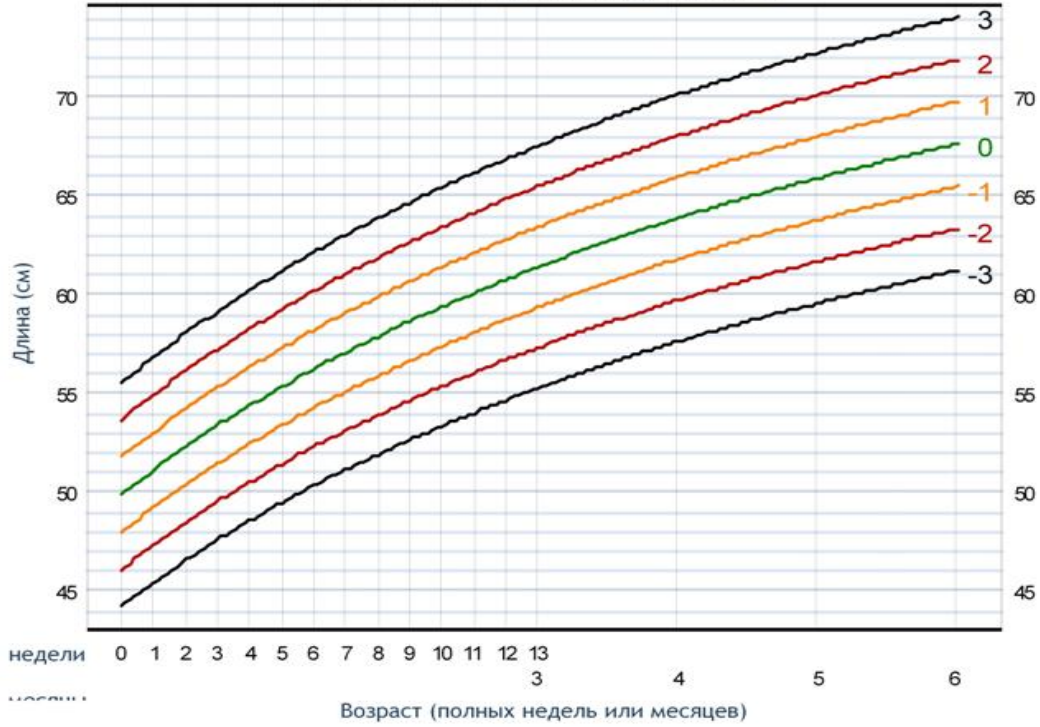
Дата выписки из роддома № _____ адрес роддома _____		Дата получения извещения о новорожденном из роддома № _____	
Число, месяц, год	День жизни	Число, месяц, год	День жизни

Место для приклеивания обменной карты

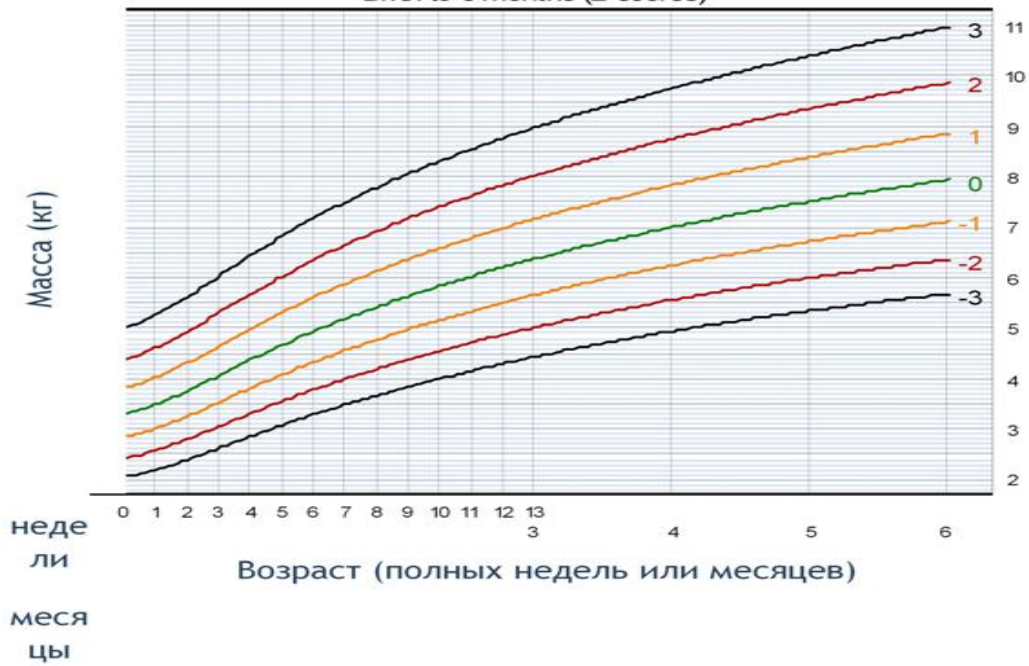
<p>Вес при рождении _____</p> <p>Рост при рождении _____</p> <p>ИМТ _____</p> <p>Окружность головы _____</p> <p>оценка физического развития: _____</p>	
--	--

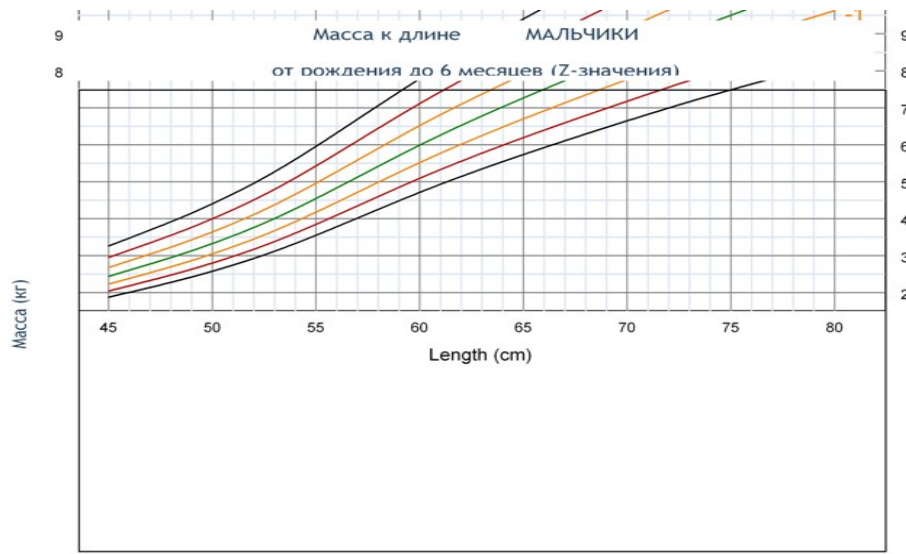
## Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ

от рождения до 6 месяцев (7-значения)

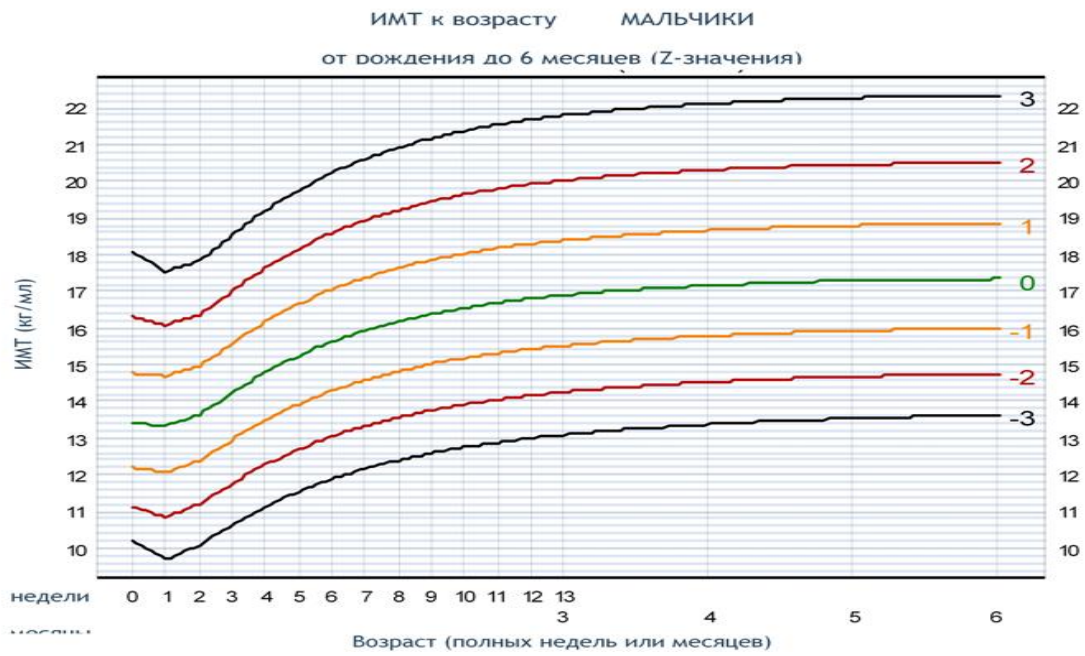


## Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ

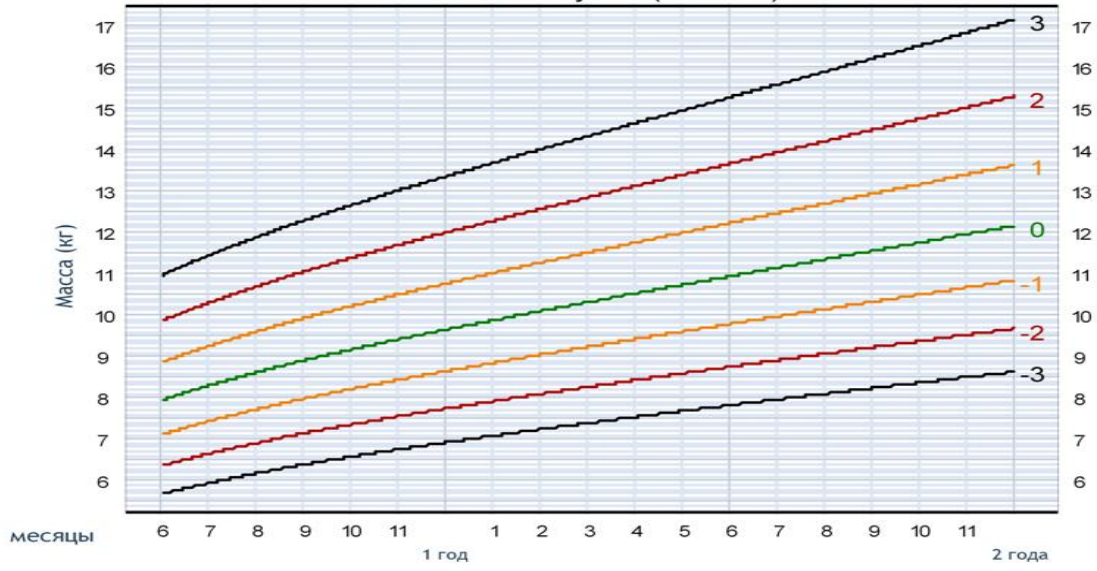




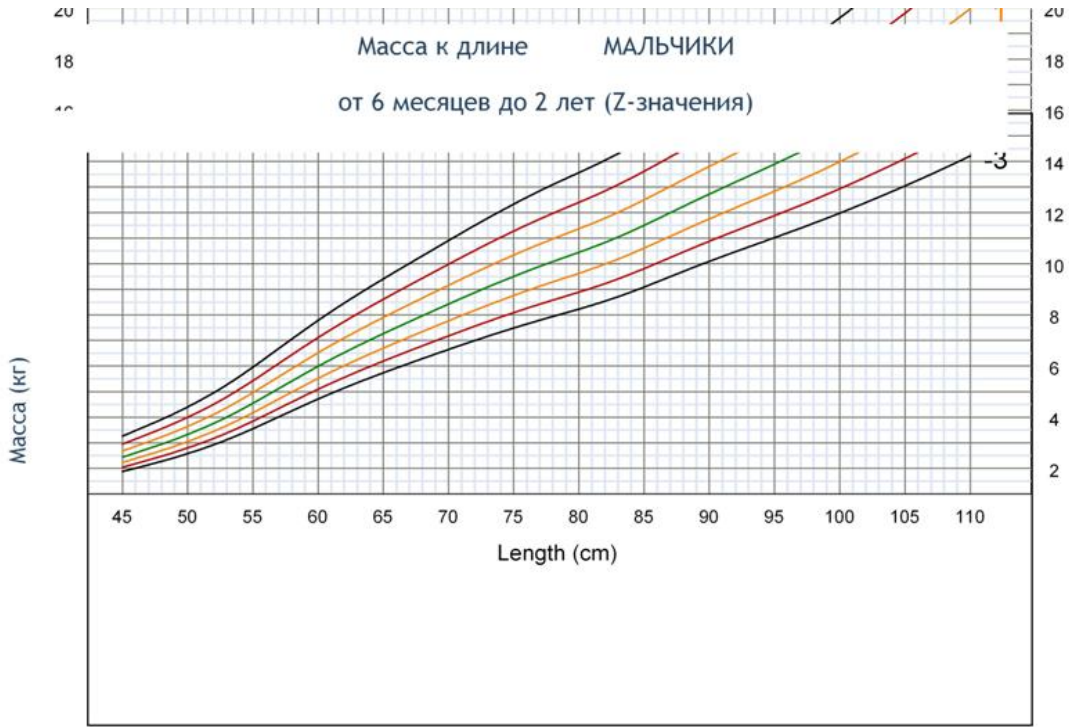
Длина (см)



Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ  
от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)



Масса к длине МАЛЬЧИКИ  
от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)

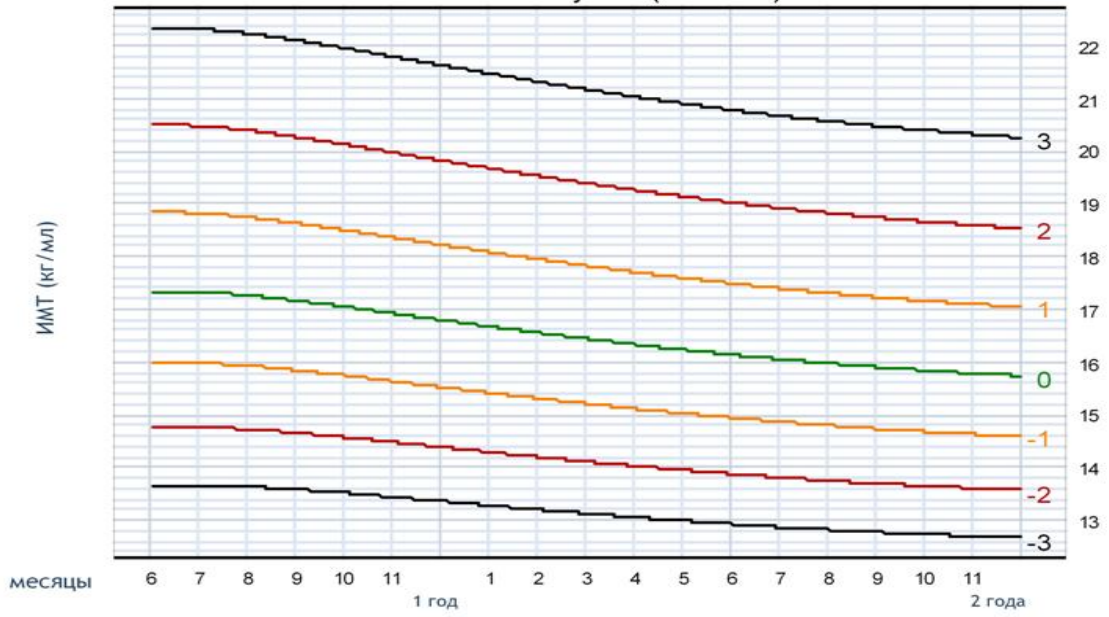


Длина (см)



ИМТ к возрасту МАЛЬЧИКИ

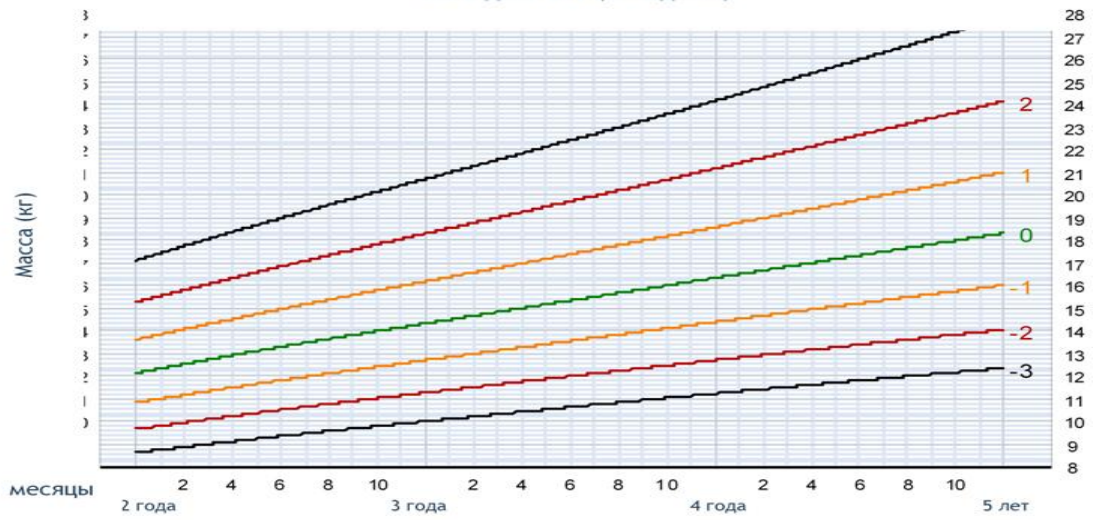
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



Возраст (полных месяцев и лет)

Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ

от 2 до 5 лет (Z-индексы)

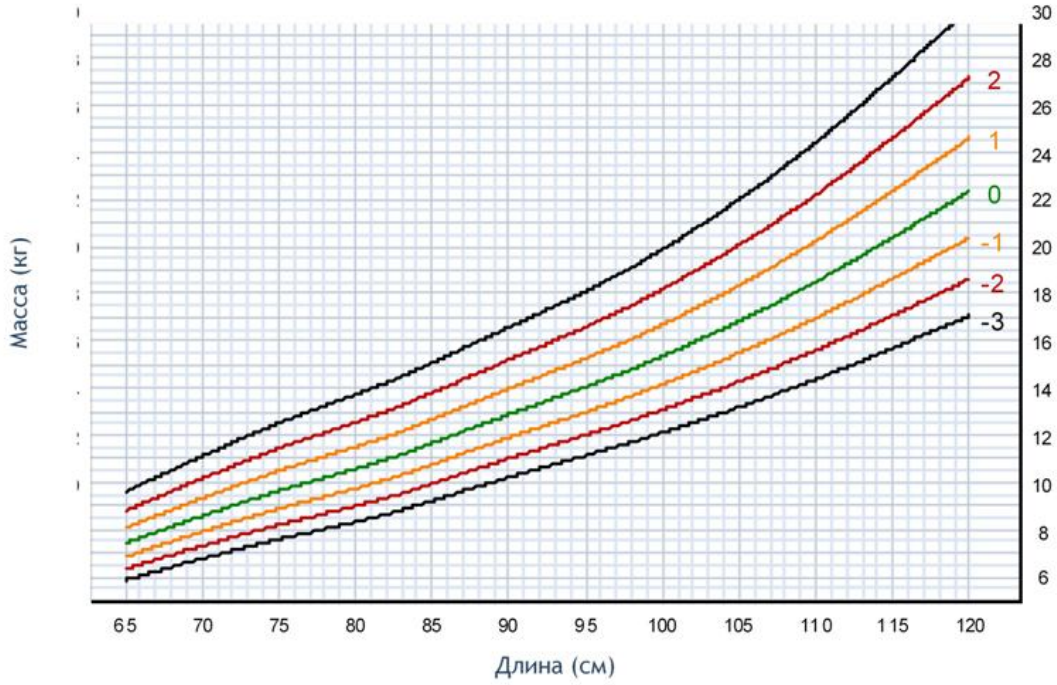


Возраст (полных месяцев и лет)



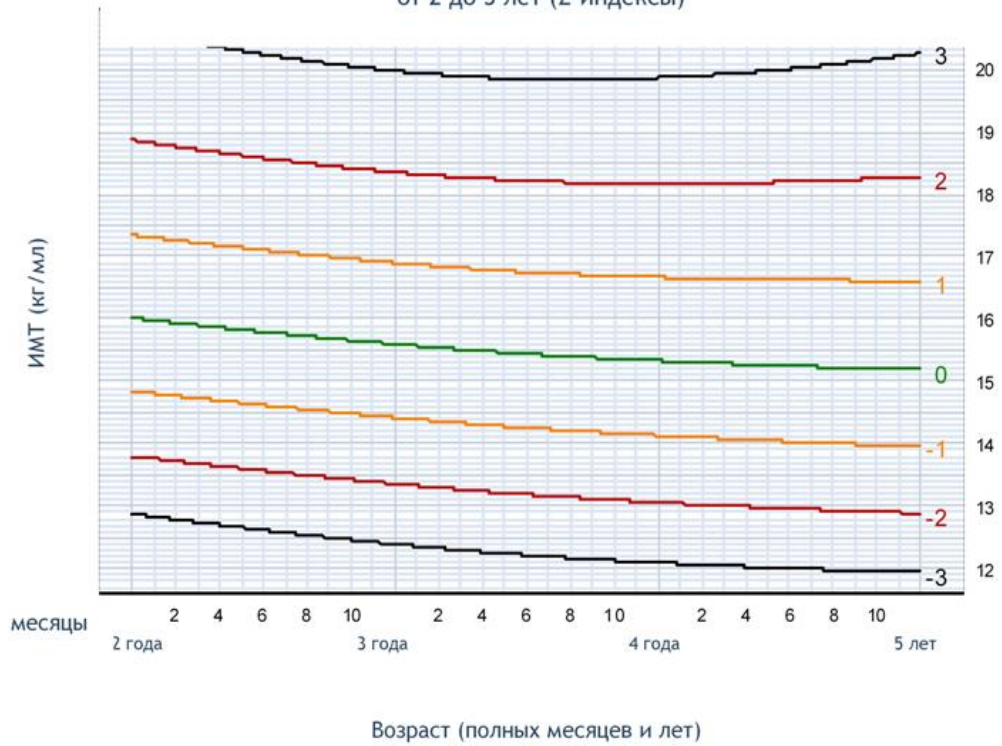
Масса к длине МАЛЬЧИКИ

от 2 до 5 лет (Z-индексы)



ИМТ к возрасту МАЛЬЧИКИ

от 2 до 5 лет (Z-индексы)



Дата получения информации из женской консультации \_\_\_\_\_

Название женской консультации \_\_\_\_\_

Дата проведения первого дородового патронажа \_\_\_\_\_

1.	ФИО беременной:
	Дата рождения и Возраст (полных лет)
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Место работы, профессия
	Профессиональная вредность: влажность, запыленность, химикаты, тяжести, другая (подчеркнуть) _____
2.	Биологический анамнез беременной:
	Срок настоящей беременности
	Беременность по счету _____, запланированная, желанная, нежеланная (подчеркнуть)
	Предыдущих беременностей было всего _____, в том числе:
	- закончились родами - - искусственным прерыванием беременности - выкидышем - - всего детей в семье - другая информация о детях в семье (умершие от заболеваний, в каком возрасте, инвалиды детства) _____
	Межродовый интервал при настоящей беременности
3.	Социальный анамнез и здоровье семьи:
	Семья полная, неполная _____
	Образовательный уровень матери _____ отца _____
	Психологический микроклимат в семье: неблагоприятный, благоприятный
	Наличие алкоголизма, наркомании в семье Да _____ нет _____
	Наличие курящих членов семьи Да _____ нет _____
	К у р я щ а я м а т ь Да _____ нет _____
	Физическая активность матери низкая, достаточная
	Материальное положение семьи: удовлетворительное, неудовлетворительное (скудность, сырость, холод, малообеспеченность, низкий уровень доходов, другие факторы)
	С а н и т а р н а я к у л ь т у р а с е м ь и : низкая _____ достаточная _____
	Наличие заболеваний инфекционных заболеваний в семье (ВИЧ, ИППП, туберкулез, краснуха, другие) _____
	Наличие наследственных заболеваний (какие, степень родства, поколение) _____

	Наличие врожденных пороков развития у других детей да: врожденные пороки сердца, ЖКТ, ЦНС, мочеполовой системы, легких, другие _____ нет
	Флюорография членов семьи (муж): да нет
4.	Состояние здоровья беременной:
	Наличие хронических соматических заболеваний да _____ нет
	Наличие экстрагенитальных заболеваний да _____ нет
	Наличие осложненной беременности да _____ нет
	УЗИ пройден (в какой срок) _____ где _____
	Выявленная патология на УЗИ да _____ нет
	АД _____
	Заключение терапевта _____
	Беременность протекает на фоне: дефицита массы тела (ИМТ до беременности менее 19) - нормальной массы тела (ИМТ до беременности 19-24) - избыточной массы тела (ИМТ до беременности 25-30) - ожирения (ИМТ до беременности свыше 30 )
5.	Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи: 1. Кровотечение из половых путей 2. Судороги 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Редкое или отсутствие шевеления плода 5. Высокая температура 6. Излитие околоплодных вод 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6.	Прочие сведения:
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	
Степень и направленность риска: - По материально-бытовым условиям и санитарному состоянию жилья: нет риска, умеренный риск, высокий риск - По вредным привычкам у родителей: нет риска, умеренный риск, высокий риск - По состоянию здоровья беременной: нет риска, умеренный риск, высокий риск - По течению настоящей беременности: нет риска, умеренный риск, высокий риск По другим факторам: Кто адресно оповещен о высоких рисках: Заведующий женской консультацией _____ Заведующий поликлиникой (терапевтическая служба) _____ Другие ведомства или местная власть _____	
<b>РЕКОМЕНДАЦИИ:</b> - По соблюдению оптимального режима дня, отдыха, сна, физической активности - По поддержанию оптимального питания (пирамида питания) - Профилактическому приему препаратов (железа, фолиевой кислоты, йодсодержащих) - Профилактика ВИЧ, ИППП и туберкулеза - О соблюдении личной гигиены и благоустройстве жилья - О влиянии курения, употребления алкоголя и наркотиков на развитие плода	

Медсестра/Фельдшер

**Второй дородовый патронаж**

Название женской консультации \_\_\_\_\_

Дата проведения второго дородового патронажа \_\_\_\_\_

1.	ФИО беременной:
	Дата рождения и Возраст (полных лет)
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Предполагаемое место родов (учреждение)
2.	Состояние здоровья беременной: Наличие осложнений беременности да _____ нет
3	Наличие инфекционных и хронических больных в близком окружении (в семье, у близких соседей, родственников)
4	Состояние молочных желез
5	Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи: 1. Кровотечение из половых путей 2. Судороги 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Редкое или отсутствие шевеления плода 5. Высокая температура 6. Излитие околоплодных вод 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6	Подготовка уголка новорожденного: Места, кровати, белья, одежды, предметов ухода
7	Прочие сведения:
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	
- Состояние здоровья беременной удовлетворительное, неудовлетворительное - Наличие каких-либо вредностей да нет - Выполнение беременной предшествующих предписаний да, нет - Семья готова к рождению ребенка да, нет _____	
<b>РЕКОМЕНДАЦИИ:</b>	
- По подготовке к грудному вскармливанию - По оптимальному питанию беременной - По оптимальной физической активности (прогулки) - Приглашена в кабинет здорового ребенка для обучения навыкам грудного кормления и ухода за новорожденным - По подготовке уголка новорожденного и подготовке одежды для роддома	

Медсестра/Фельдшер











коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	
АНАМНЕЗ: Недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Тазовое предлежание; Осложненное течение родов; Реанимация новорожденного; Судороги в анамнезе; Медикаментозное лечение новорожденного в роддоме; другое ...	ОТТЯГОЩЕННЫЙ АНАМНЕЗ: ДА _____ НЕТ _____
<p>Оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Проверьте рефлексы (должны быть симметричны): Поисковый; Сосательный; Хватательный; Моро; Автоматической походки</p> <p>Осмотр лица: _____          (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)</p> <p>Кожа: _____ (в норме розовая или интенсивно розовая)</p> <p>Слизистые ротовой полости _____ конъюнктивы _____</p> <p>Мышечный тонус _____ (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза")</p> <p>Видимые врожденные пороки _____</p> <p>_____</p> <p>Костная система _____</p> <p>форма головы _____ швы _____</p> <p>большой родничок _____ малый родничок _____</p> <p>оцените суставы: _____ движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы</p> <p>Органы дыхания: _____ Частота дыхания (ЧД) _____          (в норме 30 - 60/мин)</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ (в норме более 100/мин);          Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;</p> <p>Пальпация бедренного пульса _____ ( в норме симметрично с двух сторон)</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ Печень _____ Селезенка _____</p> <p>Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____</p> <p>Пуповина _____ (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)</p> <p>Мочеиспускание _____ (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);</p> <p>Стул _____ (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)</p>	
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</li> <li>- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</li> <li>- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</li> <li>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___</li> </ul> </li> <li>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</li> <li>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</li> </ul> </li> <li>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</li> </ul>	
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Как вы играете с Вашим ребенком?</li> <li>- Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</li> </ul>	<p>ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня: Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>	
<p>ОЦЕНКА УХОДА: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 °C) Гигиена ребенка _____</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>	
<p>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ: 1. Осмотр молочных желез:</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>	
	<p>Советы по ведению послеродовой депрессии: 1. позаботиться о ребенке, отложив другие виды</p>	

<p>2. Симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. глубокая тревожность и беспокойство</li> <li>2. глубокая печаль</li> <li>3. частые слезы</li> <li>4. ощущение неспособности заботиться о ребенке</li> <li>5. чувство вины</li> <li>6. приступы паники</li> <li>7. стресс и раздражительность</li> <li>8. утомляемость и недостаток энергии</li> <li>9. неспособность к сосредоточению внимания</li> <li>10. нарушение сна</li> <li>11. проблемы с аппетитом</li> <li>12. потеря интереса к сексу</li> <li>13. ощущение беспомощности и безнадежности</li> <li>14. антипатия к ребенку</li> </ol>	<p>деятельности</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней</li> <li>3. создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания</li> <li>4. чаще прикасаться к ребенку</li> <li>5. думать о ребенке</li> <li>6. чаще выходить на улицу и двигаться</li> <li>7. хорошо питаться</li> <li>8. заботиться о себе</li> <li>9. вести дневник</li> <li>10. если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту</li> </ol>
<p><b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b></p>	

**Рекомендации:**

- Преимущества и практика грудного вскармливания
- Обеспечение исключительно грудного вскармливания
- Техника сцеживания грудного молока (при необходимости)
- Оптимальное питание матери.
- Личная гигиена матери
- Требования к помещению и предметам ухода за новорожденным
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
- Уход за новорожденным, режим прогулок Гигиенические ванны
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).
- Информирование матери о графике работы врача и координатах медицинской организации (МО)
- Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания).
- Другие рекомендации

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому (7-й день)**

<p>Дата осмотра ___\ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____          Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____</p>	
<p>Оцените признаки опасности:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин);</li> <li>2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин);</li> <li>3. Выраженное втяжение грудной клетки;</li> <li>4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка);</li> <li>5. Судороги;</li> </ol>	

<p>6. Вялость или повышенный тонус;  7. Повышение температуры тела более 38<sup>0</sup>С;  8. Температура тела менее &lt;35,5 °С и не повышается после согревания;  9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;  9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка;  10. Кровотечение из пуповинного остатка;  11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>	<p>Да ___ Нет ___</p>
<p>ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</p>
<p>- Есть ли трудности при кормлении? Да _____ Нет _____  - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____  - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз  - Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____  - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____  Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:  Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.  - Способен ли ребенок брать грудь?  Для проверки прикладывания, посмотрите на:  - Подбородок касается груди Да ___  Нет ___  - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___  - Нижняя губа вывернута наружу Да ___  Нет ___  - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___  Не приложен совсем Приложен плохо  Приложен хорошо  - Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?  Не сосет совсем Сосет неэффективно  Сосет эффективно  - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ  - Как вы играете с Вашим ребенком?  - Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком:  (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22°C) Гигиена ребенка _____	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери	ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).
- Исключительно грудное вскармливание
- Стимуляция психосоциального развития
- Уход за новорожденным, режим прогулок
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)
- Личная гигиена матери.
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

**Посещение врачом на дому (15-й день)**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: ____ . Температура _____	
Жалобы матери:	
<p>Оцените признаки опасности:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин);</li> <li>2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин);</li> <li>3. Выраженное втяжение грудной клетки;</li> <li>4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка);</li> <li>5. Судороги;</li> <li>6. Вялость или повышенный тонус;</li> <li>7. Повышение температуры тела более 38°C;</li> <li>8. Температура тела менее &lt;35,5°C и не повышается после согревания;</li> <li>9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;</li> <li>10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка;</li> <li>11. Кровотечение из пуповинного остатка;</li> <li>12. Более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</li> </ol>	ДА _____ Нет _____
Кожа: Пуповина _____	
Слизистые ротовой полости конъюнктивы _____	

Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ (в норме более 100 /мин); Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ Печень _____ Селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул _____	ДИАГНОЗ:
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ____ Нет ____</li> <li>- Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет ____</li> <li>- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</li> <li>- Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет ____</li> <li>- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да __ Нет __</li> <li>- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой</li> </ul>	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):	
ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ____ Нет ____ - Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____ - Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо - Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? - Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).
ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ - Как вы играете с Вашим ребенком? - Как вы общаетесь с Вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА УХОДА:	ПРОБЛЕМЫ УХОДА

ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи: по слуху по зрению	ПРОБЛЕМЫ
ЗНАНИЕ МАТЕРИ ОПАСНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ	ДА НЕТ
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:	ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

1. Поощрение исключительно грудного вскармливания
  2. Оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери.
  3. Уход за новорожденным.
  4. Стимуляция психосоциального развития
  5. Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  6. Правила поведения и уход в случае болезни ребенка
  7. Обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания.
  8. Другое
- Врач:

**Патронаж медсестры на дому (21-й день)**

Дата осмотра ___\ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____ Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
<p>Оцените признаки опасности:</p> <p>1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 38°C; 8. Температура тела менее &lt;35,5°C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;</p> <p>10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка;</p> <p>12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>	Да ___ Нет _____
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
<p>- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</p> <p>- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____</p>	

<p>- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____</p> <p>- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: Подбородок касается груди Да ____ Нет ____</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>- Как вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>- Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка</p> <p>Гигиена помещения _____</p> <p>(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22°C)</p> <p>Гигиена ребенка _____</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>Оценка состояния здоровья матери:</p> <p>Осмотр молочных желез: _____</p> <p>Питание и режим сна и отдыха матери</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	



Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).
- Исключительно грудное вскармливание
- Стимуляция психосоциального развития
- Уход за новорожденным, режим прогулок
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)
- Личная гигиена матери.
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому (28-й день)**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____ Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 38 <sup>0</sup> С; 8. Температура тела менее <35,5 <sup>0</sup> С и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	Да ___ Нет ____
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет _____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):	
	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо - Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ - Как вы играете с Вашим ребенком? - Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>		ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)</p>		ПРОБЛЕМЫ
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 °C) Гигиена ребенка _____</p>		ПРОБЛЕМЫ УХОДА
<p>Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери</p>		ПРОБЛЕМЫ
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>		

**Рекомендации:**

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).
- Исключительно грудное вскармливание
- Стимуляция психосоциального развития
- Уход за новорожденным, режим прогулок
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

- Личная гигиена матери.
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

**Осмотр ребенка 1 месяца жизни на приеме врачом и медсестрой**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:		
Жалобы матери:		
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Пуповина _____ Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул		ДИАГНОЗ:
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ		ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет ____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ____ Нет ____ - Рот широко раскрыт	

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Да ___ Нет ___          - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___          - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___          - Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо          - Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?          - Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно          - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц ___ мм И периферических лимфоузлов</p>		<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям )</p>		<p>Доза длительность</p>
<p>ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?</p>		<p>Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА: 1. Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику 2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком 3. Знает ли мать признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 38°C; 8. Температура тела менее &lt;35,5 °C и не повышается после согревания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни</p>		<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>



<p>клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги;          6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 38°C; 8. Температура тела менее &lt;35,5°C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;          10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка;          12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>	<p>Да ____ Нет ____</p>
<p><b>ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</b></p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</b></p>
<p>- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ____ Нет ____          - Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет ____          - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз          - Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет ____          - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____          Нет ____          - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой ____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:          Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.          - Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:          - Подбородок касается груди          Да ____ Нет ____          - Рот широко раскрыт Да ____          Нет ____          - Нижняя губа вывернута наружу          Да ____ Нет ____          - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта          Да ____ Нет ____          Не приложен совсем Приложен плохо          Приложен хорошо          - Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?          Не сосет совсем Сосет          неэффективно Сосет эффективно          Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
<p><b>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b></p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ</b></p>
<p>- Как вы играете с Вашим ребенком?          - Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	

Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).	ПРОБЛЕМЫ
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 °С) Гигиена ребенка _____	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери	ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рекомендации врача выполняются или нет	Да ___ Нет ___

**Рекомендации:**

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

**Медсестра:**

**Осмотр ребенка 2 месяцев жизни на приеме врача и медсестры**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Пуповина _____ Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ _____	ДИАГНОЗ:
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;	

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул _____		
<b>ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</b>		<b>ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</b>
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ____ Нет ____ - Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет ____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет ____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
<b>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:</b> Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ____ Нет ____ - Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____ - Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо - Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? - Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1 - 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2		Визит для следующей прививки _____ Дата _____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)		Доза длительность
<b>ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:</b> До= Др= Ра= Рп= Н=		Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок



Э= ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА УХОДА: 1. Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику 2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком 3. Знает ли мать признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 38 <sup>0</sup> С; 8. Температура тела менее <35,5 <sup>0</sup> С и не повышается после согревания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА            НЕТ
ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Возможная глухота или проблемы со зрением - Ребенок не вступает в контакт. - Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Плохой аппетит.	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ: Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС...)	ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо

обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка

- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Другое

Врач/фельдшер:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте  
от 2 до 3 месяцев**

Дата осмотра ____\ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____ Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ____
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да ___ Нет ____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ___ Нет ____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):	
ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да _____ Нет ____ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ____ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ____ - Большая часть ареолы видна

	сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо - Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? - Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ - Как вы играете с Вашим ребенком? - Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		ПРОБЛЕМЫ
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).		ПРОБЛЕМЫ
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 0С) Гигиена ребенка _____		ПРОБЛЕМЫ
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери Консультация по вопросам планирования семьи		ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рекомендации врача выполняются или нет		Да ___ Нет ___

**Рекомендации:**

- Практика исключительно грудного вскармливания.
  - Оптимальное питание матери.
  - Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
  - Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
  - Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям
- специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
  - Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Приглашен на прием к врачу в 3 месяца

**Медсестра:**

**Осмотр ребенка 3 месяцев жизни на приеме врача**

---

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 200\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_  
 ВЕС \_\_\_\_\_ гр. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_ см  
 Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

**ОСМОТР РЕБЕНКА**

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_

Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_

Сердечный ритм \_\_\_\_\_; Сердечные

шумы \_\_\_\_\_;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_

селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_; Стул

ДИАГНОЗ:

**ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ**

**ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ**

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_

Нет \_\_\_\_\_

- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз

- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_\_\_

Нет \_\_\_\_\_

- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем

пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и

ложкой

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

**ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ**

**ГРУДЬЮ:**

Кормился ли младенец

грудью в течение

последнего часа?

Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать

грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

- Рот широко раскрыт Да \_\_\_\_\_

Нет \_\_\_\_\_

- Нижняя губа вывернута наружу

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

- Большая часть ареолы видна

сверху, а не снизу рта

Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Не приложен совсем Приложен

плохо Приложен хорошо



Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач:

**Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте  
от 3 до 4 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____ Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____		
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?		Да ___ Нет ____
<b>ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</b>		<b>ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</b>
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ____	

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо - Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? - Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ - Как вы играете с Вашим ребенком? - Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	ПРОБЛЕМЫ	
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>	ПРОБЛЕМЫ	
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22<sup>0</sup>C) Гигиена ребенка _____</p>	ПРОБЛЕМЫ	
<p>Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери</p>	ПРОБЛЕМЫ	
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Выполняются рекомендации врача</p>	Да ___ Нет	

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 4 месяца

Медсестра:

**Осмотр ребенка 4 месяцев жизни на приеме врача и медсестры**

Дата осмотра ____ \ ____ 200__ Возраст: ____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ ____ см. ИМТ _____ Окружность головы ____ см Оцените физическое развитие, используя графики:		
Жалобы матери:		
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул _____		ДИАГНОЗ:
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ		ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
<ul style="list-style-type: none"><li>- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ____ Нет ____</li><li>- Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет ____</li><li>- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</li><li>- Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет ____</li><li>- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __</li><li>- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой ____ чашкой и ложкой</li></ul>		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ____ Нет ____ - Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____ - Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта	



	<p>Да ___ Нет ___</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>- Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b></p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>ОПВ-3</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 и 3 месяца</p> <p>_____ мм</p>		<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>		<p>Доза длительность</p>
<p><b>ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:</b></p> <p>До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p> <p><b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b></p> <p>Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?</p>		<p>Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок <b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b></p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b></p> <p>- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>-Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>		<p><b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</b></p>
<p><b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b></p> <p>физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>		<p>ДА                      НЕТ</p>
<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</b></p> <p>- Ребенок не вступает в контакт.</p> <p>- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</p> <p>- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под</p>		<p><b>ПРОБЛЕМЫ</b></p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения</p>

присмотром других лиц) - Плохой аппетит.	специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:	ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач:

Медсестра

**Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте  
от 4 до 5 месяцев**

Дата осмотра ___\ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____	
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ____
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да ___ Нет ____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет ____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):	

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо - Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? - Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ - Как вы играете с Вашим ребенком? - Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>		ПРОБЛЕМЫ
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>		ПРОБЛЕМЫ
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22<sup>0</sup>C) Гигиена ребенка _____</p>		ПРОБЛЕМЫ
<p>Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери</p>		ПРОБЛЕМЫ
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Выполняются рекомендации врача</p>		Да ___ Нет

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение

родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в 5 месяца

Медсестра:

**Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул _____	ДИАГНОЗ:
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):	
	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</li> <li>- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</li> <li>- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</li> <li>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___</li> <li>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</li> <li>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</li> <li>- Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</li> <li>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</li> </ul>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 и 3 месяца _____ мм</p>		<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>		<p>Доза длительность</p>
<p>ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?</p>		<p>Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА: - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>		<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>		<p>ДА НЕТ</p>

<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b>, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ребенок не вступает в контакт.</li> <li>- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</li> <li>- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</li> <li>- Плохой аппетит.</li> </ul>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ</b></p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:	ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

**Рекомендации:**

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 5 до 6 месяцев**

Дата осмотра ___\ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____	
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
<p>Оцените признаки опасности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Может ли ребенок пить или сосать грудь?</li> <li>- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</li> <li>- Были ли судороги?</li> <li>- Летаргичен или без сознания?</li> </ul>	Да ___ Нет ____
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</li> <li>- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____</li> <li>- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</li> <li>- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____</li> </ul>	

<p>- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____</p> <p>- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>- Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>- Как вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>- Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка</p> <p>Гигиена помещения _____</p> <p>(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22<sup>0</sup>C)</p> <p>Гигиена ребенка _____</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>Оценка состояния здоровья матери:</p> <p>Осмотр молочных желез: _____</p> <p>Питание и режим сна и отдыха матери</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Выполняются рекомендации врача</p>	<p>Да ____ Нет ____</p>

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 5 месяца

Медсестра:

**Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____	ДИАГНОЗ:
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание	



<p>1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная ____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____</p> <p>6. На прошлой недели ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм Состояние периферических лимфоузлов</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p><b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ</b> с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ДА НЕТ</p>
<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b>, требующие специализированной помощи - Ребенок не вступает в контакт. - Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Плохой аппетит.</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ	
1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ :	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Другое

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
от 6 до 7 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?	

<p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>6. На прошлой недели ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p><b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b> физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ДА НЕТ</p>
<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</b> - Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Отказ от груди или другой пищи - Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения</p>

	специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 7 месяцев

Медсестра:

**Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____	ДИАГНОЗ:

<p>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Как Вы играете с вашим ребенком?          Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=          Др=          Ра=          Рп=          Н=          Э=</p>	<p>Не отстает          Отстает на _____          эпикризный срок</p>
<p>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____</p> <hr/> <p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____          Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____          Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?          _____</p> <p>Сколько перекусов за день? _____</p> <p>Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная _____</p> <p>Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл..</p> <p>Какова густота пищи? Густая ____ Негустая _____</p> <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> </ul> <p>Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1          Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2          Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3          ОПВ-3          ОПВ-0          Корь + краснуха + паротит</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____          Дата _____</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть</li> <li>2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</li> <li>- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за</li> </ul>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>

ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Отказ от груди или другой пищи - Ребенок не вступает в контакт.	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
от 7 до 8 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?	

- Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
<b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b> Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	<b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b>
<b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b> До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Грудное вскармливание	
1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ___ Нет ___ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная ___ Не питательная ___ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая ___ Негустая ___ 6. На прошлой недели ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ___ Нет ___ сколько дней ___ - Бобовые Да ___ Нет ___ сколько дней ___ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ___ Нет ___ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ___ Нет ___ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ___ бутылочкой ___ чашкой и ложкой ___	
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям	<b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</b>





Конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____	ДИАГНОЗ:
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____ Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ На прошлой недели ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____



Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
<b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b> Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
<b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b> До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ___ Нет ___ Если Да, _____мл _____ раз в день	
4. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ 5. Сколько перекусов за день? _____ 6. Ценность перекусов: Питательная ___ Не питательная _____ 7. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 8. Какова густота пищи? Густая ___ Негустая _____ 9. На прошлой недели ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ___ Нет ___ сколько дней _____ - Бобовые Да ___ Нет ___ сколько дней _____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ___ Нет ___ сколько дней _____ 10. Даете ли Вы ребенку чай? Да ___ Нет ___ 11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ___ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____

<p>ОЦЕНКА УХОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</li> <li>- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</li> <li>- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</li> </ul>	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
<p>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	ДА НЕТ
<p>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</li> <li>- Частые движения головой (возможное заболевания уха)</li> <li>- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</li> <li>- Отказ от груди или другой пищи</li> <li>- Ребенок не вступает в контакт.</li> </ul>	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<p>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 9 месяцев

Медсестра:

**Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 200\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_  
 ВЕС \_\_\_\_\_ гр. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_ см  
 Оцените физическое развитие, используя графики:

<p>Жалобы матери:</p> <p>ОСМОТР РЕБЕНКА</p> <p>Кожа:</p> <p>Состояние периферических лимфоузлов</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев</p> <p>Конъюнктивы _____</p> <p>Большой родничок _____</p> <p>Органы дыхания: _____</p> <p>Частота дыхания _____</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____</p> <p>Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____</p> <p>Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p>	<p>Не отстает</p> <p>Отстает на _____</p> <p>эпикризный срок</p>
<p>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p>	
<p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?</p> <p>_____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>6. На прошлой недели ребенок ел:</p> <p>- Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>- Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p>	

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки  Дата _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	<b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</b>
<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ</b> с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	<b>ДА НЕТ</b>
<b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b> , требующие специализированной помощи - Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Отказ от груди или другой пищи - Ребенок не вступает в контакт.	<b>ПРОБЛЕМЫ</b> При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализирован- ной помощи (психолог, логопед и т.д)
<b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b> 1. Консультирование по планированию семьи	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>	

**Рекомендации:**

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
от 9 до 10 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
<b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b> Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	<b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b>
<b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b> До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
<b>Грудное вскармливание</b> 1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ___ Нет ___ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3 Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой недели ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ___ Нет ___ сколько дней _____ - Бобовые Да ___ Нет ___ сколько дней _____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ___ Нет ___ сколько дней _____	

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____	
8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1-0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b> физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА                      НЕТ
<b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</b> - Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Отказ от груди или другой пищи - Ребенок не вступает в контакт.	<b>ПРОБЛЕМЫ</b> При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b> 1. Консультирование по планированию семьи	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>	

**Рекомендации:**

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.



- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 10 месяцев

Медсестра:

**Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
<b>ОСМОТР РЕБЕНКА</b> Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____ Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____	<b>ДИАГНОЗ:</b>
<b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b> Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	<b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b>
<b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b> До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
<b>Грудное вскармливание</b> 1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____	

<p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>6. На прошлой недели ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</li> <li>- Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____</li> <li>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</li> </ul> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b></p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1 + hib1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>ОПВ-3</p> <p>ОПВ-0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b></p> <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</li> <li>- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</li> </ul>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p><b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ</b> с ребенком:</p> <p>физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ДА                      НЕТ</p>
<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b>, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</li> <li>- Частые движения головой (возможное заболевания уха)</li> <li>- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</li> <li>- Отказ от груди или другой пищи</li> <li>- Ребенок не вступает в контакт.</li> </ul>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ</b></p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p><b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b></p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p><b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b></p>	

**Рекомендации:**

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
от 10 до 11 месяцев**

Дата осмотра ___\ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА д РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой недели ребенок ел:	



- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 11 месяцев

Медсестра:

**Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
<b>ОСМОТР РЕБЕНКА</b> Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____ _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	<b>ДИАГНОЗ:</b>
<b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b> Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	<b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b>
<b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b> До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
<b>Грудное вскармливание</b> 1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____	

<p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</li> <li>- Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____</li> <li>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</li> </ul> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b></p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p style="padding-left: 40px;">ОПВ-3</p> <p style="padding-left: 40px;">ОПВ-0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть</li> <li>2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</li> <li>- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</li> <li>- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</li> </ul>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p><b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ</b> с ребенком:</p> <p>физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ДА                      НЕТ</p>
<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b>, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</li> <li>- Частые движения головой (возможное заболевания уха)</li> <li>- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</li> <li>- Отказ от груди или другой пищи</li> <li>- Ребенок не вступает в контакт.</li> </ul>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ</b></p> <p>При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p><b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b></p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p><b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b></p>	

**Рекомендации:**

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
от 11 до 12 месяцев**

Дата осмотра ___\ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание	
1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз	
2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____	
2. Сколько перекусов за день? _____	
3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____	
4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.	





- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 12 месяцев

Медсестра:

**Осмотр ребенка в возрасте в 12 месяцев  
врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____ _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____ Тревожные признаки, требующие специализированной помощи: по слуху по зрению	ДИАГНОЗ:
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?	
Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____	



ЗАКЛЮЧЕНИЕ :

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: расширение продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежеквартальный осмотр на приеме у врача.
- Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов.
- Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог.

Врач:

Медсестра:

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 1 ГОД**  
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
1 года 3 месяцев**

Дата осмотра \_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 200\_\_ Возраст: \_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

ДИАГНОЗ:

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с вашим ребенком?  
Как Вы общаетесь с вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для  
РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=  
Др=  
Ра=  
Рп=  
Н=  
Э=

Не отстает  
Отстает на \_\_\_\_\_  
эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ



- Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Нет аппетита, отказывается от еды	выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяцев

Медсестра:

**Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 3 месяцев  
врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____ _____ ; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ _____ Стул _____	ДИАГНОЗ:
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др=	Не отстает Отстает на

Ра= Рп= Н= Э=	_____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная ____ Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____ На прошлой неделе ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
ОЦЕНКА УХОДА: Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА                      НЕТ
	ПРОБЛЕМЫ При выявлении

<p>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Нет аппетита, отказывается от еды</li> </ul>	тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ	
1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 12 и 24 месяцев

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
1 года 6 месяца**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Может ли ребенок пить или сосать грудь?</li> <li>- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</li> <li>- Были ли судороги?</li> <li>- Летаргичен или без сознания?</li> </ul>	
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:	
До=	
Др=	
Ра=	
Рп=	
	Не отстают Отстают на _____ эпикризный срок

Н= Э=	
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная ____ _____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b> физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА                      НЕТ
	ПРОБЛЕМЫ При выявлении



<p>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Нет аппетита, отказывается от еды</li> </ul>	тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ	
1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 12 и 24 месяцев

Медсестра:

**Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 6 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____ _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____	ДИАГНОЗ:

<p>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p>	<p>Не отстает</p> <p>Отстает на _____</p> <p>эпикризный срок</p>
<p>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>- Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p>	
<p>Грудное вскармливание</p> <p>Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?</p> <p>_____</p> <p>Сколько перекусов за день? _____</p> <p>Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная ____</p> <p>Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____</p> <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> </ul> <p>Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1+hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3</p> <p>ОПВ-3</p> <p>ОПВ-0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть</p> <p>2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА                      НЕТ
ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Не смотрит на движущие предметы - Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Нет аппетита, отказывается от пищи	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 12 и 24 месяцев

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 9 месяцев**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 200\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?

<p>- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?          - Были ли судороги?          - Летаргичен или без сознания?</p>	
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b>          Как Вы играете с вашим ребенком?          Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b></p>
<p><b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b>          До=          Др=          Ра=          Рп=          Н=          Э=</p>	<p>Не отстает          Отстает на _____          эпикризный срок</p>
<p><b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b></p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?          _____</p>	
<p>Грудное вскармливание          1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____          Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз          2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____          Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?          _____          Сколько перекусов за день? _____          Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная ____          Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.          Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____          На прошлой неделе ребенок ел:          - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____          - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____          - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____          сколько дней          Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____          Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b>          Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня          Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1          Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2          Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3              ОПВ-3              ОПВ-0          Корь + краснуха + паротит          АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация          Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____          Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b>          - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть          2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком</p>	



Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____ _____ ; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____	<b>ДИАГНОЗ:</b>
<b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b> Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	<b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b>
<b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b> До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: 7. Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ 8. Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ 9. Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ 10. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть	



<p>- Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?</p>	
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b> Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b></p>
<p><b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b> До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p>	<p>Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок</p>
<p><b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b></p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____</p>	
<p>Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>- Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Сколько перекусов за день? _____ - Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____ - Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. - Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ - На прошлой недели ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ - Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ      АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1      АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2      АКДС 3+ hib 3                                  ОПВ-3                                  ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация Н1В ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</b></p>







присмотром других лиц) - Плохой аппетит	помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

Врач:

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА**  
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да _____ Нет _____
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание	
1. Продолжает ли кормить грудью? Да _____ Нет _____	
- Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Сколько перекусов за день? _____ - Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____ - Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. - Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ - На прошлой неделе ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ - Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько	



Дата осмотра \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ 200\_\_ Возраст: \_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_  
ВЕС \_\_\_\_\_ гр. РОСТ \_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_ Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_

Сердечный ритм \_\_\_\_\_;

Сердечные шумы \_\_\_\_\_;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_

селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул

ДИАГНОЗ:

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

Не отстает  
Отстает на \_\_\_\_\_  
эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

- Сколько основных приемов пищи в день? \_\_\_\_\_
- Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_
- Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_ Не питательная \_\_\_\_\_
- Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл.
- Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_
- На прошлой недели ребенок ел:
- Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_
- Бобовые Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_
- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_ сколько дней
- Даете ли Вы ребенку чай? Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_
- Чем Вы пользуетесь при кормлении: \_\_\_\_ бутылочкой \_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1+hib 1



**Патронаж медсестры на дому ребенка в возрасте 3 лет**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да _____ Нет _____
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?	
_____	
Грудное вскармливание	
1. Продолжает ли кормить грудью? Да _____ Нет _____	
- Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Сколько перекусов за день? _____ - Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____ - Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. - Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ - На прошлой неделе ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ - Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней - Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____ - Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ            АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1            АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2            АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____





<p>ОСМОТР РЕБЕНКА</p> <p>Кожа:</p> <p>Состояние периферических лимфоузлов _____</p> <p>Слизистые ротовой полости _____ Зев _____</p> <p>конъюнктивы _____</p> <p>Большой родничок _____</p> <p>Органы дыхания: _____</p> <p>Частота дыхания _____</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____</p> <p>Сердечный ритм _____;</p> <p>Сердечные шумы _____;</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____</p> <p>селезенка _____</p> <p>Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До= _____</p> <p>Др= _____</p> <p>Ра= _____</p> <p>Рп= _____</p> <p>Н= _____</p> <p>Э= _____</p>	<p>Не отстает</p> <p>Отстает на _____</p> <p>эпикризный срок</p>
<p>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>- Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____</p> <p>- Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>- Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>- На прошлой недели ребенок ел:</p> <p>- Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p> <p>- Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней _____</p> <p>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____</p> <p>сколько дней _____</p> <p>- Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>- Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____</p> <p>чашкой и ложкой _____</p>	

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1-0 БЦЖ            АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1            АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2            АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация Н1В ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

прививки \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**ОЦЕНКА УХОДА:**

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям
- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА

**ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:**

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА

НЕТ

**ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи**

- Нет интереса к игре.
- Часто падает.
- Трудности с манипулированием мелкими предметами.
- Проблемы с пониманием простых обращений.
- Неспособность формулировать простые предложения.
- Отсутствие или незначительный интерес к еде.

**ПРОБЛЕМЫ**

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)

**ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ**

1. Консультирование по планированию семьи

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

**Рекомендации:**

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Врач:

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ГОД**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ГОДА**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 5 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 6 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 7 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 8 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 9 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 10 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 11**

**ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 12 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 13 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 14 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ в ПОДРОСТКОВЫЙ КАБИНЕТ**

**ЗАПИСИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА**

**Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев**

Имя \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Вес(кг) \_\_\_\_\_

Температура \_\_\_\_\_

СПРОСИТЕ: какие проблемы есть у ребенка \_\_\_\_\_

Первичный визит? \_\_\_ Повторный визит? \_\_\_\_\_

ОЦЕНИТЕ (обведите имеющиеся признаки):  
КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Ищите: ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
СПРОСИТЕ: - Наблюдаются ли трудности при кормлении - Есть ли у младенца судороги?	ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Сосчитайте число дыханий в минуту _____	
	Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Измерьте аксиллярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Осмотрите движения младенца. Двигается ли он только при стимуляции? Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Ищите кожные гнойнички	

Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ: ДА _____ НЕТ _____		
Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи) ? Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ДА _____ НЕТ _____	

Если ДА, СПРОСИТЕ: - Как долго? _____ дней	ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Посмотрите на общее состояние младенца: Двигается ли он только при стимуляции? Остается без движения даже при стимуляции? Беспокоен или болезненно раздражим? - Ищите запавшие глаза	
---	--	--

<p>- Есть ли кровь в стуле?</p>	<p>- Проверьте реакцию кожной складки. Складка расправляется Очень медленно (больше 2 секунд)? Медленно (до 2 секунд)?</p>	
<p>Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар</p>		
<p>Проверьте: ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p>		
<p>СПРОСИТЕ:</p> <p>- Ребенок кормится грудью? Да ___ Нет ___</p> <p>- Если Да, сколько раз за 24 часа? ____</p> <p>- Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Да _____</p> <p>Нет ____</p> <p>- Если ДА, как часто? ____</p> <p>- Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</p>	<p>- Определите соответствие веса к возрасту: Низкий _____ Не низкий _____</p> <p>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили грудью в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. (Если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец захочет есть снова).</p> <p>- Способен ли младенец брать грудь?</p> <p>Ищите признаки правильного прикладывания:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</li> <li>2. Рот младенца широко открыт Да ___ Нет ___</li> <li>3. Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</li> <li>4. Большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу Да ___ Нет ___</li> </ol> <p>Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>- Эффективно ли сосет младенец (то есть делает ли медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Сосет неэффективно Сосет эффективен</p> <p>Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ ОПВ 1 _____</p>	<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:</p>		

ЛЕЧЕНИЕ:  
Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_  
Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

3. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

### ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

#### Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Имя \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Вес(кг) \_\_\_\_\_

Температура \_\_\_\_\_

СПРОСИТЕ: какие проблемы есть у ребенка \_\_\_\_\_

Первичный визит? \_\_\_\_ Повторный визит? \_\_\_\_\_

ОЦЕНИТЕ (обведите имеющиеся признаки):  
КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Ищите: ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
СПРОСИТЕ: Наблюдаются ли трудности при кормлении - Есть ли у младенца судороги?	ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Осмотрите движения младенца. Двигается ли он только при стимуляции? Остается ли он без движения даже при	

	стимуляции? - Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Ищите кожные гнойнички	
--	--	--

Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ: ДА _____ НЕТ _____		
Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ДА _____ НЕТ _____	

Если ДА, СПРОСИТЕ: - Как долго? ____ дней - Есть ли кровь в стуле?	ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Посмотрите на общее состояние младенца: Двигается ли он только при стимуляции? Остается без движения даже при стимуляции? Беспокоен или болезненно раздражим? - Ищите запавшие глаза - Проверьте реакцию кожной складки. Складка расправляется Очень медленно (больше 2 секунд)? Медленно (до 2 секунд)?	
--	--	--

Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар

Проверьте: ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС

СПРОСИТЕ: - Ребенок кормится грудью? Да __ Нет __ - Если Да, сколько раз за 24 часа? ____ - Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Да _____ Нет ____ - Если ДА, как часто? ____ - Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Определите соответствие веса к возрасту: Низкий __ Не низкий ____ - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____	
--	---	--

	Если младенца не кормили грудью в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. (Если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец захочет есть снова). - Способен ли младенец брать грудь?	
--	--	--



<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Ищите признаки правильного прикладывания: 5. Подбородок касается груди Да __ Нет __ 6. Рот младенца широко открыт Да __ Нет __ 7. Нижняя губа вывернута наружу Да __ Нет __ 8. Большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу Да __ Нет __ Приложен плохо Приложен хорошо - Эффективно ли сосет младенец (то есть делает ли медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Сосет неэффективно Сосет эффективен Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1-0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ Н1В 1 _____ ОПВ 1 _____</p>		<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:</p>		

ЛЕЧЕНИЕ:  
Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_  
Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

3. Лечить дома с назначением препаратов (название, доза, кратность, длительность)
- \_\_\_\_\_ № рецепта
  - \_\_\_\_\_ № рецепта
  - \_\_\_\_\_ № рецепта
  - \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев**

Имя \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Вес(кг) \_\_\_\_\_

Температура \_\_\_\_\_

СПРОСИТЕ: какие проблемы есть у ребенка \_\_\_\_\_

Первичный визит? \_\_\_ Повторный визит? \_\_\_\_\_

ОЦЕНИТЕ (обведите имеющиеся признаки):  
КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Ищите: ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
СПРОСИТЕ: Наблюдаются ли трудности при кормлении - Есть ли у младенца судороги?	ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Измерьте аксиллярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Осмотрите движения младенца. Двигается ли он только при стимуляции? Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Ищите кожные гнойнички	

Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ: ДА _____ НЕТ _____		
Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ДА _____ НЕТ _____	

Если ДА, СПРОСИТЕ: - Как долго? ___ дней - Есть ли кровь в стуле?	ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Посмотрите на общее состояние младенца: Двигается ли он только при стимуляции? Остается без движения даже при стимуляции? Беспокоен или болезненно раздражим? - Ищите запавшие глаза - Проверьте реакцию кожной складки. Складка расправляется	
---	--	--

	<p>Очень медленно (больше 2 секунд)?  Медленно (до 2 секунд)?</p>	
<p>Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар</p>		
<p>Проверьте: ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p>		
<p>СПРОСИТЕ:</p> <p>- Ребенок кормится грудью? Да ___ Нет ___</p> <p>- Если Да, сколько раз за 24 часа? ___</p> <p>- Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Да _____</p> <p>Нет ___</p> <p>- Если ДА, как часто? _____</p> <p>- Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</p>	<p>- Определите соответствие веса к возрасту:  Низкий ___ Не низкий ___</p> <p>- Ищите язвы или белые пятна во рту  (молочница) _____</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:  Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили грудью в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди.  Наблюдайте за кормлением 4 минуты.  (Если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец захочет есть снова).</p> <p>- Способен ли младенец брать грудь?</p> <p>Ищите признаки правильного прикладывания:</p> <p>9. Подбородок касается груди  Да ___ Нет ___</p> <p>10. Рот младенца широко открыт  Да ___ Нет ___</p> <p>11. Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</p> <p>12. Большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу Да ___  Нет ___</p> <p>Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>- Эффективно ли сосет младенец (то есть делает ли медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Сосет неэффективно Сосет эффективен</p> <p>Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА:  Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня  Гепатит В 1-0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____  АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ ОПВ 1 _____</p>		<p>Визит для следующей прививки  _____  Дата _____</p>
<p>ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:</p>		

ЛЕЧЕНИЕ:  
Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_  
Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

4. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

#### ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ___ \ ___ \ _ 200__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____ Визит: первичный _ повторный __ Жалобы:	Общие признаки опасности: Да _____ Нет _____
Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
- Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание</u> ? Да ___ Нет ___ Как долго? _____ Число дыханий в минуту ___ Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно?) Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
- Есть ли у ребенка <u>диарея</u> ? Да ___ Нет ___ Как долго _____ Есть ли кровь в стуле _____ Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
- Есть ли у ребенка <u>температура</u> ? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___ Как долго? _____ Если более 5 дней. Каждый день? ___ Болел ли	

<p>корью последние 3 месяца ____</p> <p>Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз</p> <p>Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в ухе</u>? Да ____ Нет ____</p> <p>Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней</p> <p>Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ____ Нет ____</p> <p>Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p>- <u>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</u></p> <p>Вес по графику: низкий ____ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.</p> <p>Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ____</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):</p> <p>Кормится ли грудью да ____ нет ____ Если да. то сколько раз за сутки ____ Кормите ли ночью. Да ____ Нет ____ Получает ли другую пищу или жидкость Да ____ Нет ____ Если Да, то какую пищу и жидкости _____</p> <p>Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной порции _____ Активное кормление Да ____ Нет ____ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ____ Нет ____ Если да, то как _____</p>	Проблемы питания
<p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ локализация _____ Зудящая Не зудящая;</p> <p>Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ Где _____</p> <p>Конъюнктивит: гиперемия, гнойное отделяемое, Склеры: инъекцированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____</p> <p>Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____</p> <p>Пульсация вен шеи.</p> <p>Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____</p> <p>Печень размеры: _____ Селезенка: размеры _____ см.</p> <p>Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см.</p> <p>Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____</p> <p>Парезы, параличи _____</p> <p>Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)</p>	

Дизурические явления: \_\_\_\_\_  
Другое \_\_\_\_\_

ЛЕЧЕНИЕ:  
Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_  
Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

\_\_\_\_\_

2. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

#### ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ___ \ ___ \ 200__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____ Визит: первичный _ повторный __ Жалобы:	Общие признаки опасности: Да ____ Нет ____
<u>Проверьте общие признаки опасности:</u> 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	_____
- Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание</u> ? Да ____ Нет ____ Как долго? _____ Число дыханий в минуту ____ Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно?) Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
- Есть ли у ребенка <u>диарея</u> ? Да ____ Нет ____ Как долго? ____ Есть ли кровь в стуле _____ Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	

<p>- Есть ли у ребенка <u>температура</u>? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___  Как долго? ____ Если более 5 дней. Каждый день? ____ Болел ли корью последние 3 месяца ____  Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз  Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в ухе</u>? Да ___ Нет ___  Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней  Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___  Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p>- <u>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</u>  Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.  Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ____</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):  Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да. то сколько раз за сутки ____  Кормите ли ночью. Да ____ Нет ____ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости  _____  _____  Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении  _____  Объем одной порции _____ Активное кормление Да ____ Нет ____  Изменилось ли кормление во время болезни. Да ____ Нет ____  Если да, то как _____</p>	<p>Проблемы питания</p>
<p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ локализация  _____  _____ Зудящая Не зудящая;  Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ Где _____ Конъюнктив глаза: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____  Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____ Пульсация вен шеи.  Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____  Печень размеры: _____ Селезенка: размеры _____ см.  Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см.  Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____  Парезы, параличи _____</p>	

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)

Дизурические явления: \_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_

ЛЕЧЕНИЕ:

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

3. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

#### ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_ \ 200\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

Температура \_\_\_\_\_

Визит: первичный \_\_\_ повторный \_\_\_ Жалобы:

Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?

- Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да \_\_\_  
Нет \_\_\_

Как долго? \_\_\_\_\_ Число дыханий в минуту \_\_\_\_\_ Учащенное дыхание  
Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное  
дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно?)  
Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла

- Есть ли у ребенка диарея? Да \_\_\_ Нет \_\_\_

Как долго \_\_\_\_\_ Есть ли кровь в стуле \_\_\_\_\_

Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или  
болезненно раздражим

Общие признаки  
опасности: Да \_\_\_  
Нет \_\_\_



<p>Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо          Кожная складка расправляется: очень медленно (&gt; 2 сек.)          медленно (&lt; 2 сек.),</p>	
<p>- Есть ли у ребенка <u>температура?</u> ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___          Как долго? _____ Если более 5 дней. Каждый день? _____ Болел ли корью последние 3 месяца ___          Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз          Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в ухе?</u> Да ___ Нет ___          Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней          Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в горле?</u> Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___          Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p>- <u>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</u>          - Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.          Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп _____</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):          Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да. то сколько раз за сутки ___ Кормите ли ночью. Да ___ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости _____          _____          Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____          _____ Объем одной порции _____ Активное кормление Да ___ Нет ___ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ___ Нет ___ Если да, то как _____</p>	<p>Проблемы питания</p>
<p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ локализация _____          _____ Зудящая Не зудящая;          Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ Где _____          Конъюнктивит: гиперемия, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____          _____          Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____          _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____          ЧСС _____ Пульсация вен шеи. Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____          Печень размеры: _____ Селезенка: размеры _____ см.          Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует,</p>	

размеры \_\_\_\_\_ см.  
 Изменения со стороны черепно-мозговых нервов \_\_\_\_\_  
 Парезы, параличи \_\_\_\_\_  
 Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Дизурические явления: \_\_\_\_\_  
 Другое \_\_\_\_\_

**ЛЕЧЕНИЕ:**

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

**Решение по ИВБДВ:**

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

\_\_\_\_\_

4. Лечить дома с назначением препаратов  
 (название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет**

Дата осмотра ___ \ ___ \ 200__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____ Визит: первичный ___ повторный ___ Жалобы:	Общие признаки опасности: Да _____ Нет _____
Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
- Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание</u> ? Да ___ Нет ___ Как долго? _____ Число дыханий в минуту _____ Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно?) Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
- Есть ли у ребенка <u>диарея</u> ? Да ___ Нет ___ Как долго _____ Есть ли кровь в стуле _____	

<p>Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим</p> <p>Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (&gt; 2 сек.) медленно (&lt; 2 сек.),</p>	
<p>- Есть ли у ребенка <u>температура?</u> ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___</p> <p>Как долго? _____ Если более 5 дней. Каждый день? _____ Болел ли корью последние 3 месяца _____</p> <p>Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз</p> <p>Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в ухе?</u> Да ___ Нет ___</p> <p>Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней</p> <p>Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в горле?</u> Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___</p> <p>Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p>- <u>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</u></p> <p>- Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.</p> <p>Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп _____</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):</p> <p>Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да. то сколько раз за сутки _____ Кормите ли ночью. Да _____ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости _____</p> <p>Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной порции _____ Активное кормление Да _____ Нет _____ Изменилось ли кормление во время болезни. Да _____ Нет _____ Если да, то как _____</p>	Проблемы питания
<p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ локализация _____ Зудящая Не зудящая;</p> <p>Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ Где _____</p> <p>Конъюнктивит: гиперемия, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения F _____</p> <p>Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____ Пульсация вен шеи. Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____</p>	

Печень размеры: \_\_\_\_\_ Селезенка: размеры \_\_\_\_\_ см.  
Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует,  
размеры \_\_\_\_\_ см.  
Изменения со стороны черепно-мозговых нервов \_\_\_\_\_  
Парезы, параличи \_\_\_\_\_  
Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дизурические явления: \_\_\_\_\_  
Другое \_\_\_\_\_

ЛЕЧЕНИЕ:

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_  
Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

\_\_\_\_\_

5. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ____ \ ____ \ 200__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____ Визит: первичный __ повторный __ Жалобы:	Общие признаки опасности: Да _____ Нет _____
<u>Проверьте общие признаки опасности:</u> 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
- Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание</u> ? Да ____ Нет ____ Как долго? _____ Число дыханий в минуту _____ Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно?) Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	

<p>- Есть ли у ребенка <u>диарея</u>? Да ___ Нет ___  Как долго ___ Есть ли кровь в стуле ___  Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим  Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (&gt; 2 сек.) медленно (&lt; 2 сек.),</p>	
<p>- Есть ли у ребенка <u>температура</u>? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___  Как долго? ___ Если более 5 дней. Каждый день? ___ Болел ли корью последние 3 месяца ___  Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз  Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в ухе</u>? Да ___ Нет ___  Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней  Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___  Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p>- <u>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</u>  - Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.  Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ___</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):  Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да. то сколько раз за сутки ___ Кормите ли ночью. Да ___ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости _____  _____</p> <p>Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной порции _____ Активное кормление Да ___ Нет ___ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ___ Нет ___ Если да, то как _____</p>	<p>Проблемы питания</p>
<p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ локализация _____  _____ Зудящая Не зудящая;  Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ Где _____  Конъюнктивы глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения F _____  Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____  Сердечные тоны: приглушены, шум _____  ЧСС _____ Пульсация вен шеи. Живот: пальпируется</p>	

образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое \_\_\_\_\_

Печень размеры: \_\_\_\_\_ Селезенка: размеры \_\_\_\_\_ см.

Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры \_\_\_\_\_ см.

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов \_\_\_\_\_

Парезы, параличи \_\_\_\_\_

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) \_\_\_\_\_

Дизурические явления: \_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_

**ЛЕЧЕНИЕ:**

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

**Решение по ИВБДВ:**

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

6. Лечить дома с назначением препаратов (название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет**

Дата осмотра \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ 200\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

Температура \_\_\_\_\_

Визит: первичный \_\_ повторный \_\_ Жалобы:

Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?

- Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да \_\_\_\_

Нет \_\_\_\_

Как долго? \_\_\_\_\_ Число дыханий в минуту \_\_\_\_ Учащенное дыхание

Общие признаки опасности: Да \_\_\_\_  
Нет \_\_\_\_

<p>Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыцхание дыхание, это повторно?)  Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла</p>	
<p>- Есть ли у ребенка <u>диарея</u>? Да ___ Нет ___  Как долго ___ Есть ли кровь в стуле ___  Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим  Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (&gt; 2 сек.) медленно (&lt; 2 сек.),</p>	
<p>- Есть ли у ребенка <u>температура</u>? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___  Как долго? ___ Если более 5 дней. Каждый день? ___ Болел ли корью последние 3 месяца ___  Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз  Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в ухе</u>? Да ___ Нет ___  Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней  Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___  Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p>- Проверьте у всех детей, <u>есть ли нарушение питания или анемия</u>  - Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.  Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ___</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):  Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да. то сколько раз за сутки ___ Кормите ли ночью. Да ___ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости _____  Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной порции _____ Активное кормление Да ___ Нет ___ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ___ Нет ___ Если да, то как _____</p>	<p>Проблемы питания</p>
<p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ локализация _____ Зудящая Не зудящая;  Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ Где _____  Конъюнктив глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____</p>	

Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие:

\_\_\_\_\_ Сердечные тоны: приглушены, шум \_\_\_\_\_

ЧСС \_\_\_\_\_ Пульсация вен шеи. Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое \_\_\_\_\_

Печень размеры: \_\_\_\_\_ Селезенка: размеры \_\_\_\_\_ см.

Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры \_\_\_\_\_ см.

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов \_\_\_\_\_

Парезы, параличи \_\_\_\_\_

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)

Дизурические явления: \_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_

#### ЛЕЧЕНИЕ:

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

#### Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

7. Лечить дома с назначением препаратов (название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

#### ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

A4 форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрлігі  
Министерство здравоохранения  
Республики Казахстан

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды  
Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрінің м.а.  
2010 жылғы 23 қарашадағы № 907  
бұйрығымен бекітілген № 112-қ(Д)/е  
нысанды медициналық құжаттама



Ұйымның атауы  
Наименование организации

Медицинская документация Форма № 112/у  
Утверждена приказом  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА**  
(девочка)

Группа крови \_\_\_\_\_

Резус принадлежность \_\_\_\_\_

1. Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

3. Место жительства: (район) \_\_\_\_\_ (город, село)  
\_\_\_\_\_ (улица) \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_ кв \_\_\_\_\_

4. Контактные телефоны \_\_\_\_\_

Дата взятия на учет в данной организации	Откуда прибыл	Дата снятия	Адрес выбытия

5. Организованность:

Дата \_\_\_\_\_ Название учреждения \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Название учреждения \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Название учреждения \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Название учреждения \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Название учреждения \_\_\_\_\_

Сведения о семье:

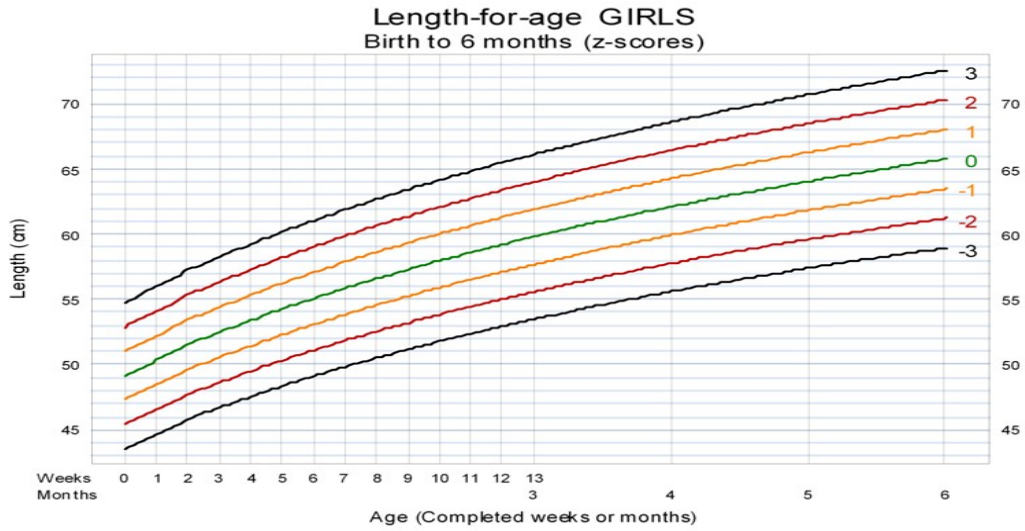
Родители и дети Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Место работы, должность, телефон (для детей - детская организация)	Наличие хронических заболеваний
Мать			
Отец			
Дети			


Сведения о новорожденном:

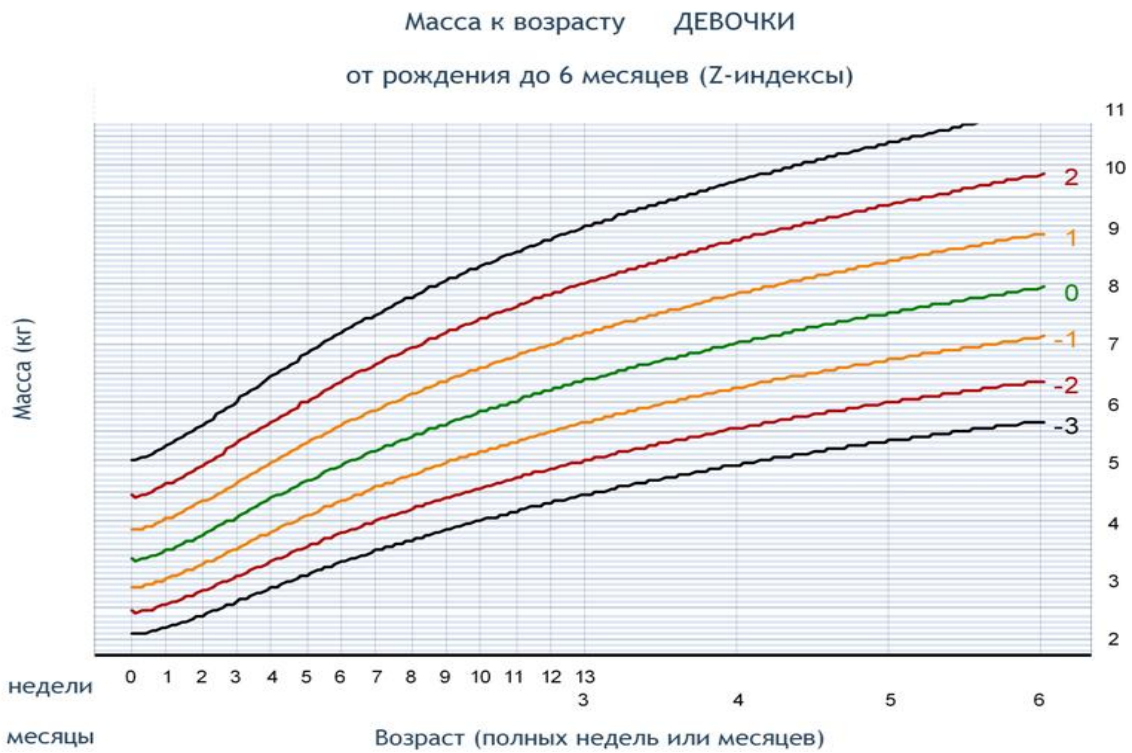
Дата выписки из роддома № _____ Адрес роддома _____		Дата получения извещения о новорожденном из роддома № _____	
Число, месяц, год	День жизни	Число, месяц, год	День жизни

	Место для приклеивания обменной карты
<p>Вес при рождении _____</p> <p>Рост при рождении _____</p> <p>ИМТ _____</p> <p>Окружность головы _____</p> <p>Оценка физического развития: _____</p>	

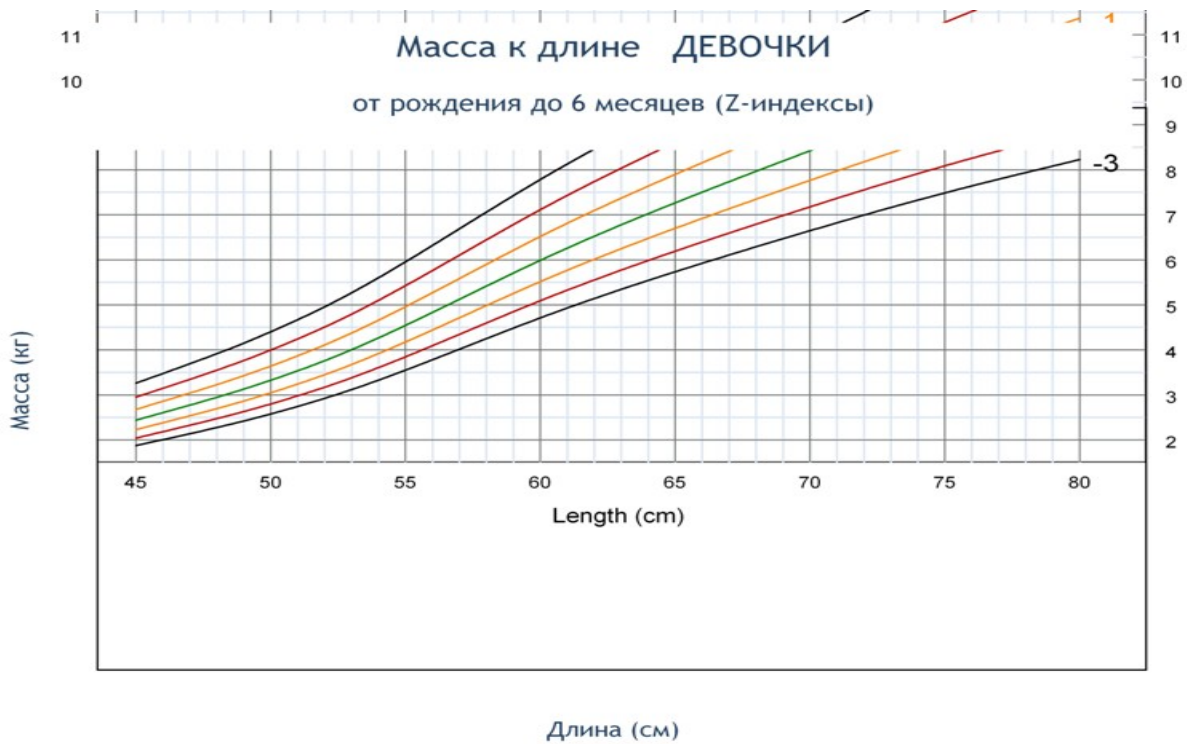
**Длина к возрасту ДЕВОЧКИ  
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)**



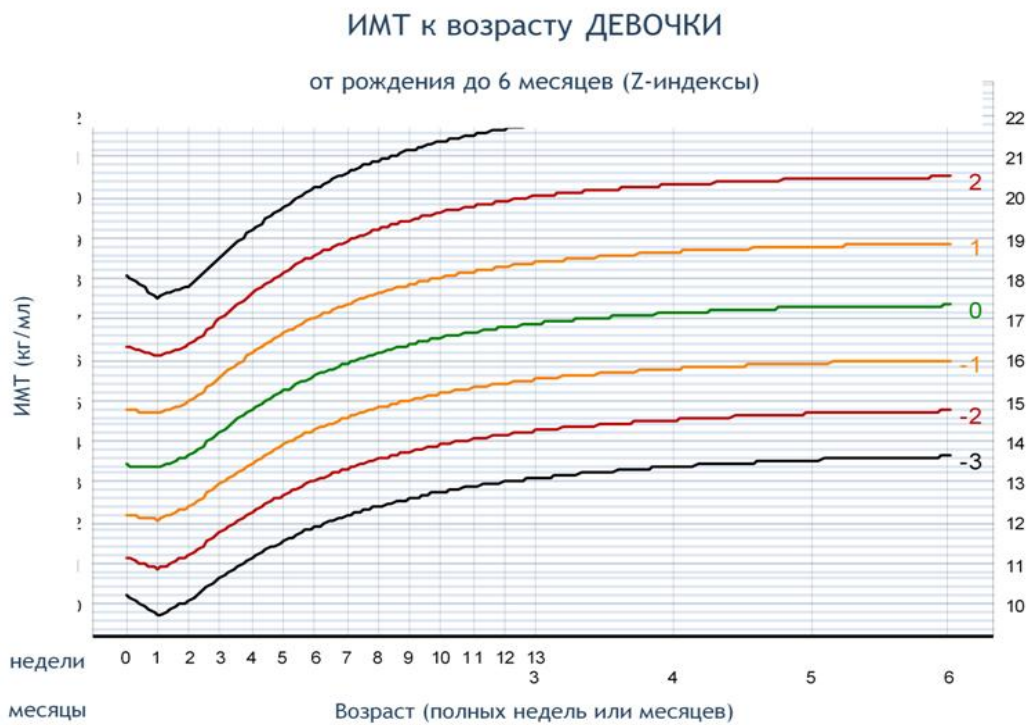
**Масса к возрасту ДЕВОЧКИ  
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)**



**Масса к длине ДЕВОЧКИ  
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)**



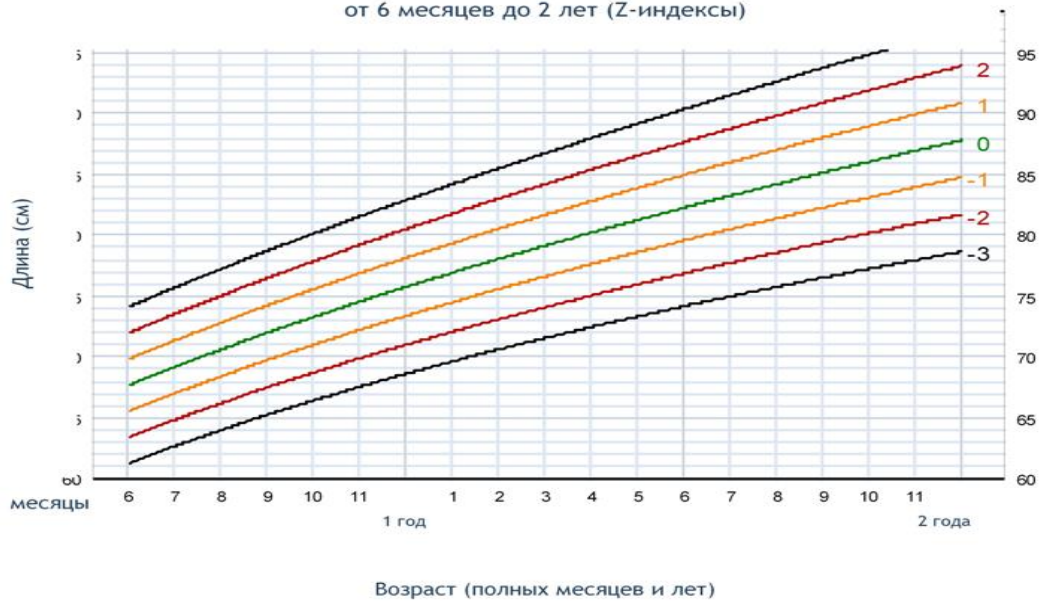
**ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ**  
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)



**Длина к возрасту ДЕВОЧКИ**  
от рождения до 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)

### Длина к возрасту ДЕВОЧКИ

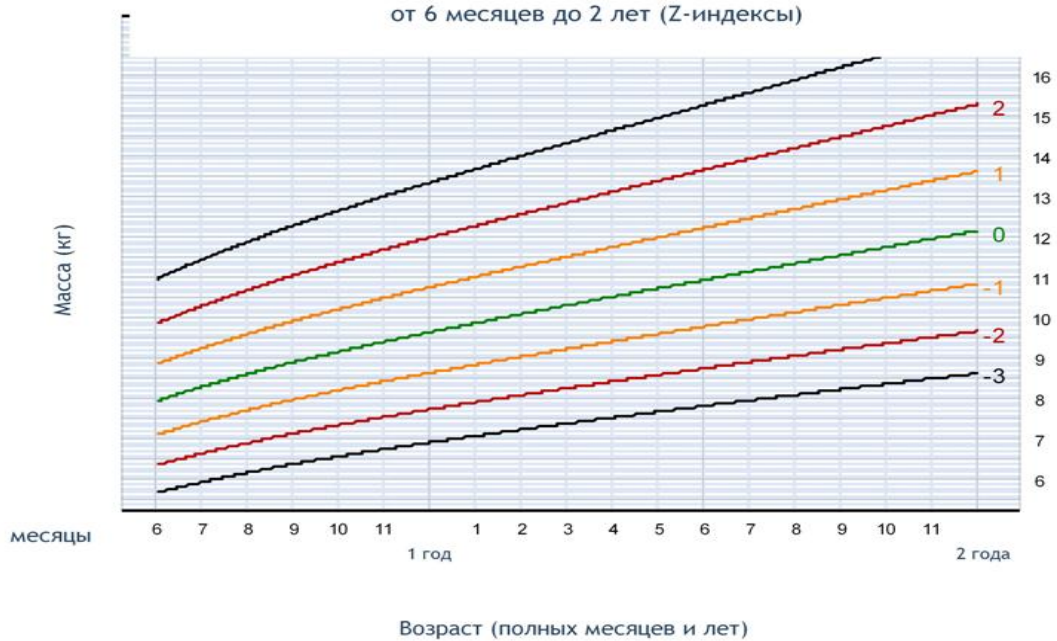
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



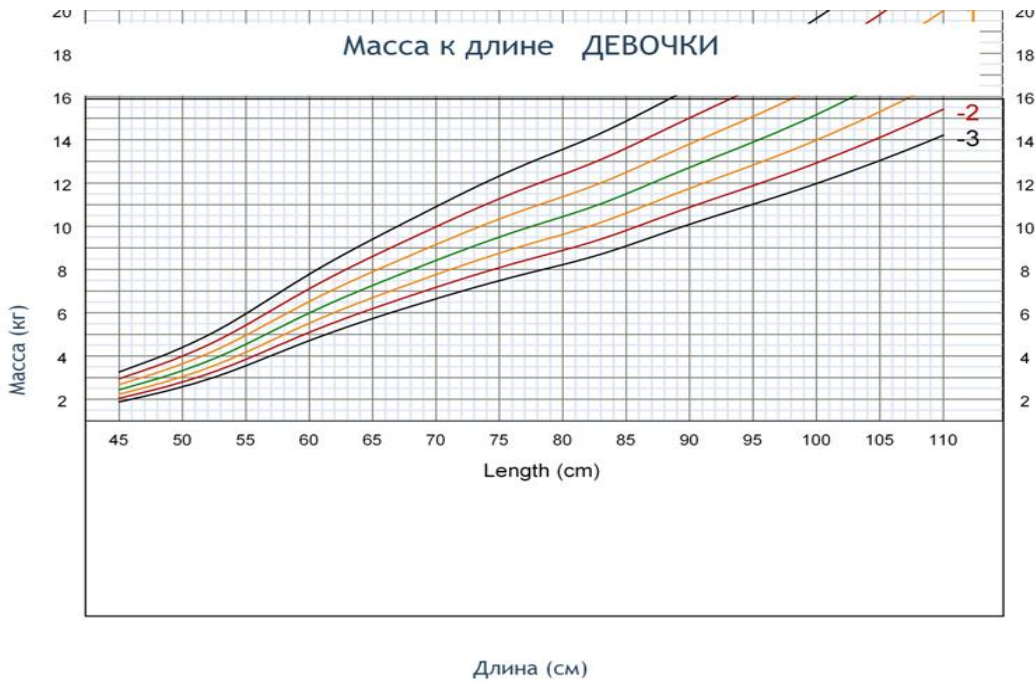
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ  
от рождения до 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)

### Масса к возрасту ДЕВОЧКИ

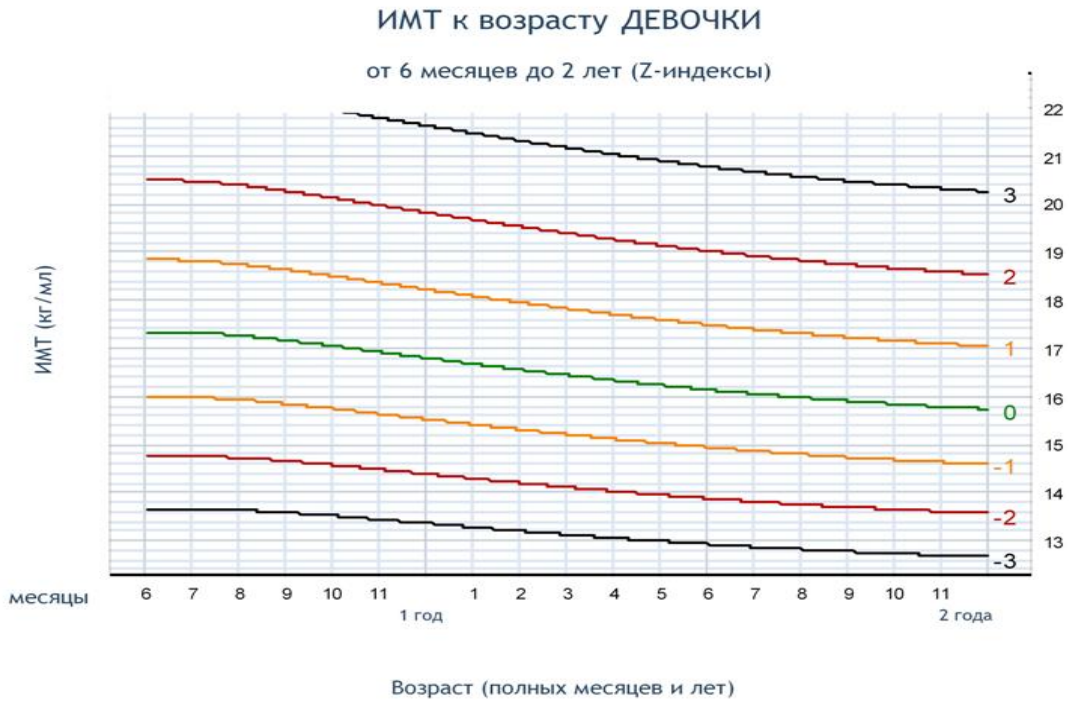
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



Масса к длине ДЕВОЧКИ  
от рождения до 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



**ИМТ к длине ДЕВОЧКИ**  
от рождения от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)

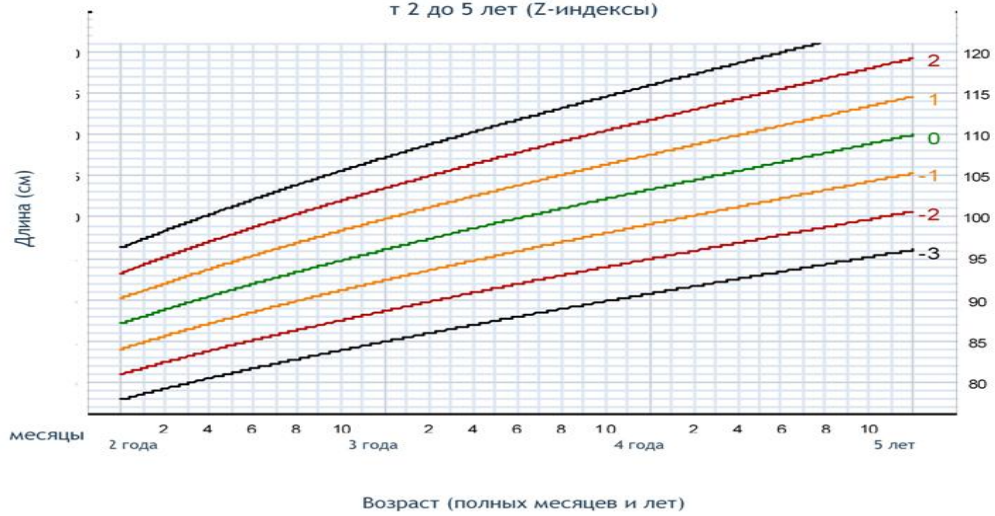


**Длина к возрасту ДЕВОЧКИ**  
от рождения от 2 лет до 5 лет (Z-индексы)



### Длина к возрасту ДЕВОЧКИ

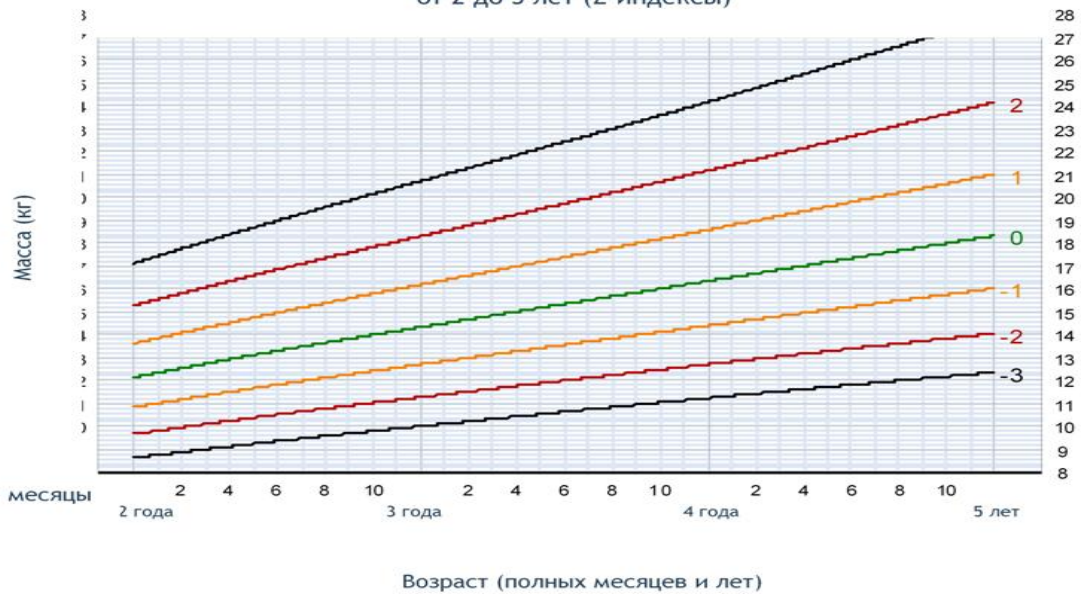
от 2 до 5 лет (Z-индексы)



### Масса к возрасту ДЕВОЧКИ от рождения от 2 лет до 5 лет (Z-индексы)

### Масса к возрасту ДЕВОЧКИ

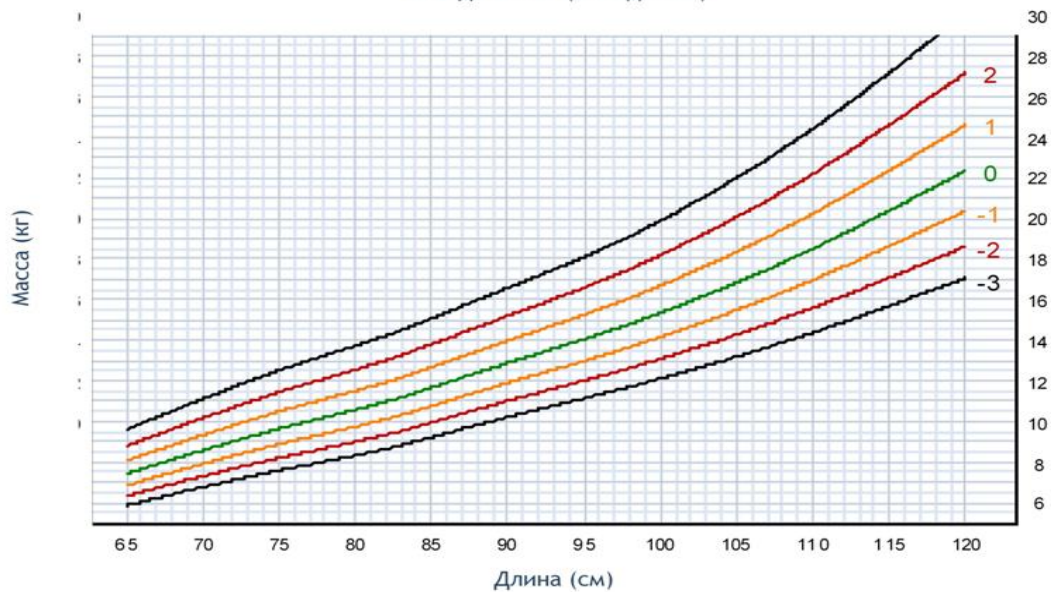
от 2 до 5 лет (Z-индексы)



### Масса к возрасту ДЕВОЧКИ от рождения от 2 лет до 5 лет (Z-индексы)

### Масса к длине ДЕВОЧКИ

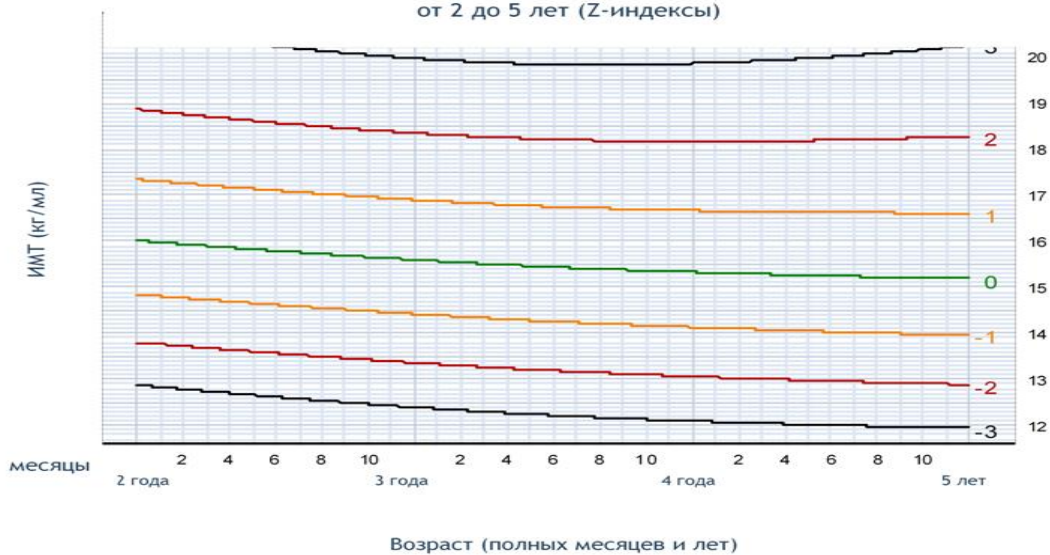
от 2 до 5 лет (Z-индексы)



### ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ от рождения от 2 лет до 5 лет (Z-индексы)

#### ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ

от 2 до 5 лет (Z-индексы)



Дата получения информации из женской консультации \_\_\_\_\_

Название женской консультации \_\_\_\_\_

Дата проведения первого дородового патронажа \_\_\_\_\_

1. ФИО беременной:	
Дата рождения и Возраст (полных лет)	
Место прописки беременной	



	Место фактического проживания
	Место работы, профессия
	Профессиональная вредность: влажность, запыленность, химикаты, тяжести, другая (подчеркнуть) _____
2.	Биологический анамнез беременной:
	Срок настоящей беременности
	Беременность по счету _____, запланированная, желанная, нежеланная (подчеркнуть)
	Предыдущих беременностей было всего _____, в том числе:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- закончились родами -</li> <li>- искусственным прерыванием беременности-у</li> <li>- выкидышем-</li> <li>- всего детей в семье-</li> <li>- другая информация о детях в семье (умершие от заболеваний, в каком возрасте, инвалиды детства) _____</li> </ul>
	Межродовый интервал при настоящей беременности
3.	Социальный анамнез и здоровье семьи:
	Семья полная, неполная _____
	Образовательный уровень матери _____ отца _____
	Психологический микроклимат в семье: неблагоприятный, благоприятный
	Наличие алкоголизма, наркомании в семье Да _____ нет _____
	Наличие курящих членов семьи Да _____ нет _____
	Курящая мать Да _____ нет _____
	Физическая активность матери низкая, достаточная
	Материальное положение семьи: удовлетворительное, неудовлетворительное (скудность, сырость, холод, малообеспеченность, низкий уровень доходов, другие факторы)
	Санитарная культура семьи: низкая _____ достаточная _____
	Наличие заболеваний инфекционных заболеваний в семье (ВИЧ, ИППП, туберкулез, краснуха, другие) _____
	Наличие наследственных заболеваний (какие, степень родства, поколение) _____
	Наличие врожденных пороков развития у других детей да: врожденные пороки сердца, ЖКТ, ЦНС, мочеполовой системы, легких, другие _____ нет _____
	Флюорография членов семьи (муж): да нет
4.	Состояние здоровья беременной:
	Наличие хронических соматических заболеваний да _____ нет _____
	Наличие экстрагенитальных заболеваний да _____ нет _____
	Наличие осложненной беременности да _____ нет _____
	УЗИ пройден (в какой срок) _____ где _____
	Выявленная патология на УЗИ да _____ нет _____
	АД _____

	Заключение терапевта _____
	Беременность протекает на фоне: - дефицита массы тела (ИМТ до беременности менее 19) - нормальной массы тела (ИМТ до беременности 19-24) - избыточной массы тела (ИМТ до беременности 25-30) - ожирения (ИМТ до беременности свыше 30 )
5	Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи: 1. Кровотечение из половых путей 2. Судороги 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Редкое или отсутствие шевеления плода 5. Высокая температура 6. Излитие околоплодных вод 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6	Прочие сведения:
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	
Степень и направленность риска: - По материально-бытовым условиям и санитарному состоянию жилья: нет риска, умеренный риск, высокий риск, - По вредным привычкам у родителей: нет риска, умеренный риск, высокий риск - По состоянию здоровья беременной: нет риска, умеренный риск, высокий риск - По течению настоящей беременности: нет риска, умеренный риск, высокий риск - По другим факторам: Кто адресно оповещен о высоких рисках: Заведующий женской консультацией _____ Заведующий поликлиникой (терапевтическая служба) _____ Другие ведомства или местная власть _____	
<b>РЕКОМЕНДАЦИИ:</b> - По соблюдению оптимального режима дня, отдыха, сна, физической активности - По поддержанию оптимального питания (пирамида питания) - Профилактическому приему препаратов (железа, фолиевой кислоты, йодсодержащих) - Профилактика ВИЧ, ИППП и туберкулеза - О соблюдении личной гигиены и благоустройстве жилья - О влиянии курения, употребления алкоголя и наркотиков на развитие плода	

Медсестра /Фельдшер

### Второй дородовой патронаж

Название женской консультации \_\_\_\_\_

Дата проведения второго дородового патронажа \_\_\_\_\_

1.	ФИО беременной:
	Дата рождения и Возраст (полных лет)
	Место прописки беременной









коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	
АНАМНЕЗ: Недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Тазовое предлежание; Осложненное течение родов; Реанимация новорожденного; Судороги в анамнезе; Медикаментозное лечение новорожденного в роддоме; другое...	ОТЯГОЩЕННЫЙ АНАМНЕЗ: ДА _____ НЕТ _____
<p>Оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Проверьте рефлексы (должны быть симметричны): Поисковый; Сосательный; Хватательный; Моро; Автоматической походки</p> <p>Осмотр лица: _____          (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)</p> <p>Кожа: _____ (в норме розовая или интенсивно розовая)</p> <p>Слизистые ротовой полости _____ конъюнктивы _____</p> <p>Мышечный тонус _____ (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза")</p> <p>Видимые врожденные пороки _____</p> <p>_____</p> <p>Костная система _____</p> <p>форма головы _____ швы _____</p> <p>большой родничок _____ малый родничок _____</p> <p>оцените суставы: _____ движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы</p> <p>Органы дыхания: _____ Частота дыхания (ЧД ) _____ (в норме 30 - 60/мин)</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ (в норме более 100 /мин); Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Пальпация бедренного пульса _____ ( в норме симметрично с двух сторон)</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ Печень _____ Селезенка _____</p> <p>Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____</p> <p>Пуповина _____ (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)</p> <p>Мочеиспускание _____ (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);</p> <p>Стул _____ (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)</p>	
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ -Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>- Как вы играете с Вашим ребенком? - Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>		<p>ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня: Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____</p>		<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22<sup>0</sup>C) Гигиена ребенка _____</p>		<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ: 1. Осмотр молочных желез:</p>		<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>2. Симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. глубокая тревожность и беспокойство</li> <li>2. глубокая печаль</li> <li>3. частые слезы</li> <li>4. ощущение неспособности заботиться о ребенке</li> <li>5. чувство вины</li> </ol>		<p>Советы по ведению послеродовой депрессии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности</li> <li>2. рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней</li> <li>3. создать атмосферу, при</li> </ol>



6. приступы паники 7. стресс и раздражительность 8. утомляемость и недостаток энергии 9. неспособность к сосредоточению внимания 10. нарушение сна 11. проблемы с аппетитом 12. потеря интереса к сексу 13. ощущение беспомощности и безнадежности 14. антипатия к ребенку	которой ребенок будет в центре внимания 4. чаще прикасаться к ребенку 5. думать о ребенке 6. чаще выходить на улицу и двигаться 7. хорошо питаться 8. заботиться о себе 9. вести дневник 10. если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>	

**Рекомендации:**

- Преимущества и практика грудного вскармливания
- Обеспечение исключительно грудного вскармливания
- Техника сцеживания грудного молока (при необходимости)
- Оптимальное питание матери.
- Личная гигиена матери
- Требования к помещению и предметам ухода за новорожденным
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
- Уход за новорожденным, режим прогулок Гигиенические ванны
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).
- Информирование матери о графике работы врача и координатах медицинской организации (МО)
- Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания).
- Другие рекомендации

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому (7-й день)**

Дата осмотра ___\ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____ Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 38°C; 8. Температура тела менее <35,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул	Да __ Нет ____

или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
<p>- Есть ли трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</p> <p>- Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет _____</p> <p>- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>- Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____</p> <p>- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет _____</p> <p>- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>- Как вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>- Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)</p>	ПРОБЛЕМЫ
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка</p> <p>Гигиена помещения _____</p> <p>(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22<sup>0</sup>С)</p> <p>Гигиена ребенка _____</p>	ПРОБЛЕМЫ УХОДА

Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери	ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).
- Исключительно грудное вскармливание
- Стимуляция психосоциального развития
- Уход за новорожденным, режим прогулок
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)
- Личная гигиена матери.
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

**Посещение врачом на дому (15-й день)**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____	
Жалобы матери:	
<p>Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 38<sup>0</sup>С; 8. Температура тела менее &lt;35,5<sup>0</sup>С и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>	ДА _____ Нет _____
<p>Кожа: Пуповина _____ Слизистые ротовой полости _____ конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ (в норме более 100 /мин); Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ Печень _____ Селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул _____</p>	ДИАГНОЗ:
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</li> <li>- Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет _____</li> <li>- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</li> <li>- Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____</li> <li>- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __</li> <li>- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой</li> </ul>	
<p>Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____</li> <li>- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____</li> <li>- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____</li> <li>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____</li> </ul> </li> <li>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо <ul style="list-style-type: none"> <li>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</li> <li>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</li> </ul> </li> </ul>
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Как вы играете с Вашим ребенком?</li> <li>- Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</li> </ul>	<p>ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА:</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ДА НЕТ</p>
<p>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи: по слуху по зрению</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>ЗНАНИЕ МАТЕРИ ОПАСНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ</p>	<p>ДА НЕТ</p>
<p>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	

Рекомендации:

1. Поощрение исключительно грудного вскармливания
2. Оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери.
3. Уход за новорожденным.
4. Стимуляция психосоциального развития
5. Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
6. Правила поведения и уход в случае болезни ребенка
7. Обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания.
8. Другое

Врач:

**Патронаж медсестры на дому (21-й день)**

Дата осмотра ____\ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____ Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 38°C; 8. Температура тела менее <35,5°C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	Да ___ Нет _____
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):	
	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать грудь?

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</li> <li>- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</li> <li>- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</li> <li>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___</li> <li>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</li> <li>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</li> <li>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</li> </ul>	
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Как вы играете с Вашим ребенком?</li> <li>- Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</li> </ul>		ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>		ПРОБЛЕМЫ
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22°C) Гигиена ребенка _____</p>		ПРОБЛЕМЫ УХОДА
<p>Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери</p>		ПРОБЛЕМЫ
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>		

Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).
- Исключительно грудное вскармливание
- Стимуляция психосоциального развития
- Уход за новорожденным, режим прогулок
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)
- Личная гигиена матери.
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому (28-й день)**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 200\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_. Температура \_\_\_\_\_  
 Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка \_\_\_\_\_

Оцените признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 38°C; 8. Температура тела менее <35,5°C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение

Да \_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ**

**ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ**

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Ребенок кормится грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, сколько раз за 24 часа? \_\_\_\_\_ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да \_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да \_\_\_ Нет \_\_\_\_\_
- Если Да, как часто? \_\_\_\_\_ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой \_\_\_\_\_ чашкой и ложкой \_\_\_\_\_

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

**ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:**  
 Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?

Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:
  - Подбородок касается груди Да \_\_\_ Нет \_\_\_
  - Рот широко раскрыт Да \_\_\_ Нет \_\_\_
  - Нижняя губа вывернута наружу Да \_\_\_ Нет \_\_\_
  - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да \_\_\_ Нет \_\_\_
- Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо
- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно
- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ - Как вы играете с Вашим ребенком? - Как вы общаетесь с Вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)	ПРОБЛЕМЫ
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 °С) Гигиена ребенка _____	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери	ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).
- Исключительно грудное вскармливание
- Стимуляция психосоциального развития
- Уход за новорожденным, режим прогулок
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)
- Личная гигиена матери.
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

**Осмотр ребенка 1 месяца жизни на приеме врачом  
и медсестрой**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Пуповина _____ Слизистые ротовой полости _____ Зев _____ конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;	ДИАГНОЗ:



Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочевыделение _____; Стул _____		
<b>ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</b>		<b>ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</b>
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ____ Нет ____ - Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет ____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет ____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
<b>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:</b> Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ____ Нет ____ - Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____ - Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо - Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц ____ мм И периферических лимфоузлов _____		Визит для следующей прививки _____ Дата _____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)		Доза длительность
<b>ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:</b> До= Др= Ра=		Не отстает Отстает на

<p>Рп= Н= Э= ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?</p>	<p>эпикризный срок ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА: 1. Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику 2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям 3. Знает ли мать признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 38°C; 8. Температура тела менее &lt;35,5°C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ДА НЕТ</p>
<p>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Возможная глухота или проблемы со зрением - Ребенок не вступает в контакт. - Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Плохой аппетит.</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p>
<p>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ: Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС...)</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте  
от 1 до 2 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____	
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
<p>Оцените признаки опасности:</p> <p>1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 38<sup>0</sup>С; 8. Температура тела менее &lt;35,5<sup>0</sup>С и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>	Да ___ Нет ____
<b>ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</b>	<b>ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</b>
<p>- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</p> <p>- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____</p> <p>- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____</p> <p>- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):	
	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p>

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо - Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ - Как вы играете с Вашим ребенком? - Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ</p>	
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>	
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22<sup>0</sup>C) Гигиена ребенка _____</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>	
<p>Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>	
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рекомендации врача выполняются или нет</p>	<p>Да ___ Нет ___</p>	

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Медсестра:

**Осмотр ребенка 2 месяцев жизни на приеме врача и медсестры**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:		
Жалобы матери:		
<b>ОСМОТР РЕБЕНКА</b> Кожа: Пуповина _____ Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул _____		<b>ДИАГНОЗ:</b>
<b>ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</b>		
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ___ Нет __ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой		<b>ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</b>
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
<b>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:</b> Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да _____ Нет _____ - Рот широко раскрыт Да _____ Нет _____ - Нижняя губа вывернута наружу Да _____ Нет _____ - Большая часть ареолы видна	

	<p>сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___          Не приложен совсем Приложен плохо          Приложен хорошо          - Эффективно ли сосет младенец          (делает медленные глубокие          сосательные движения с паузами)?          Не сосет совсем Сосет неэффективно          Сосет эффективно          - Ищите язвы или белые пятна во рту          (молочница).</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b>          Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня          Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1          Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2</p>		<p>Визит для следующей          прививки _____          Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>		<p>Доза          длительность</p>
<p><b>ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:</b>          До=          Др=          Ра=          Рп=          Н=          Э=  <b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b>          Как Вы играете с ребенком?          Как Вы общаетесь с ребенком?</p>		<p>Не отстает          Отстает на          _____          эпикризный срок  <b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для          РАЗВИТИЯ</b></p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b>          1. Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику          2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям          3. Знает ли мать признаки опасности:          1. Учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги;          6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 38<sup>0</sup>С; 8. Температура тела менее &lt;35,5<sup>0</sup>С и не повышается после согревания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение</p>		<p><b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</b></p>
<p><b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b>          физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>		<p><b>ДА НЕТ</b></p>
<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</b>          - Возможная глухота или проблемы со зрением          - Ребенок не вступает в контакт.</p>		<p><b>ПРОБЛЕМЫ</b>          При выявлении          тревожных признаков          направить на</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</li> <li>- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</li> <li>- Плохой аппетит.</li> </ul>	консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:</b> Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС...)	ПРОБЛЕМЫ
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>	

**Рекомендации:**

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач/фельдшер:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте  
от 2 до 3 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____	
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
<b>ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</b>	<b>ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</b>
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да ___ Нет _____	

<p>- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____</p> <p>- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p>Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>- Как вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>- Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка</p> <p>Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22<sup>0</sup>C)</p> <p>Гигиена ребенка _____</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____</p> <p>Питание и режим сна и отдыха матери</p> <p>Консультация по вопросам планирования семьи</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рекомендации врача выполняются или нет</p>	<p>Да ____ Нет ____</p>

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.



- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 3 месяца

Медсестра:

### Осмотр ребенка 3 месяцев жизни на приеме врача

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Пуповина _____ Слизистые ротовой полости _____ Зев _____ конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул _____	ДИАГНОЗ:
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):	

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-1 АКДС 3 + hib 3 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм Оценка состояния периферических узлов</p>		<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>		<p>Доза _____ длительность _____</p>
<p>ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?</p>		<p>Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА: -. Мать знает опасности признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за больным ребенком согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>		<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>

ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Ребенок не вступает в контакт. - Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Плохой аппетит.	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:	ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

**Рекомендации:**

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач

**Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте  
от 3 до 4 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____ Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ____
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

<p>- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</p> <p>- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____</p> <p>- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____</p> <p>- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____</p> <p>- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>		
<p>Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>		
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>- Как вы играете с Вашим ребенком?</p> <p>- Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</p>		ПРОБЛЕМЫ
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>		ПРОБЛЕМЫ
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка</p> <p>Гигиена помещения _____</p> <p>(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22<sup>0</sup>С)</p> <p>Гигиена ребенка _____</p>		ПРОБЛЕМЫ
<p>Оценка состояния здоровья матери:</p> <p>Осмотр молочных желез: _____</p> <p>Питание и режим сна и отдыха матери</p>		ПРОБЛЕМЫ
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Выполняются рекомендации врача</p>		Да _____ Нет _____

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 4 месяца

Медсестра:

**Осмотр ребенка 4 месяцев жизни на приеме врача и медсестры**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул _____	ДИАГНОЗ:
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в	

сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</li> <li>- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</li> <li>- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</li> <li>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___</li> </ul> </li> <li>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</li> <li>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</li> <li>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</li> </ul>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 и 3 месяца _____ мм</p>		<p>Визит для следующей прививки _____ Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям )</p>		<p>Доза длительность</p>
<p>ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?</p>		<p>Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА: Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком</p>		

согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за -Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи -Ребенок не вступает в контакт. - Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Плохой аппетит.	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:	ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач:

Медсестра

**Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте  
от 4 до 5 месяцев**

Дата осмотра ____\ _____ 200__ Возраст: _____. Температура _____	
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь?	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</li> <li>- Были ли судороги?</li> <li>- Летаргичен или без сознания?</li> </ul>	Да __Нет__
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</li> <li>- Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет _____</li> <li>- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</li> <li>- Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____</li> <li>- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет _____</li> <li>- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</li> </ul>	
<p>Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____</li> <li>- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____</li> <li>- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____</li> <li>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ____ Нет ____</li> </ul> </li> <li>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</li> <li>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</li> <li>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</li> </ul>
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Как вы играете с Вашим ребенком?</li> <li>- Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</li> </ul>	ПРОБЛЕМЫ
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>	ПРОБЛЕМЫ
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22<sup>0</sup>C) Гигиена ребенка _____</p>	ПРОБЛЕМЫ



Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери	ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 5 месяцев

Медсестра:

**Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул _____	ДИАГНОЗ:
ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____	

<p>- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ___ Нет ___</p> <p>- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой</p>	
<p>Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</p> <p>- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</p> <p>- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</p> <p>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___</p> <p>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</p> <p>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</p> <p>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>ОПВ-3</p>	<p>Визит для следующей прививки</p> <p>_____</p> <p>Дата _____</p>
<p>Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p>	<p>Доза длительность</p>
<p>ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?</p>	<p>Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА: Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота</p>	

после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ</b> с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
<b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b> , требующие специализированной помощи - Ребенок не вступает в контакт. - Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Плохой аппетит.	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:</b>	ПРОБЛЕМЫ
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>	

**Рекомендации:**

- Практика исключительно грудного вскармливания.
  - Оптимальное питание матери.
  - Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
  - Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
  - Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям
- специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
  - Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
  - Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.
  - Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
  - Другое

Врач:

Медсестра:

**Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте  
от 5 до 6 месяцев**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 200\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_. Температура \_\_\_\_\_

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка \_\_\_\_\_

<p>Оцените признаки опасности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Может ли ребенок пить или сосать грудь?</li> <li>- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</li> <li>- Были ли судороги?</li> <li>- Летаргичен или без сознания?</li> </ul>	<p>Да ___ Нет ____</p>
<p>ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____</li> <li>- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____</li> <li>- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</li> <li>- Вы кормите грудью ночью? Да ___ Нет ____</li> <li>- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ___ Нет ____</li> <li>- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</li> </ul>	
<p>Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___</li> <li>- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</li> <li>- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___</li> <li>- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___</li> </ul> </li> <li>Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо</li> <li>- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно</li> <li>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</li> </ul>
<p>ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Как вы играете с Вашим ребенком?</li> <li>- Как вы общаетесь с Вашим ребенком?</li> </ul>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>
<p>Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка Гигиена помещения _____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22<sup>0</sup>C) Гигиена ребенка _____</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ</p>

Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез: _____ Питание и режим сна и отдыха матери	ПРОБЛЕМЫ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рекомендации выполняются	Да __ Нет __

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
  - Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
  - Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Приглашен на прием к врачу в 6 месяцев

Медсестра:

**Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____	ДИАГНОЗ:
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др=	

Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет ____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная ____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая ____ 6. На прошлой недели ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм Состояние периферических лимфоузлов	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
ОЦЕНКА УХОДА: - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
	ПРОБЛЕМЫ При выявлении

<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b>, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ребенок не вступает в контакт.</li> <li>- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</li> <li>- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</li> <li>- Плохой аппетит.</li> </ul>	тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<p><b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b></p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p><b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b></p>	

**Рекомендации:**

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Другое

Врач  
Медсестра

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
от 6 до 7 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
<p>Оцените признаки опасности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Может ли ребенок пить или сосать грудь?</li> <li>- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</li> <li>- Были ли судороги?</li> <li>- Летаргичен или без сознания?</li> </ul>	Да ___ Нет ___
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b></p> <p>Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b>
<p><b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b></p> <p>До=</p>	

Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстаёт Отстаёт на _____ эпикризный срок
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
<b>Грудное вскармливание</b> 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____	
2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой недели ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	<b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</b>
<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b> физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	<b>ДА</b> <b>НЕТ</b>
	<b>ПРОБЛЕМЫ</b> <b>При выявлении</b>



<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b>, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</li> <li>- Частые движения головой (возможное заболевания уха)</li> <li>- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</li> <li>- Отказ от груди или другой пищи</li> <li>- Ребенок не вступает в контакт.</li> </ul>	тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<p><b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b></p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p><b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b></p>	

**Рекомендации:**

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 7 месяцев

**Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

<p>Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____          ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см          Оцените физическое развитие, используя графики:</p>	
<p>Жалобы матери:</p>	
<p><b>ОСМОТР РЕБЕНКА</b></p> <p>Кожа:</p> <p>Состояние периферических лимфоузлов _____</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев _____</p> <p>Конъюнктивы _____</p> <p>Большой родничок _____</p> <p>Органы дыхания: _____</p> <p>Частота дыхания _____</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____</p> <p>Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____</p> <p>селезенка _____</p> <p>Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	<p><b>ДИАГНОЗ:</b></p>

<p>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p>	<p>Не отстает</p> <p>Отстает на _____</p> <p>эпикризный срок</p>
<p>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?</p> <p>_____</p> <p>Сколько перекусов за день? _____</p> <p>Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная ____</p> <p>Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____</p> <p>На прошлой недели ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> </ul> <p>Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1 + hib1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p> <p>ОПВ-3</p> <p>ОПВ-0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть</li> <li>2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям</li> <li>- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за</li> </ul>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>

ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Отказ от груди или другой пищи - Ребенок не вступает в контакт.	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Врач  
Медсестра

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
от 7 до 8 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____
Жалобы матери:
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь?

<p>- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?          - Были ли судороги?          - Летаргичен или без сознания?</p>	<p>Да ___ Нет ___</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b>          Как Вы играете с вашим ребенком?          Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b></p>
<p><b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b>          До=          Др=          Ра=          Рп=          Н=          Э=</p>	<p>Не отстает          Отстает на _____          эпикризный срок</p>
<p><b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b></p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?          _____          Грудное вскармливание          1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___          Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз          2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ___ Нет ___          Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?          _____          2. Сколько перекусов за день? _____          3. Ценность перекусов: Питательная _____          Не питательная _____          4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.          5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____          6. На прошлой недели ребенок ел:          - Мясо/рыбу/субпродукты Да ___ Нет ___ сколько дней ___          - Бобовые Да ___ Нет ___ сколько дней ___          - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ___ Нет ___          сколько дней          7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ___ Нет ___          8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ___ бутылочкой ___          чашкой и ложкой _____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b>          Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня          Гепатит В 1-0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1          Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2          Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3          ОПВ-3          Корь + краснуха + паротит          Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____          Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b>          - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть          2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям</p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</b></p>

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА                      НЕТ
ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Отказ от груди или другой пищи - Ребенок не вступает в контакт.	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006 г.
  - Оптимальное питание матери.
  - Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
  - Массаж и гимнастика соответственно возрасту
  - Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
  - Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
  - Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
  - Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
  - Приглашен на прием к врачу в 8 месяцев

Медсестра

**Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА	
Кожа:	

<p>Состояние периферических лимфоузлов  Слизистые ротовой полости Зев  Конъюнктивы _____  Большой родничок _____  Органы дыхания: _____  Частота дыхания _____  Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____  Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;  Органы пищеварения: живот _____ печень _____  селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ  Как Вы играете с вашим ребенком?  Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:  До=  Др=  Ра=  Рп=  Н=  Э=</p>	<p>Не отстает  Отстает на _____  эпикризный срок</p>
<p>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?  _____</p>	
<p>Грудное вскармливание  1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____  Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз  2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____  Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>4. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?  _____</p> <p>5. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>6. Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная _____</p> <p>7. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>8. Какова густота пищи? Густая ____ Негустая _____</p> <p>9. На прошлой неделе ребенок ел:  - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____  - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____  - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____  сколько дней</p> <p>Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой  и ложкой _____</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:  Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня  Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1 + hib1  Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2  Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3</p>	

ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ</b> с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
<b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b> , требующие специализированной помощи - Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Отказ от груди или другой пищи - Ребенок не вступает в контакт.	<b>ПРОБЛЕМЫ</b> При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b> 1. Консультирование по планированию семьи	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>	

**Рекомендации:**

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Врач  
 Медсестра

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
от 8 до 9 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
<p>Оцените признаки опасности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Может ли ребенок пить или сосать грудь?</li> <li>- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</li> <li>- Были ли судороги?</li> <li>- Летаргичен или без сознания?</li> </ul>	Да ___ Нет ___
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b> Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
<p><b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b> До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p>	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание	
1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз	
2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ___ Нет ___ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
4. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____	
5. Сколько перекусов за день? _____	
6. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____	
7. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.	
8. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____	
9. На прошлой недели ребенок ел:	
- Мясо/рыбу/субпродукты Да ___ Нет ___ сколько дней _____	
- Бобовые Да ___ Нет ___ сколько дней _____	
- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ___ Нет ___ сколько дней _____	
10. Даете ли Вы ребенку чай? Да ___ Нет ___	
11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ___ бутылочкой ___ чашкой и ложкой _____	
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3	





**Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 200\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_  
 ВЕС \_\_\_\_\_ гр. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Окружность головы \_\_\_\_\_ см  
 Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

**ОСМОТР РЕБЕНКА**

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы \_\_\_\_\_

Большой родничок \_\_\_\_\_

Органы дыхания: \_\_\_\_\_

Частота дыхания \_\_\_\_\_

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) \_\_\_\_\_

Сердечный ритм \_\_\_\_\_; Сердечные шумы  
 \_\_\_\_\_;

Органы пищеварения: живот \_\_\_\_\_ печень \_\_\_\_\_  
 селезенка \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_ Стул

ДИАГНОЗ:

**ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ**

Как Вы играете с вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для  
РАЗВИТИЯ

**ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:**

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

Не отстает  
Отстает на \_\_\_\_\_  
эпикризный срок

**ОЦЕНКА ПИТАНИЯ**

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, сколько раз в сутки? \_\_\_\_\_ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или  
другие заменители грудного молока? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

Если Да, \_\_\_\_\_ мл \_\_\_\_\_ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?

2. Сколько перекусов за день? \_\_\_\_\_

3. Ценность перекусов: Питательная \_\_\_\_\_ Не питательная \_\_\_\_\_

4. Какое количество пищи съедает за один прием? \_\_\_\_\_ мл.

5. Какова густота пищи? Густая \_\_\_\_\_ Негустая \_\_\_\_\_

6. На прошлой неделе ребенок ел:

- Мясо/рыбу/субпродукты Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

- Бобовые Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ сколько дней \_\_\_\_\_

<p>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____          сколько дней</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____          чашкой и ложкой ____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b>          Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня          Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1          Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2          Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3          ОПВ-3          ОПВ-0          Корь + краснуха + паротит          Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____          Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b>          - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть          2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота          после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно          данным рекомендациям          - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за          ребенком          - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой          режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p><b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b>          физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная          заброшенность.</p>	<p>ДА                      НЕТ</p>
<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</b>          - Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения          - Частые движения головой (возможное заболевания уха)          - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или          предложенную грудь          - Отказ от груди или другой пищи          - Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ</b>          При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p><b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b>          1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p><b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b></p>	

**Рекомендации:**

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Врач  
Медсестра

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
от 9 до 10 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
<b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b> Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	<b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b>
<b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b> До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание	
1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз	
2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____	
2. Сколько перекусов за день? _____	
3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____	
4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.	
5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____	
6. На прошлой неделе ребенок ел:	
- Мясо/рыбу/субпродукты Да ___ Нет ___ сколько дней _____	
- Бобовые Да ___ Нет ___ сколько дней _____	
- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ___ Нет ___ сколько дней _____	

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b> физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
<b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</b> - Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Отказ от груди или другой пищи - Ребенок не вступает в контакт.	<b>ПРОБЛЕМЫ</b> При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b> 1. Консультирование по планированию семьи	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>	

**Рекомендации:**

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного

случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 10 месяцев

медсестра

**Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____	ДИАГНОЗ:
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____	

<p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</li> <li>- Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____</li> <li>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</li> </ul> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b>          Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня          Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1 + hib1          Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2          Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3          ОПВ-3          ОПВ-0          Корь + краснуха + паротит          Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____          Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть</li> <li>2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям</li> <li>- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</li> <li>- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</li> </ul>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p><b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ</b> с ребенком:          физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ДА НЕТ</p>
<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b>, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</li> <li>- Частые движения головой (возможное заболевания уха)</li> <li>- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</li> <li>- Отказ от груди или другой пищи</li> <li>- Ребенок не вступает в контакт.</li> </ul>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ</b>          При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p><b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b>          1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p><b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b></p>	

**Рекомендации:**

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ

РК от 25 сентября 2006 г.

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Врач  
Медсестра

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
от 10 до 11 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание	
1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз	
2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ___ Нет ___ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____	
2. Сколько перекусов за день? _____	
3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____	





- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 11 месяцев

Медсестра

**Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;	ДИАГНОЗ:
Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____	
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____	
_____	

<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____          Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?          _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:          - Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____          - Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____          - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b>          Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня          Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1 + hib1          Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2          Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3          ОПВ-3          ОПВ-0          Корь + краснуха + паротит          Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____          Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b>          - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть          2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода          - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком          - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p><b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ</b> с ребенком:          физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ДА                      НЕТ</p>
<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b>, требующие специализированной помощи          - Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения          - Частые движения головой (возможное заболевания уха)          - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь          - Отказ от груди или другой пищи          - Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ          При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p>
<p><b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b>          1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p><b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b></p>	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Врач  
Медсестра

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте  
от 11 до 12 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА д РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ___ Нет ___ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ___ Нет ___	

<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____ Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ - Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1-0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следую прививки _____ Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода ха - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>
<p><b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b> физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>ДА                      НЕТ</p>
<p><b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</b> - Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Отказ от груди или другой пищи - Ребенок не вступает в контакт.</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных призна направить на консультацию узк специалиста для выбора и обеспечения специализированн помощи (психолог логопед и т.д)</p>
<p><b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b> 1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p><b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b></p>	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006 г.

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 12 месяцев

медсестра

**Осмотр ребенка в возрасте в 12 месяцев  
врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы _____ Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____ Тревожные признаки, требующие специализированной помощи: по слуху по зрению	ДИАГНОЗ:
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ	
1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

**Рекомендации:**

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: расширение продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежеквартальный осмотр на приеме у врача.
- Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов.
- Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог.

Врач  
Медсестра

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 1 ГОД**  
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 3 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
<p>Оцените признаки опасности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Может ли ребенок пить или сосать грудь?</li> <li>- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</li> <li>- Были ли судороги?</li> <li>- Летаргичен или без сознания?</li> </ul>	ДИАГНОЗ:
<p>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
<p>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p>	<p>Не отстает</p> <p>Отстает на</p>



Ра= Рп= Н= Э=	_____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____ Если Да, _____ мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная ____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
ОЦЕНКА УХОДА: Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода ха - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА                      НЕТ
	ПРОБЛЕМЫ При выявлении

<p>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Нет аппетита, отказывается от еды</li> </ul>	тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ	
1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

**Рекомендации:**

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяцев

Медсестра

**Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 3 месяцев  
врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____	ДИАГНОЗ:

<p>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p>	<p>Не отстает</p> <p>Отстает на _____</p> <p>эпикризный срок</p>
<p>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p>	
<p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет ____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?</p> <p>_____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная ____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>- Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>- Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1+hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3</p> <p>ОПВ-3</p> <p>ОПВ-0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть</p> <p>2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода</p> <p>- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>



<p>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p>	<p>Не отстает</p> <p>Отстает на _____</p> <p>эпикризный срок</p>
<p>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p>	
<p>Грудное вскармливание</p> <p>1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?</p> <p>_____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная ____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>- Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>- Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1+hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3</p> <p>ОПВ-3</p> <p>ОПВ-0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть</p> <p>2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода</p> <p>- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>

ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Не смотрит на движущие предметы - Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Нет аппетита, отказывается от еды	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 12 и 24 месяцев

Медсестра

**Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 6 месяцев  
врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Органы дыхания: _____	

<p>Частота дыхания _____</p> <p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____</p> <p>Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;</p> <p>Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____</p> <p>Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p>	<p>Не отстает</p> <p>Отстает на _____</p> <p>эпикризный срок</p>
<p>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>- Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>Грудное вскармливание</p> <p>Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз</p> <p>Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____</p> <p>Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?</p> <p>_____</p> <p>Сколько перекусов за день? _____</p> <p>Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная _____</p> <p>Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>Какова густота пищи? Густая ____ Негустая _____</p> <p>На прошлой неделе ребенок ел:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> </ul> <p>Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3</p> <p>ОПВ-3</p> <p>ОПВ-0</p> <p>Корь + краснуха + паротит</p> <p>АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация</p> <p>Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____</p> <p>Дата _____</p>

<p>ОЦЕНКА УХОДА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть</li> <li>2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода</li> <li>- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за</li> <li>- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</li> </ul>	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
<p>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	ДА НЕТ
<p>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</li> <li>- Не смотрит на движущие предметы</li> <li>- Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</li> <li>- Нет аппетита, отказывается от пищи</li> </ul>	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<p>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Консультирование по планированию семьи</p>	
<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p>	

**Рекомендации:**

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 12 и 24 месяцев

Врач  
медсестра

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 9 месяцев**

<p>Дата осмотра ____\ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____</p> <p>Жалобы матери:</p> <p>Оцените признаки опасности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Может ли ребенок пить или сосать грудь?</li> </ul>
---



<p>- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?          - Были ли судороги?          - Летаргичен или без сознания?</p>	
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b>          Как Вы играете с вашим ребенком?          Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b></p>
<p><b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b>          До=          Др=          Ра=          Рп=          Н=          Э=</p>	<p>Не отстает          Отстает на _____          эпикризный срок</p>
<p><b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b></p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?          _____</p>	
<p>Грудное вскармливание          1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____          Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз          2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет ____          Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?          _____          Сколько перекусов за день? _____          Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная ____          Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.          Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____          На прошлой неделе ребенок ел:          - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____          - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____          - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____          Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____          Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b>          Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня          Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1          Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2          Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3          ОПВ-3          ОПВ-0          Корь + краснуха + паротит          АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация          Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____          Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b>          - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть          2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за</p>	

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Не смотрит на движущие предметы - Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Нет аппетита, отказывается от еды	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 12 и 24 месяцев

Медсестра

**Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 9 месяцев  
врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы	

<p>Органы дыхания: _____  Частота дыхания _____  Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____  Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;  Органы пищеварения: живот _____ печень _____  селезенка _____  Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b>  Как Вы играете с вашим ребенком?  Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p><b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b>  До=  Др=  Ра=  Рп=  Н=  Э=</p>	<p>Не отстает  Отстает на _____  эпикризный срок</p>
<p><b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b></p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?  _____</p>	
<p>Грудное вскармливание  1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____  Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз  2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да ____ Нет ____  Если Да, _____ мл _____ раз в день</p>	
<p>1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день?  _____</p> <p>2. Сколько перекусов за день? _____</p> <p>3. Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____</p> <p>4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</p> <p>5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</p> <p>6. На прошлой неделе ребенок ел:</p> <p>7. Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>8. Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</p> <p>9. Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней</p> <p>10. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</p> <p>11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p>	

**ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:**

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ \_\_\_\_\_ мм

	прививки _____ Дата _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b> физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
<b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</b> - Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Не смотрит на движущие предметы - Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Нет аппетита, отказывается от пищи	<b>ПРОБЛЕМЫ</b> При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b> 1. Консультирование по планированию семьи	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>	

**Рекомендации:**

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 12 и 24 месяцев

Врач  
медсестра

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____
Жалобы матери:

<p>Оцените признаки опасности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Может ли ребенок пить или сосать грудь?</li> <li>- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</li> <li>- Были ли судороги?</li> <li>- Летаргичен или без сознания?</li> </ul>	<p>Да ____ нет ____</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ          Как Вы играете с вашим ребенком?          Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:          До=          Др=          Ра=          Рп=          Н=          Э=</p>	<p>Не отстает          Отстает на _____          эпикризный срок</p>
<p>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <hr/> <p>Грудное вскармливание          1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Сколько основных приемов пищи в день? _____</li> <li>- Сколько перекусов за день? _____</li> <li>- Ценность перекусов: Питательная ____ Не питательная _____</li> <li>- Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</li> <li>- Какова густота пищи? Густая ____ Негустая _____</li> <li>- На прошлой недели ребенок ел:</li> <li>- Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</li> <li>- Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</li> </ul>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:          Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня          Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1          Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2          Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3          ОПВ-3          ОПВ-0          Корь + краснуха + паротит          АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация          Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____          Дата _____</p>
<p>ОЦЕНКА УХОДА:          - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть          2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за          - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям</p>	<p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p>

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Не вступает в контакт - Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе - Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) - Плохой аппетит	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Рекомендации:

**Осмотр ребенка в возрасте в 2 лет  
врачом и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____ см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул _____	ДИАГНОЗ:
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра=	Не отстает Отстает на

Рп= Н= Э=	_____ эпикризный срок	
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>		
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____		
Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Сколько основных приемов пищи в день? _____</li> <li>- Сколько перекусов за день? _____</li> <li>- Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____</li> <li>- Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</li> <li>- Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</li> <li>- На прошлой неделе ребенок ел:</li> <li>- Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____</li> <li>- Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____</li> <li>- Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой _____</li> </ul>		
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм		Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть</li> <li>2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода</li> <li>- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</li> <li>- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</li> </ul>		<b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</b>
<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b> физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.		<b>ДА НЕТ</b>
<b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Не вступает в контакт</li> <li>- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе</li> <li>- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)</li> <li>- Плохой аппетит</li> </ul>		<b>ПРОБЛЕМЫ</b> При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)



ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ Консультирование по планированию семьи	
ЗАКЛЮЧЕНИЕ :	

Рекомендации:

Врач

### ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет 6 месяцев**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да _____ Нет _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b> Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	<b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b>
<b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b> До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
<b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b>	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да _____ Нет _____	
- Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Сколько перекусов за день? _____ - Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____ - Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. - Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ - На прошлой недели ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ - Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____	

сколько дней - Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ - Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b> физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
<b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</b> - Не вступает в контакт - Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе - Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) - Плохой аппетит	<b>ПРОБЛЕМЫ</b> При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b> 1. Консультирование по планированию семьи	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>	

Рекомендации:

медсестра

**Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра \_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_ 200\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_ Температура \_\_\_\_\_  
 ВЕС \_\_\_\_\_ гр. РОСТ \_\_\_\_\_ см. ИМТ \_\_\_\_\_ Оцените физическое развитие, используя  
 графики:

Жалобы матери:	
ОСМОТР РЕБЕНКА Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости _____ Зев конъюнктивы Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____; Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	ДИАГНОЗ:
ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Как Вы играете с вашим ребенком? Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____ эпикризный срок
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____	
- Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Сколько перекусов за день? _____ - Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____ - Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. - Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ - На прошлой неделе ребенок ел: - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней - Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ - Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3	

ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация Н1В ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<b>ОЦЕНКА УХОДА:</b> - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ</b> с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
<b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b> , требующие специализированной помощи - Не вступает в контакт - Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе - Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) - Плохой аппетит	ПРОБЛЕМЫ При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b> 1. Консультирование по планированию семьи	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>	

**Рекомендации:**

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Врач

**Патронаж медсестры на дому ребенка в возрасте 3 лет**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____
Жалобы матери:

<p>Оцените признаки опасности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Может ли ребенок пить или сосать грудь?</li> <li>- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?</li> <li>- Были ли судороги?</li> <li>- Летаргичен или без сознания?</li> </ul>	<p>Да _____ Нет _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b>          Как Вы играете с вашим ребенком?          Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b></p>
<p><b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b>          До=          Др=          Ра=          Рп=          Н=          Э=</p>	<p>Не отстает          Отстает на _____          эпикризный срок</p>
<p><b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b></p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?          _____</p>	
<p>Грудное вскармливание</p>	
<p>1. Продолжает ли кормить грудью? Да _____ Нет _____</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Сколько основных приемов пищи в день? _____</li> <li>- Сколько перекусов за день? _____</li> <li>- Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____</li> <li>- Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.</li> <li>- Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____</li> <li>- На прошлой неделе ребенок ел:</li> <li>- Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</li> <li>- Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____</li> <li>- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____</li> <li>- Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____</li> <li>- Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</li> </ul>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b>          Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня          Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1+hib 1          Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2          Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3          ОПВ-3          ОПВ-0          Корь + краснуха + паротит          АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация          Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____          Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b>          - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть          2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода          - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком          - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</b></p>

<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b> физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
<b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</b> - Нет интереса к игре. - Часто падает. - Трудности с манипулированием мелкими предметами. - Проблемы с пониманием простых обращений. - Неспособность формулировать простые предложения. - Отсутствие или незначительный интерес к еде.	<b>ПРОБЛЕМЫ</b> При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b> 1. Консультирование по планированию семьи	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ :</b>	

**Рекомендации:**

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

**Медсестра**

**Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом  
и медсестрой на приеме**

Дата осмотра ___ \ _____ 200__ Возраст: _____ Температура _____ ВЕС _____ гр. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Оцените физическое развитие, используя графики:	
<b>Жалобы матери:</b>	
<b>ОСМОТР РЕБЕНКА</b> Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Большой родничок _____ Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____	<b>ДИАГНОЗ:</b>

<p>Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____  Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____;  Органы пищеварения: живот _____ печень _____  селезенка _____  Мочеиспускание _____ Стул _____</p>	
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</b>  Как Вы играете с вашим ребенком?  Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</b></p>
<p><b>ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</b>  До=  Др=  Ра=  Рп=  Н=  Э=</p>	<p>Не отстает  Отстает на _____  эпикризный срок</p>
<p><b>ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</b></p>	
<p>Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?  _____</p>	
<p>Грудное вскармливание</p>	
<p>1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____</p>	
<p>- Сколько основных приемов пищи в день? _____  - Сколько перекусов за день? _____  - Ценность перекусов: Питательная _____ Не питательная _____  - Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.  - Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____  - На прошлой неделе ребенок ел:  - Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____  - Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____  - Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____  - Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____  - Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой _____</p>	
<p><b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</b>  Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня  Гепатит В 1-0 БЦЖ АКДС 1+hib 1  Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2  Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3  ОПВ-3  ОПВ-0  Корь + краснуха + паротит  АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация  Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p>	<p>Визит для следующей прививки _____  Дата _____</p>
<p><b>ОЦЕНКА УХОДА:</b>  - Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть  2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода  - Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком  - Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p>	<p><b>ПРОБЛЕМЫ УХОДА</b></p>

<b>ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</b> физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ДА НЕТ
<b>ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ</b> , требующие специализированной помощи - Нет интереса к игре. - Часто падает. - Трудности с манипулированием мелкими предметами. - Проблемы с пониманием простых обращений. - Неспособность формулировать простые предложения. - Отсутствие или незначительный интерес к еде.	<b>ПРОБЛЕМЫ</b> При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
<b>ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</b> 1. Консультирование по планированию семьи	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</b>	

**Рекомендации:**

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Врач

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ГОД**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ГОДА**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 5 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 6 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 7 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)



**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 8 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 9 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 10 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 11 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 12 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 13 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 14 ЛЕТ**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ в ПОДРОСТКОВЫЙ КАБИНЕТ**

**ЗАПИСИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА**

**Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев**

Имя \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Вес(кг) \_\_\_\_\_

Температура \_\_\_\_\_

СПРОСИТЕ: какие проблемы есть у ребенка \_\_\_\_\_

Первичный визит? \_\_\_ Повторный визит? \_\_\_\_\_

ОЦЕНИТЕ (обведите имеющиеся признаки):

Ищите: ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ	
СПРОСИТЕ: - Наблюдаются ли трудности при кормлении - Есть ли у младенца судороги?	ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Сосчитайте число дыханий в минуту _____ Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Измерьте аксиллярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Осмотрите движения младенца. Двигается ли он только при стимуляции? Остается ли он без движения даже при стимуляции?

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения?</li> <li>- Ищите кожные гнойнички</li> </ul>	

**КЛАССИФИЦИРУЙТЕ**

Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ: ДА _____ НЕТ _____		
Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	<b>ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:</b> Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Есть ли желтушность ладоней и стоп?	

Если ДА, СПРОСИТЕ: - Как долго? ____ дней - Есть ли кровь в стуле?	<b>ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:</b> - Посмотрите на общее состояние младенца: Двигается ли он только при стимуляции? Остается без движения даже при стимуляции? Беспокоен или болезненно раздражим? - Ищите запавшие глаза - Проверьте реакцию кожной складки. Складка расправляется Очень медленно (больше 2 секунд)? Медленно (до 2 секунд)?	
--	---	--

Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар	
--	--

Проверьте: ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС	
--	--

<b>СПРОСИТЕ:</b> - Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет ____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? ____ - Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Да _____ Нет ____ - Если ДА, как часто? ____ - Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Определите соответствие веса к возрасту: Низкий _____ Не низкий _____ - Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____	
--	---	--

<b>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:</b>	Если младенца не кормили грудью в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. (Если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец захочет есть снова). - Способен ли младенец брать грудь? Ищите признаки правильного прикладывания: 1. Подбородок касается груди Да _ Нет _ 2. Рот младенца широко открыт Да _	
----------------------------------	---	--

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нет _ 3. Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ 4. Большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу Да ___ Нет ___ Приложен плохо Приложен хорошо - Эффективно ли сосет младенец (то есть делает ли медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Сосет неэффективно Сосет эффективн Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
<b>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА:</b> Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ Н1В 1 _____ ОПВ 1 _____		Визит для следующей прививки _____ Дата _____
<b>ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:</b>		
Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ДА _____ НЕТ _____	

**ЛЕЧЕНИЕ:**

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Лечить дома с назначением препаратов (название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев**

Имя \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Вес(кг) \_\_\_\_\_

Температура \_\_\_\_\_

СПРОСИТЕ: какие проблемы есть у ребенка \_\_\_\_\_

Первичный визит? \_\_\_ Повторный визит? \_\_\_\_\_

**ОЦЕНИТЕ (обведите имеющиеся признаки):  
КЛАССИФИЦИРУЙТЕ**

Ищите: <b>ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ</b>		
СПРОСИТЕ: - Наблюдаются ли трудности при кормлении - Есть ли у младенца судороги?	ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Сосчитайте число дыханий в минуту  _____	
	Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Измерьте аксиллярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Осмотрите движения младенца. - Двигается ли он только при стимуляции? - Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Ищите кожные гнойнички	

Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ: ДА _____ НЕТ _____		
Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ДА. _____ НЕТ _____	

Если ДА, СПРОСИТЕ: - Как долго? ____ дней - Есть ли кровь в стуле?	ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Посмотрите на общее состояние младенца: - Двигается ли он только при стимуляции? - Остается без движения даже при стимуляции? - Беспокоен или болезненно раздражим? - Ищите запавшие глаза - Проверьте реакцию кожной складки. - Складка расправляется - Очень медленно (больше 2 секунд)? - Медленно (до 2 секунд)?	
	Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар	
Проверьте: ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		
СПРОСИТЕ: - Ребенок кормится грудью? Да __ Нет __ - Если Да, сколько раз за 24 часа? ____ - Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Да _____ Нет ____	- Определите соответствие веса к возрасту: - Низкий ____ Не низкий ____	

- Если ДА, как часто? _____ - Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____	
ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили грудью в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. (Если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец захочет есть снова). - Способен ли младенец брать грудь? Ищите признаки правильного прикладывания: 5. Подбородок касается груди Да __ Нет __ 6. Рот младенца широко открыт Да __ Нет __ 7. Нижняя губа вывернута наружу Да __ Нет __ 8. Большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу Да __ Нет __ Приложен плохо Приложен хорошо - Эффективно ли сосет младенец (то есть делает ли медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Сосет неэффективно Сосет эффективн Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ ОПВ 1	Визит для следующей прививки _____ Дата _____	
ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:		

**ЛЕЧЕНИЕ:**

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением  
 \_\_\_\_\_

3. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**ПОСЛЕДУЮЩЕЕ**

**НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев**

Имя \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Вес(кг) \_\_\_\_\_

Температура \_\_\_\_\_

СПРОСИТЕ: какие проблемы есть у ребенка \_\_\_\_\_

Первичный визит? \_\_\_ Повторный визит? \_\_\_\_\_

ОЦЕНИТЕ (обведите имеющиеся признаки):  
КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Ищите: ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
СПРОСИТЕ: - Наблюдаются ли трудности при кормлении - Есть ли у младенца судороги?	ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Сосчитайте число дыханий в минуту _____	
	Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Измерьте аксиллярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Осмотрите движения младенца. Двигается ли он только при стимуляции? Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Ищите кожные гнойнички	

Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ: ДА _____ НЕТ _____		
Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ДА _____ НЕТ _____	

	ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Посмотрите на общее состояние младенца:	
--	---	--

<p>Если ДА, СПРОСИТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Как долго? ____ дней</li> <li>- Есть ли кровь в стуле?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Двигается ли он только при стимуляции?</li> <li>- Остается без движения даже при стимуляции?</li> <li>- Беспокоен или болезненно раздражим?</li> <li>- Ищите запавшие глаза</li> <li>- Проверьте реакцию кожной складки.</li> <li>- Складка расправляется</li> <li>- Очень медленно (больше 2 секунд)?</li> <li>- Медленно (до 2 секунд)?</li> </ul>	
<p>Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар</p>		
<p>Проверьте: ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p>		
<p>СПРОСИТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ребенок кормится грудью? Да __ Нет __</li> <li>- Если Да, сколько раз за 24 часа? ____</li> <li>- Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Да _____ Нет ____</li> <li>- Если ДА, как часто? ____</li> <li>- Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Определите соответствие веса к возрасту: Низкий ____ Не низкий ____</li> <li>- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____</li> </ul>	
<p>ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>Если младенца не кормили грудью в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. (Если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец захочет есть снова).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Способен ли младенец брать грудь? Ищите признаки правильного прикладывания:</li> </ul> <p>9. Подбородок касается груди Да __ Нет __</p> <p>10. Рот младенца широко открыт Да __ Нет __</p> <p>11. Нижняя губа вывернута наружу Да __ Нет __</p> <p>12. Большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу Да __ Нет __</p> <p>Приложен плохо Приложен хорошо</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Эффективно ли сосет младенец (то есть делает ли медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</li> </ul> <p>Сосет неэффективно Сосет эффективен</p> <p>Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p>	
<p>ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p>	<p>Визит для следующей</p>	

Гепатит В 1-0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ ОПВ 1	прививки _____ Дата _____
ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:	

ЛЕЧЕНИЕ:

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

4. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

#### ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ___ \ ___ \ _200__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____ Визит: первичный _ повторный __ Жалобы:	Общие признаки опасности: Да _____ Нет _____
<u>Проверьте общие признаки опасности:</u> 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание</u> ? Да ___ Нет ___ Как долго? _____ Число дыханий в минуту _____ Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно?) Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Есть ли у ребенка <u>диарея</u> ? Да ___ Нет ___ Как долго ___ Есть ли кровь в стуле _____ Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
Есть ли у ребенка <u>температура</u> ? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___	



<p>Как долго? ____ Если более 5 дней. Каждый день? ____ Болел ли корью последние 3 месяца ____</p> <p>Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз</p> <p>Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>Есть ли у ребенка боли <u>в ухе</u>? Да ____ Нет ____</p> <p>Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней</p> <p>Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>Есть ли у ребенка боли <u>в горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ____ Нет ____</p> <p>Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p><u>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</u></p> <p>Вес по графику: низкий ____ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.</p> <p>Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ____</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):</p> <p>Кормится ли грудью да ____ нет ____ Если да. то сколько раз за сутки ____ Кормите ли ночью. Да ____ Нет ____ Получает ли другую пищу или жидкость Да ____ Нет ____ Если Да, то какую пищу и жидкости</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной порции _____</p> <p>Активное кормление Да ____ Нет ____ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ____ Нет ____ Если да, то как</p> <p>_____</p>	<p>Проблемы питания</p>
<p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____</p> <p>локализация _____</p> <p>_____ Зудящая Не зудящая;</p> <p>Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____</p> <p>Где _____ Конъюнктивы глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения F _____</p> <p>Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится</p> <p>Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____</p> <p>Пульсация вен шеи. Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____</p> <p>Печень размеры: _____ Селезенка: размеры _____ см.</p> <p>Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см.</p> <p>Изменения со стороны черепно-мозговых нервов</p> <p>_____ Парезы, параличи</p>	

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)

Дизурические явления:

Другое \_\_\_\_\_

ЛЕЧЕНИЕ:

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

4. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

#### ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ____ \ ____ \ ____ 200__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____ Визит: первичный_ повторный__ Жалобы:	Общие признаки опасности: Да _____ Нет _____
<u>Проверьте общие признаки опасности:</u> 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание</u> ? Да ____ Нет ____ Как долго? _____ Число дыханий в минуту ____ Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно?) Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Есть ли у ребенка <u>диарея</u> ? Да ____ Нет ____ Как долго ____ Есть ли кровь в стуле _____ Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	

<p>Есть ли у ребенка <u>температура</u>? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___          Как долго? ____ Если более 5 дней. Каждый день? ____ Болел ли корью последние 3 месяца ___          Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз          Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>Есть ли у ребенка боли <u>в ухе</u>? Да ___ Нет ___          Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней          Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>Есть ли у ребенка боли <u>в горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___          Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p><u>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</u>          Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.          Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ____</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):          Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да. то сколько раз за сутки ____ Кормите ли ночью. Да ____ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости          _____          _____          Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной порции _____ Активное кормление Да ___ Нет ___ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ___ Нет ___ Если да, то как _____</p>	<p>Проблемы питания</p>
<p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ локализация _____ Зудящая Не зудящая; Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ Где _____ Конъюнктивиты глаз: гиперемия, гнойное отделяемое, Склеры: инъектированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения F _____ Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____ Пульсация вен шеи.          Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____ Печень размеры: _____ Селезенка: размеры _____ см. Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см. Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____ Парезы, параличи _____          _____          Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)</p>	

Дизурические явления: \_\_\_\_\_  
Другое \_\_\_\_\_

ЛЕЧЕНИЕ:

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

3. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Форма записи больного ребенка в возрасте от 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ___ \ ___ \ _200__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____ Визит: первичный__ повторный __ Жалобы:	Общие признаки опасности:
<u>Проверьте общие признаки опасности:</u> 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	Да ___ Нет ___
- Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание</u> ? Да ___ Нет ___ Как долго? _____ Число дыханий в минуту ___ Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно?) Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
- Есть ли у ребенка <u>диарея</u> ? Да ___ Нет ___ Как долго ___ Есть ли кровь в стуле _____ Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
- Есть ли у ребенка <u>температура</u> ? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___ Как долго? _____ Если более 5 дней. Каждый день? ___ Болел ли	

<p>корью последние 3 месяца ____</p> <p>Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз</p> <p>Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в ухе</u>? Да ____ Нет ____</p> <p>Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней</p> <p>Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>- Есть ли у ребенка боли <u>в горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ____ Нет ____</p> <p>Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p>- <u>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</u></p> <p>Вес по графику: низкий ____ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.</p> <p>Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ____</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):</p> <p>Кормится ли грудью да ____ нет ____ Если да. то сколько раз за сутки ____ Кормите ли ночью. Да ____ Нет ____ Получает ли другую пищу или жидкость Да ____ Нет ____ Если Да, то какую пищу и жидкости</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной порции _____ Активное кормление Да ____ Нет ____ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ____ Нет ____ Если да, то как _____</p>	<p>Проблемы питания</p>
<p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____</p> <p>локализация _____</p> <p>Зудящая Не зудящая; Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____</p> <p>Где _____ Конъюнктив глаза: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____</p> <p>Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____ Пульсация вен шеи.</p> <p>Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____</p> <p>Печень размеры: _____ Селезенка: размеры _____ см.</p> <p>Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см.</p> <p>Изменения со стороны черепно-мозговых нервов</p> <p>_____</p> <p>Парезы, параличи</p> <p>_____</p> <p>Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)</p> <p>_____</p>	

Дизурические явления:

Другое \_\_\_\_\_

ЛЕЧЕНИЕ:

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

4. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

#### ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

#### Форма записи больного ребенка в возрасте от 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ___ \ ___ \ 200__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____ Визит: первичный ___ повторный ___ Жалобы:	Общие признаки опасности: Да _____ Нет _____
Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание</u> ? Да ___ Нет ___ Как долго? _____ Число дыханий в минуту _____ Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно?) Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Есть ли у ребенка <u>диарея</u> ? Да ___ Нет _____ Как долго _____ Есть ли кровь в стуле _____ Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.)	
Есть ли у ребенка <u>температура</u> ? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___ Как долго? _____ Если более 5 дней. Каждый день? _____ Болел ли корью последние 3 месяца ___ Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы	

<p>полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p>	
<p>Есть ли у ребенка боли <u>в ухе</u>? Да ___ Нет ___  Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней  Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>Есть ли у ребенка боли <u>в горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___  Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p><u>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</u>  Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.  Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ___</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):  Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да. то сколько раз за сутки ___ Кормите ли ночью. Да ___ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости  _____  _____  Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной порции _____ Активное кормление Да ___ Нет ___ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ___ Нет ___ Если да, то как _____</p>	<p>Проблемы питания</p>
<p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ локализация  _____  _____ Зудящая Не зудящая; Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ Где _____  Конъюнктив глаза: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____ Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____  ЧСС _____ Пульсация вен шеи. Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____  Печень размеры: _____ Селезенка: размеры _____ см.  Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см. Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____  Парезы, параличи  _____  Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)  _____  Дизурические явления: _____  Другое _____</p>	

ЛЕЧЕНИЕ :  
Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_  
Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_  
Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

5. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

### ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Форма записи больного ребенка в возрасте от 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ___ \ ___ \ 200__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____ Визит: первичный_ повторный__ Жалобы:	Общие признаки опасности: Да ____ Нет ____
Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание</u> ? Да __ Нет __ Как долго? _____ Число дыханий в минуту ____ Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно?) Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Есть ли у ребенка <u>диарея</u> ? Да __ Нет ____ Как долго ____ Есть ли кровь в стуле _____ Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
Есть ли у ребенка <u>температура</u> ? ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да __ Нет __ Как долго? _____ Если более 5 дней. Каждый день? ____ Болел ли корью последние 3 месяца ____ Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы	



<p>Есть ли у ребенка боли <u>в ухе</u>? Да ___ Нет ___  Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней  Есть болезненное припухание за ухом</p>	
<p>Есть ли у ребенка боли <u>в горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___  Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p>- <u>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</u>  Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.  Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ___</p>	
<p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):  Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да. то сколько раз за сутки ___ Кормите ли ночью. Да ___ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости  _____  _____  Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной порции _____ Активное кормление Да ___ Нет ___ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ___ Нет ___ Если да, то как _____  _____</p>	<p>Проблемы питания</p>
<p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ локализация _____ Зудящая Не зудящая; Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ Где _____ Конъюнктивит: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения F _____ Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____ Пульсация вен шеи. Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____ Печень размеры: _____ Селезенка: размеры _____ см. Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см. Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____ Парезы, параличи _____  Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)  Дизурические явления: _____ Другое _____</p>	

ЛЕЧЕНИЕ:  
Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

б. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

### ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ____\ ____\_200__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____ Визит: первичный __ повторный __ Жалобы:	Общие признаки опасности: Да ____ Нет ____
Проверьте общие признаки опасности: 1. <u>Может ли ребенок пить или сосать грудь?</u> 2. <u>Есть ли рвота после любой пищи или питья?</u> 3. <u>Были ли судороги?</u> 4. <u>Летаргичен или без сознания?</u>	
- Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание?</u> Да ____ Нет ____ Как долго? _____ Число дыханий в минуту ____ Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно?) Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
- Есть ли у ребенка <u>диарея?</u> Да ____ Нет ____ Как долго ____ Есть ли кровь в стуле _____ Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
- Есть ли у ребенка <u>температура?</u> ( в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ____ Нет ____ Как долго? _____ Если более 5 дней. Каждый день? ____ Болел ли корью последние 3 месяца ____ Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта( Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы	
- Есть ли у ребенка боли <u>в ухе?</u> Да ____ Нет ____ Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней Есть болезненное припухание за ухом	
- Есть ли у ребенка боли <u>в горле?</u> Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ____ Нет ____	

<p>- Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p> <p>- Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</p> <p>- Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.</p> <p>Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп _____</p> <p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):</p> <p>Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да. то сколько раз за сутки ___ Кормите ли ночью. Да ___ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости</p> <p>_____</p> <p>Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной порции _____ Активное кормление Да ___ Нет ___ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ___ Нет ___ Если да, то как</p> <p>_____</p> <p><u>Проверьте другие проблемы:</u> Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ локализация _____ Зудящая Не зудящая;</p> <p>Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ Где _____</p> <p>Конъюнктивит: гиперемия, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения F _____</p> <p>Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____</p> <p>Пульсация вен шеи. Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____</p> <p>Печень размеры: _____ Селезенка: размеры _____ см.</p> <p>Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см.</p> <p>Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____</p> <p>Парезы, параличи</p> <p>_____</p> <p>Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)</p> <p>_____</p> <p>Дизурические явления: _____</p> <p>Другое _____</p>	<p>Проблемы питания</p>
--	-------------------------

ЛЕЧЕНИЕ:

Рекомендации по питанию:

Последующий визит \_\_\_\_\_

Объясните, когда вернуться немедленно \_\_\_\_\_

Диагноз по МКБ \_\_\_\_\_

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

7. Лечить дома с назначением препаратов  
(название, доза, кратность, длительность)

- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта  
- \_\_\_\_\_ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

А 4

Формат А4

ф о р м а т ы

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 116/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 116/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Учаскелік (патронаждық) мейірбикенің (акушердің)**

**үйлерге барып жұмыс істеуін есепке алу**

**ДӘПТЕРІ**

**ТЕТРАДЬ**

**учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской  
сестры (акушерки)**

**(за) 20\_\_ жыл (год) \_\_\_\_\_ бойынша**

Р/с № № п/п	Күні мен айы Месяц и число	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні (жылы, айы, күні) Дата рождения (год, месяц, число)	Мекенжайы Адрес	Тағайындалымдар Назначения
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

--

Үйде орындалған тағайындаулардың құрылымы  
Структура назначения, выполненных на дому

Инъекциялар Инъекции	Жүкті және босанған әйелдердің патронажы Патронаж к беременным и родильницам	Балалар патронажы Патронаж к детям	Дәрігердің қабылдауына немесе диагностикалық тексеруге шақыру Приглашение на прием к врачу или диагностическое обследование
7	8	9	10

продолжение таблицы

Жұқпа ошағындағы бақылаулар Наблюдения в очаге инфекции	Зерттеуге материал алу Забор материала для исследования	Екпелер жүргізу Проведение прививок	Басқа тағайындаулар, манипуляциялар Прочие назначения, манипуляции	Мейіrbикенің ( акушердің) қолы Подпись медицинской сестры (акушерки)
11	12	13	14	15

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 128/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 128/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Инфекциялық аурулар кабинетінің жұмысын есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета работы кабинета инфекционных заболеваний**

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ басталды (начат)

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ аяқталды (окончен)

--	--	--	--	--	--

Р/с № п /п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Адрес	Алғашқы немесе қайталап Первичный или повторный	Қаралу себебі (алғашқы диагнозы, байланысы бойынша, реконвалесцент, қосымша зертханалық-аспаптық зерттеу әдістеріне және басқа себептермен-көрсетіңіз) Причина обращения (указать первичный диагноз, по контакту, реконвалесцент, на дополнительные лабораторно-инструментальные методы обследования и другие)
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Клиникалық және зертханалық-аспаптық зерттеу әдістерінің деректері бойынша шығарылған қорытынды Заключение по данным клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования	Инфекциялық аурулар кабинеті дәрігерінің қорытындысы және тағайындаулары Заключение и назначения врача кабинета инфекционных заболеваний
7	8

Формат А6  
А6 форматы

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 130/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 130/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Ұйымның мөртабаны, шифры  
Штамп, шифр организации

### РЕЦЕПТ

БАЛАҒА АРНАЛҒАН  
ДЛЯ РЕБЕНКА

ЕРЕСЕККЕ АРНАЛҒАН  
ДЛЯ ВЗРОСЛОГО

(сызып қою керек - подчеркнуть)

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_  
(рецептің жазылған күні - дата выписки рецепта)

Сырқаттың ТАӘ, жасы (ФИО больного, возраст) \_\_\_\_\_  
Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ТЕҢГЕ ТИЫН	Rp.
ТЕҢГЕ ТИЫН	Rp.

D.S \_\_\_\_\_

Рецептің жарамдылығы (рецепт действителен): 10 күн (дней),  
1 ай (1 месяц), арнайы тағайындау бойынша: "апта сайын" немесе  
"ай сайын" (по специальному назначению: "еженедельно" или "ежемесячно")  
(сызып қою керек - нужно подчеркнуть)

ДӘРІГЕРДІҢ ҚОЛЫ МЕН ЖЕКЕ МӨРІ \_\_\_\_\_ м.о.  
ПОДПИСЬ И ЛИЧНАЯ ПЕЧАТЬ ВРАЧА \_\_\_\_\_ м.п.

Келесі беттегі 130/е н.  
Оборот ф. 130/у

### Дәрігердің жадынамасы

1. Емдеу-профилактикалық ұйымының шифры баспаханалық тәсілмен басылады немесе мөртабан қойылады.
2. Рецепт латын тілінде, анық, айқын жазылады, шарикті қаламмен толтырылады, түзетуге тыйым салынады.
3. Бір бланкіге мыналар жазылуы мүмкін:
  - а) құрамында 8 - оксихинолиннен шыққан заттар, улы заттар, гормондық стероидтер, клонидин, анаболикалық стероидтер бар бір дәрілік зат;
  - б) қалған дәрілік заттарға бір, екі дәрілік зат.
4. Ережеде қабылданған рецептуралық қысқартуларға ғана рұқсат етіледі.
5. Қатты, сусымалы заттар грамдарда (0,001; 0,02; 0,3; 1,0), сұйық заттар - миллилитрлерде, грамдар мен тамшыларда жазылады.
6. Қолдану тәсілі мемлекеттік немесе орыс тілдерінде жазылады.
7. "Ішке", "Сыртқа", "Белгілі" деген және басқа да жалпы нұсқаулармен шектеуге рұқсат етілмейді.
8. Рецептіні толтырған кезде (ересекке арналған, балаға арналған) қажеттісінің астын сызу керек.
9. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдарында жазылып берілген рецептілер республиканың бүкіл аумағында жарамды:
  - а) құрамында 8 - оксихинолиннен шыққан заттар, улы заттар, гормондық стероидтер, клонидин

, анаболикалық стероидтер бар дәрілік заттар жазылған күннен бастап - 10 күннің ішінде сатып алынса;

ә) тұрақты (ұзақ) емдеуді қажет ететін сырқаттарға дәрілік заттарды (а) тармағында көрсетілген жағдайларда берілетін дәрілік заттарды қоспағанда) жазып беру кезінде рецептілердің жарамдылық мерзімі үш айға дейін белгіленеді. Бұл ретте "Арнайы тағайындалған" деген жазудың және дәрілердің дәріханадан босату мерзімділіктерінің ("апта сайынғы" немесе "ай сайынғы") қажеттісінің астылары сызылып, рецепті жазып берген дәрігердің қолымен және оның жеке мөрімен расталуы тиіс;

б) қалған рецептілер жазып берген күннен бастап бір айға дейін жарамды.

10. Дәрігердің қолы оның жеке мөрімен расталуы тиіс.

## Памятка врачу

1. Шифр лечебно-профилактической организации печатается типографским способом или ставится штамп.

2. Рецепт выписывается на латинском языке, разборчиво, четко, шариковой ручкой, исправления запрещаются.

3. На одном бланке может быть выписано:

а) одно лекарственное средство содержащее производные 8-оксихинолина, ядовитые вещества, гормональные стероиды, клонидин, анаболические стероиды;

б) одно, два лекарственных средства на остальные лекарственные средства.

4. Разрешаются только принятые Правилами рецептурные сокращения.

5. Твердые сыпучие вещества выписываются в граммах (0,001; 0,02; 0,3; 1,0), жидкие - в миллилитрах, граммах и каплях.

6. Способ применения указывается на государственном или русском языках.

7. Не допускается ограничиваться общими указаниями: "Внутреннее", "Наружное", "Известно" и другие.

8. При заполнении подчеркнуть предназначение рецепта (для взрослого, для ребенка).

9. Рецепты, выписанные в организациях здравоохранения Республики Казахстан, действительны на территории всей республики:

а) на получение лекарственных средств, содержащих производные 8-оксихинолина, ядовитые вещества, гормональные стероиды, клонидин, анаболические стероиды - в течение 10 дней со дня их выписывания;

б) больным, нуждающимся в постоянном (длительном) лечении (за исключением случаев, указанных в пункте а) - до трех месяцев. При этом, подчеркиваются надписи "По специальному назначению" и по периодичности отпуска лекарств из аптеки ("еженедельно" или "ежемесячно"), скрепляются подписью и личной печатью врача, выписавшего рецепт;

в) остальные рецепты - в течение одного месяца со дня их выписывания.

10. Подпись врача должна быть заверена его личной печатью.

Жеке дайындалған препараттардың № (№ препаратов индивидуального приготовления)		Дәріхананың мөртабаны (штамп аптеки)	
Қабылдады (принял)	Дайындады (приготовил)	Тексерді(проверил)	Босатты (отпустил)

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	---



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 131/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 131/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ПРОФИЛИКАТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУЛАРДЫ ЕСЕПKE АЛУ КАРТАСЫ**  
**КАРТА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ**

№ \_\_\_\_\_

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_  
 2. Жынысы (Пол) \_\_\_ 3. Туған күні (күні, айы, жылы) (Дата рождения  
 (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ күні, айы, жылы (число, месяц, год)

4. Науқастың мекенжайы: аудан (Адрес больного: район) \_\_\_\_\_ қала, ауыл  
 (город, село) \_\_\_\_\_ көшесі (улица) \_\_\_\_\_ үй (дом) № \_\_\_\_\_ пәтер  
 (квартира) № \_\_\_\_\_ үй (домашний) тел. \_\_\_\_\_

5. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) \_\_\_\_\_

6. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) \_\_\_\_\_

7. Осы ұйымға бекітілген: (Прикреплен в данной организации):

- 7.1. жыл сайын диспансерлеу үшін (дәрігерлік учаскенің аты/нөмірі)  
 (для ежегодной диспансеризации (номер/название врачебного участка))

- 7.2. кәсіби зияндылық себебінен кезекті медициналық қараудан өтіп  
 тұруға (для периодического медицинского осмотра по профессиональной  
 вредности) \_\_\_\_\_

- 7.3. басқа негізде (другое основание) жылына 1 рет (1 раз в году)

8. Басқа ұйымға бекітілген (аты, ведомство) Прикреплен в другой организации (название,  
 ведомство) \_\_\_\_\_

Медициналық қараудың өткізілген жылы (Год проведения медицинского осмотра) \_\_\_\_\_

жоспар бойынша (жазыңыз) (по плану (вписать))

Медициналық қарау қай айда өтті (Месяц проведения медосмотра)

Қаралу (күні, айы) Осмотр проведен (число, месяц)

Терапевтің \_\_\_\_\_

(Терапевтом) \_\_\_\_\_

Педиатрдың \_\_\_\_\_

(Педиатром) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Емдеу-профилактикалық іс-шаралар  
Лечебно-профилактические мероприятия**

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Зерттеу жүргізілді (күні, айы)  
Исследование проведено (число, месяц)**

№ 131/ен. 2 беті  
Стр.2 ф.№ 131/у

Флюорография \_\_\_\_\_

Әйелдерді қарау бөлмесінде тексеру. \_\_\_\_\_

(Обследование в смотровом кабинете) \_\_\_\_\_

Жағындыларды цитологиялық зерттеу \_\_\_\_\_

(Цитологическое исследование мазков) \_\_\_\_\_

Жағындыны гонококка тексеру. \_\_\_\_\_

(Исследование мазков на гонококки) \_\_\_\_\_

Диспансерлеу кезінде бірінші рет анықталған сырқаттары мен қауіп факторлары \_\_\_\_\_

(Впервые выявленные при диспансеризации заболевания и факторы риска)

Дені сау

Дәрігердің _____	топ _____	қолы _____
	Группа _____	Подпись _____
	здоровья _____	врача _____

20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_

Картадағы жазулар тек қана емдеу-профилактикалық ұйымда диспансерлеуді ұйымдастыруды жоспарлағанда және бекітілген нысан бойынша есеп беру кезінде қолданылуы мүмкін

(Записи в карте могут быть использованы только непосредственно в лечебно-профилактической организации при планировании организации диспансеризации и составлении отчетов установленной формы)

А 6 форматы

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 132/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 132/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

#### ТҮБІРТЕГІ - КОРЕШОК

Түбіртегі денсаулық сақтау ұйымында қалдырылады да,  
кейін бухгалтерияға тапсырылады  
Корешок остается в организации здравоохранения, затем  
передается в бухгалтерию

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
20\_\_ жыл (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
(рецептінің жазылған күні, дата выписки рецепта)

Науқастың ТАӘ, жасы (ФИО больного, возраст) \_\_\_\_\_

Медициналық құжаттың (Медицинская документация) № \_\_\_\_\_  
Диагнозы (диагноз) \_\_\_\_\_

Мекенжайы (домашний адрес) \_\_\_\_\_  
Учаскенің (участок) № \_\_\_\_\_

Теңге: тиын: Rp: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D.S. \_\_\_\_\_

Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) \_\_\_\_\_

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 132/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 132/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Ұйымның мөртабаны, шифры  
штамп, шифр организации

**ТЕГІН НЕМЕСЕ ЖЕҢІЛДІКТІ РЕЦЕПТ РЕЦЕПТ  
БЕСПЛАТНЫЙ или ЛЬГОТНЫЙ**

(сызып қою керек - подчеркнуть)  
СЕРИЯ \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ 20\_\_ жыл (год) "\_\_\_" \_\_\_\_\_  
(рецептінің жазылған күні, дата выписки рецепта)

БАЛАҒА АРНАЛҒАН (ДЛЯ РЕБЕНКА) ЕРЕСЕККЕ АРНАЛҒАН (ДЛЯ ВЗРОСЛОГО)  
(сызып қою керек - подчеркнуть)

ТЕГІН ТӨЛЕМІ БОЙЫНША \_\_\_\_\_ %  
БЕСПЛАТНО ОПЛАТА \_\_\_\_\_ %

Науқастың ТАӘ, жасы (ФИО больного, возраст) \_\_\_\_\_  
Диагнозы (диагноз) \_\_\_\_\_  
Мекенжайы (домашний адрес) \_\_\_\_\_  
Медициналық құжаттың (Медицинская документация) № \_\_\_\_\_  
Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) \_\_\_\_\_  
Теңге: тиын: Rp: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дәрігердің қолы мен жеке мөрі \_\_\_\_\_ м.о  
Подпись и личная печать врача \_\_\_\_\_ м.п.

Жеке дайындалған препараттардың № (№ препаратов индивидуального приготовления)		Дәріхананың мөртабаны (штамп аптеки)	
Қабылдады (принял)	Дайындады (приготовил)	Тексерді (проверил)	Босатты (отпустил)

### Дәрігердің жадынамасы

1. Емдеу-профилактикалық ұйымының шифры баспаханалық тәсілмен басылады немесе мөртабан қойылады.
2. Рецепт латын тілінде, анық, айқын жазылады, шарикті қаламмен толтырылады, түзетуге тыйым салынады.
3. Бір бланкіге бір дәрілік зат жазылуы мүмкін.
4. Ережеде қабылданған рецептуралық қысқартуларға ғана рұқсат етіледі.
5. Қатты, сусымалы заттар грамдарда (0,001; 0,02; 0,3; 1,0), сұйық заттар - миллилитрлерде, грамдар мен тамшыларда жазылады.
6. Қолдану тәсілі мемлекеттік немесе орыс тілдерінде жазылады.
7. "Ішке", "Сыртқа", "Белгілі" деген және басқа да жалпы нұсқаулармен шектеуге рұқсат етілмейді.
8. Рецептіні толтырған кезде (ересекке арналған, балаға арналған) қажеттісінің астын сызу керек.
9. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдарында тегін немесе жеңілдікпен босатылатын дәрілік заттарға жазылып берілген рецептілер республиканың әкімшілік - аумақтық бірлік шегінде (аудан, қала, облыс) 10 күннің ішінде жарамды.
10. Тегін немесе жеңілдікпен босатылатын рецептіні толтырған кезде қажеттісінің астын сызып және жеңілдіктердің пайызын көрсету керек.
11. Дәрігердің қолы оның жеке мөрімен расталуы тиіс.

### Памятка врачу

1. Шифр лечебно-профилактической организации печатается типографским способом или ставится штамп;
2. Рецепт выписывается на латинском языке, разборчиво, четко, шариковой ручкой, исправления запрещаются;
3. На одном бланке может быть выписано одно лекарственное средство;
4. Разрешаются только принятые Правилами рецептурные сокращения;
5. Твердые сыпучие вещества выписываются в граммах (0,001; 0,02; 0,3; 1,0), жидкие - в миллилитрах, граммах и каплях;
6. Способ применения указывается на государственном или русском языках;
7. Не допускается ограничиваться общими указаниями: "Внутреннее", "Наружное", "Известно" и другие;
8. При заполнении подчеркнуть предназначение рецепта (для взрослого или для ребенка);
9. Рецепты, выписанные в организациях здравоохранения Республики Казахстан на бесплатный или льготный отпуск лекарственных средств действительны в пределах административно-территориальной единицы республики (район, город, область) в течение 10 дней со дня их выписывания;
10. При заполнении рецепта бесплатно нужно подчеркнуть или на льготных условиях нужно подчеркнуть и указать процент льгот.
11. Подпись врача должна быть заверена его личной печатью.

А 4 форматы  
Формат А 4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 133/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 133/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Дәрілік заттарды тегін және жеңілдікпен босатуға  
арналған рецептердің бланкілері есебін жүргізу кітабы  
Книга  
учета бланков рецептов на бесплатный и льготный  
отпуск лекарственных средств**

№	Күні дата	Рецептінің №, сериясы серия, № рецепта	Рецепт бланкісін қабылдаған медицина қызметкерінің ТАӘ, қолы. ФИО медицинского работника, получившего бланк рецепта , подпись

А 4 форматы  
Формат А 4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 134/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 134/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Дұрыс жазылып берілмеген рецептілерді тіркеу журналы**  
**Журнал учета неправильно выписанных рецептов**

№	Күні дата	Денсаулық сақтау ұйымының атауы Наименование организации здравоохранения	Дәрігердің ТАӘ ФИО врача	Рецептінің құрамы Содержание рецепта	Анықталған бұзылушылықтар Выявленные нарушения	Қолданған шаралар Принятые меры	Фармацевтикалық қызмет объекті маманының ТАӘ ФИО специалиста объекта фармацевтической деятельности

A5 форматы Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 138/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**АУРУ БАЛА КҮТУ ҮШІН ЖҰМЫСТАН УАҚЫТША БОСАТУ ТУРАЛЫ**  
**№ \_\_\_\_ АНЫҚТАМАНЫҢ ТЕКСЕРУ ТАЛОНЫ**  
**КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К СПРАВКЕ № \_\_\_\_**  
**О ВРЕМЕННОМ ОСВОБОЖДЕНИИ ОТ РАБОТЫ ПО УХОДУ**  
**ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ**

Берілген күні (Дата выдач и) 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_

Жұмыстан босатылған адамның тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество, освобожденного от работы) \_\_\_\_\_

Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_

Мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_

Баламен туыстығы (астын сызыңыз) - анасы, әкесі, әжесі және басқа отбасы мүшелері (жазыңыз) (Родственные отношения с ребенком (подчеркнуть) - мать, отец, бабушка и др. члены семьи (вписать))

Бала туралы мәліметтер (Сведения о ребенке) \_\_\_\_\_

тегі, аты, жасы (фамилия, имя, возраст)

Диагноз \_\_\_\_\_

Мектепке дейінгі ұйым, мектеп (Дошкольное учреждение, школа) \_\_\_\_\_

Жұмыстан босатылды (Освобожден (а) от работы бастап (с) 20\_\_  
жылғы (года)\_\_(до)\_\_\_\_\_дейін  
Анықтаманы берген адамның тегі (Фамилия лица, выдавшего справку)

анық (разборчиво)

Анықтаманы алған адамның қолы (Подпись получившего справку)

Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 138/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**АУРУ БАЛАНЫ КҮТУ ҮШІН ЖҰМЫСТАН УАҚЫТША БОСАТУ ТУРАЛЫ**  
**№ \_\_\_\_\_ АНЫҚТАМА**  
**СПРАВКА № \_\_\_\_\_**  
**О ВРЕМЕННОМ ОСВОБОЖДЕНИИ ОТ РАБОТЫ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ**  
**РЕБЕНКОМ**

Берілген күні (Дата выдачи) 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_.

Азаматқа берілді (Выдана гражданину(ке)) \_\_\_\_\_  
оның ауру баланы күту үшін жұмыстан босатуға мұқтаж екендігі туралы  
(в том, что он (а) нуждается в освобождении от работы по уходу за  
больным ребенком).

Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_

Бала туралы мәліметтер (Сведения о ребенке) \_\_\_\_\_  
тегі, аты, жасы (фамилия, имя, возраст)

Диагноз \_\_\_\_\_

Мектепке дейінгі ұйым, мектеп (Дошкольное учреждение, школа) \_\_\_\_\_



Жұмыстан босатылуы

Освобождение от работы

қай күннен бастап с какого числа	қай күн аралығында по какое число (включительно)	дәрігердің лауазымы мен тегі должность и фамилия врача	дәрігердің қолы подпись врача	ДКК төрағасының қолы подпись председателя ВКК
-------------------------------------	---	---	----------------------------------	--

айы, күні, жылы  
(число, месяц,  
год);

айы, күні жазбаша  
(число, месяц про-  
писью)

айы, күні, жылы  
(число, месяц,  
год)

айы, күні жазбаша  
(число, месяц про-  
писью)

айы, күні, жылы  
(число, месяц,  
год)

айы, күні жазбаша  
(число, месяц про-  
писью)

Жұмысқа кірісуі (Приступить к работе) (с) 20\_\_ жылғы (года)  
\_\_\_\_\_ бастап

Ұйымның мөрі  
Печать организации

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 278/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 278/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 278/у с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 19.03.2015 № 153 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**Амбулаториялық науқастарды тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации амбулаторных больных  
(за) \_\_\_\_\_ 20\_\_ жыл (год) бойынша**

Р / с № п / п	Ай күндері Числа месяца	Науқастың алғашқы, немесе қайталап қабылдануы (жазыңыз) Принят больной первично, повторно (вписать)	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Жынысы Пол	Туған жылы, 1 жасқа дейінгі балалар үшін-күні Год рождения, для детей до 1 года дата	Мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс орны Место работы	Диагноз	Емдеудің атауы Название лечения	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Примечание. В медицинских организациях, имеющих автоматизированные рабочие места медицинских работников, журнал ведется в электронном виде.

При ведении журнала в электронном виде в день регистрации пациента записи о регистрации пациента присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

А 5  
Формат А5

ф о р м а т ы

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 279/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 279/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ  
КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_ Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Мекенжайы (Адрес) \_\_\_\_\_  
Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_  
Кәсібі (Профессия) \_\_\_\_\_  
Есепке алу күні (Дата взятия на учет) \_\_\_\_\_  
Есептен шығарылу күні (Дата снятия с учета) \_\_\_\_\_  
Есептен шығарылу себебі (Причина снятия) \_\_\_\_\_

№ 279/е н. 2-беті  
Стр. 2 ф. № 279/у

**КЕЛУІН БАҚЫЛАУ  
КОНТРОЛЬ ПОСЕЩЕНИЙ**

	КҮНДЕР		ДАТЫ						
Келуі тағайындалды Назначено явиться Келді Явился									
Келуі тағайындалды Назначено явиться Келді Явился									

№ 279/е н. 3-беті  
Стр. 3 ф. № 279/у

**ДИСПАНСЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ДЕРЕКТЕРІ  
ДАНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА**

Күні Дата	Клиникалық тексеріп-қарау нәтижелері Результаты клинического осмотра	Талдаулар Анализы	Дәрігердің қолы Подпись врача
1	2	3	4

Приложение 4 к приказу  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 4 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого

официального опубликования); от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

A4 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 003-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**МЕДБИКЕЛІК КҮТУ АУРУХАНАСЫНЫҢ СТАЦИОНАРЛЫҚ НАУҚАСЫНЫҢ  
МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ  
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО БОЛЬНИЦЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА  
№ \_\_\_\_\_**

Түскен күні (Дата поступления) "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы(года)  
Түскен уақыты (Время поступления) \_\_\_\_\_ сағ.(час.) \_\_\_\_\_ мин.  
Шыққан күні (Дата выписки) "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы(года)  
Шыққан уақыты (Время выписки) \_\_\_\_\_ сағ.(час) \_\_\_\_\_ мин  
Өткізген төсек-күндері (Проведено койко дней): \_\_\_\_\_  
Тасымалдау түрі: зембілмен, қол арбамен, өз аяғымен (астын сызыңыз)  
(Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти  
(подчеркнуть))  
АҚТҚ-ға зерттеу (Исследование на ВИЧ) \_\_\_\_\_  
Қан тобы (Группа крови) \_\_\_\_\_ Резус-тиістілігі  
(Резус-принадлежность) \_\_\_\_\_  
Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_ палата № \_\_\_\_\_  
Науқас (Больной) \_\_\_\_\_  
тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (подчеркнуть))  
Мекен-жайы (Адрес): облыс (область) \_\_\_\_\_ аудан (район) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ елді мекен (населенный пункт) \_\_\_\_\_  
көшесі (улица) \_\_\_\_\_ үй (дом) \_\_\_\_\_  
корпус \_\_\_\_\_ пәтер (квартира) \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

Жұмыс орны, кәсібі, лауазымы (Место работы, профессия, должность)

Қамсыздандыру полисінің (страхового полиса) № \_\_\_\_\_

Қамсыздандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании)

Мекен-жайы бойынша медициналық ұйым (Медицинская организация по месту жительства) \_\_\_\_\_

Науқасты кім жолдады (Кем направлен больной) \_\_\_\_\_

Негізгі сырқаты (Основное заболевание) \_\_\_\_\_

Бәсекелес сырқаты (Конкурирующее заболевание) \_\_\_\_\_

Негізгі сырқатының асқынуы (Осложнения основного заболевания)

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) \_\_\_\_\_

№ 003-4/е н. 2 беті

стр.2 ф. № 003 -4/у

Аллергиялық серпілістері (Аллергические реакции на):

дәрілерге (лекарства) \_\_\_\_\_

тамақ өнімдеріне (пищевые продукты) \_\_\_\_\_

басқа (другое) \_\_\_\_\_

Ерекше белгілер (Особые отметки) \_\_\_\_\_

Медбикенің қолы (Подпись медсестры) \_\_\_\_\_ ТАӘ(ФИО)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_ ТАӘ (ФИО)

### 1. Жалпы жағдайы

#### Общее состояние

Дене құрылыс типі: астениялық, гиперстениялық, нормастениялық  
(Тип телосложения: астенический, гиперстенический, нормостенический)

Бойы (Рост) \_\_\_\_\_ см.

Дене салмағы: қалыпты, артық, төмендеген (Масса тела (вес):

нормальная, избыточная, пониженная) \_\_\_\_\_ кг.

Дене температурасы (Температура тела) \_\_\_\_\_  
Жалпы күйі: белсенді, селқос, мәжбүр (Общее положение: активное, пассивное, вынужденное) \_\_\_\_\_

Төсектегі күйі: белсенді, селқос, мәжбүр (Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное) \_\_\_\_\_

Мәжбүрлік қалыпқа келуі: отырғанда, жатқанда, бір жамбастап жатқанда және т.б. (Принятие вынужденного положения: сидя, лежа, на боку и т.д.) \_\_\_\_\_

Тері қабаты мен көрнекі жылбысқы қабықтары: түсі, созылғыштығы, ылғалдылығы, бөртпелер, тыртықтар (Кожные покровы и видимые слизистые: окраска, эластичность, влажность, высыпания, рубцы) \_\_\_\_\_

Әлеуметтік статусы: (Социальный статус)  
Баспана - тұрмыс шарттары (Жилищно-бытовые условия) \_\_\_\_\_  
Отбасы жағдайы (Семейное положение) \_\_\_\_\_  
Араласу ортасы (Круг общения) \_\_\_\_\_  
Материалдық қамтылуы (Материальная обеспеченность) \_\_\_\_\_  
Еңбекпен қамтылуы (Трудообеспеченность) \_\_\_\_\_  
Демалуы, демалысы, мүдделері (Досуг, отдых, интересы) \_\_\_\_\_  
Әлеуметтік демеу (Социальная поддержка) \_\_\_\_\_  
Зерделік сұраныстары (Интеллектуальные запросы) \_\_\_\_\_  
Психоэмоциялық статусы (Психоэмоциональный статус): \_\_\_\_\_  
Санасының күйі (Состояние сознания) \_\_\_\_\_

Сыртқы түрі, мінез - құлық нормалары, өзін-өзі бағалауы, байланысқа түсуі, қоршаған ортаны қабылдауының адекваттығы, зердесі (Внешний вид, нравственные нормы поведения, самооценка, контактность, адекватность восприятия окружающего, память) \_\_\_\_\_

ауруханада болуына реакциясы (реакция на пребывание в больнице) \_\_\_\_\_

Өз өмірін қамтамасыз етуді бақылауы: жеке қауіпсіздігін бақылауы, қысылтаяң жағдайлардан бой тартуы немесе оларды шешуі, дене жылуын сақтауы, кеңістік пен уақытта бағдар ұстауы (Самоконтроль жизнеобеспечения: контроль личной безопасности, избегание и разрешение критических ситуаций, поддержание температуры тела, ориентация в пространстве и времени) \_\_\_\_\_

Еңбекке қабылеттілігі: осы сырқатқа байланысты сақталған, төмендеген, уақытша жоғалтқан, мүлде жоғалтқан, басқа себептер (Трудоспособность: сохранена, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с

даным заболеванием, другие причины) \_\_\_\_\_  
Орындайтын жұмысы: мүдделілігі, өнімділігі, қарқыны (Выполняемая  
работа: интерес, продуктивность, темп) \_\_\_\_\_

Ұйқысы мен демалуы: жеткілікті, жеткіліксіз, ұйықтататын заттарды  
қабылдауы (Сон и отдых: достаточно, недостаточно, прием снотворных  
средств) \_\_\_\_\_

Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания) \_\_\_\_\_

Тұқым қуалаушылығы (Наследственность) \_\_\_\_\_

Зиянды әдеттері (Вредные привычки) \_\_\_\_\_

Ішімдіктер пайдалануы (Употребление алкоголя) \_\_\_\_\_

Өндірістік зияндылықтар (Производственные вредности) \_\_\_\_\_

Босанулар, жүктіліктер, аборттар, асқынулар саны (Число родов,  
беременностей, аборттов, осложнений) \_\_\_\_\_

Секстік қанағаттануы (Сексуальная удовлетворенность) \_\_\_\_\_

Сөйлеуінің бұзылуы (Расстройства разговорной речи) \_\_\_\_\_

Естуінің бұзылуы (Расстройства слуха) \_\_\_\_\_

Көруінің бұзылуы (Расстройства зрения) \_\_\_\_\_

Тыныс алуы: мұрын арқылы, ауыз арқылы, трахеостомы арқылы, еркін,  
ауырлаған (Дыхание: через нос, через рот, через трахеостому,  
свободное, затрудненное) \_\_\_\_\_

Тыныс алу жиілігі, тереңдігі, ырғағы; тыныс алу типі: кеудемен,  
ішімен, аралас (Частота, глубина, ритм дыхания, тип дыхания: грудной,  
брюшной, смешанный) \_\_\_\_\_

Тыныс алуының бұзылулары: еңтігу, жөтел, қан түкіру, кеуде  
клеткасындағы ауырсынулар (Нарушение дыхания: одышка, кашель,  
кровохарканье, боль в грудной клетке) \_\_\_\_\_

Жөтел: құрғақ, ылғалды, қақырықпен, қан аралас (Кашель: сухой,  
влажный, с мокротой, с примесью крови) \_\_\_\_\_

Оттегіне мұқтаждығы: орталықтандаралған, оттегі жастығымен  
(Потребность в кислороде: централизованное, в кислородной подушке)

Қан айналу жүйесі: еңтігу, булығы, жүрек қағуы, жүрек маңының  
ауырсынуы (Система кровообращения: одышка, удушье, сердцебиение, боль  
в области сердца) \_\_\_\_\_

Артериялық қан қысымы: жұмыстық, жоғарылаған, төмендеген  
(Артериальное давление: рабочее, повышенное, пониженное)

мм.с.б. (рт. ст.)

Тамыр соғуы: ырғағы, жиілігі, кернеуі, толуы (Пульс: ритм, частота,  
напряжение, наполнение)

№ 003-4/е н. 4 беті  
стр. 4 ф. № 003 -4/у

Тәбеті: мөлшерлі, жоғарылаған, төмендеген (Аппетит: умеренный,  
повышенный, пониженный)

Тілі: құрғақ, ылғалды, жағындымен - ақ, сары (Язык: сухой, влажный,  
с налетом - белым, желтым)

Тіс протездерінің болуы (Наличие зубных протезов)

Күнделікті рационы мен тамақтану режимі: диета шектеулі, кеңейтілген  
(Повседневный рацион и режим питания: ограничения, расширение диеты)

Тамақтану кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық,  
жарым-жартылай, жоқ (Зависимость от посторонней помощи при приеме  
пищи: полная, частичная, нет)

Тамақтануының бұзылу себептері: дәм сезбеуі, аузынан шірік иісі  
шығуы, кекіру, өңеш қыжылдауы, құсуы, жүрек айнуы, ауырсынуы,  
басқалар (Причины расстройства приема пищи: потеря вкуса, гнилостный  
запах изо рта, отрыжка, изжога, срыгивание, тошнота, рвота, боли,  
другое)

Бауыр мен өт шығару жолдары (Печень и желчевыводящие пути)

Диабет қосарлануы: қантты, қантсыз, жоқ (Сопутствует ли диабет:  
сахарный, несахарный, нет)

Ішек: жел толуы, іш қатуы, іш өтуі (Кишечник: метеоризм, запоры,  
поносы)

Диета сақтау туралы кеңес (Совет по поводу соблюдения диеты)



---

---

---

Несеп шығару жүйесінің жағдайы (Состояние мочевого пузыря)

---

---

Сұйықтықтар тұтыну мөлшері: шектеулі, шектеусіз, жеткілікті, жеткіліксіз (Количество потребления жидкости: ограничено, не ограничено, достаточно, недостаточно) \_\_\_\_\_

мл.

Су балансы: тұтынған көлем/шыққан көлем (Водный баланс: потребленное количество/выделенное количество) \_\_\_\_\_

мл.

Ісінулер болуы (Наличие отеков) \_\_\_\_\_

---

---

## 2. Физиологиялық жеңілденулері Физиологические отправления

Физиологиялық жеңілденулерінің барысында: дискомфорт, ауырсынуы, басқалар (Физиологические отправления сопровождаются: дискомфортом, болями, другое) \_\_\_\_\_

---

---

Қуықтың өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі (Суточная регулярность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря)

---

---

Несеп сипаты: қанықтығы, түсі, иісі, қан, ылайық болуы (Характер мочи: концентрация, цвет, запах, наличие мути, кровь)

---

---

Дизуриялық бұзылулар: ишурия, поллакиурия, странгурия (Дизурические расстройства: ишурия, поллакиурия, странгурия)

---

---

---

---

№ 003-4/е н. 5 беті

стр. 5 ф. № 003-4/у

Кіші дәреті: өздігінен, еркінен тыс, қуықты катетерлеу көмегімен (Мочеиспускание: самостоятельное, произвольное, при помощи катетеризации мочевого пузыря) \_\_\_\_\_

---

---

Зәр айдатқы заттарды қабылдауы (Применение мочегонных средств)

---

---

Цистостома болуы (Наличие цистостомы) \_\_\_\_\_  
Кіші дәрет алуы кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық,  
жарым-жартылай, жоқ (Зависимость от посторонней помощи при  
мочеиспускании: полная, частичная, нет) \_\_\_\_\_

---

---

Ішектің өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі  
(Суточная регулярность самостоятельного опорожнения кишечника)

---

---

Нәжіс сипаты: консистенциясы, түсі, қан, жылбысқы болуы  
(Характер кала: консистенция, цвет, наличие слизи, крови)

---

---

Іш қатуы, өтуі (Запоры, поносы) \_\_\_\_\_

---

---

Іш босатуы: өздігінен, еркінен тыс, тазалау клизмасы көмегімен  
(Дефекация: самостоятельная, произвольная, при помощи очистительной  
клизмы) \_\_\_\_\_

---

---

Ішті жүргізетін заттарды қабылдауы (Применение слабительных средств)

---

---

Колостома болуы (Наличие колостомы)

---

---

Іш босатуы кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық,  
жарым-жартылай, жоқ (Зависимость от посторонней помощи при дефекации:  
полная, частичная, нет) \_\_\_\_\_

---

---

Басқа бұзылулар (Другие расстройства) \_\_\_\_\_

---

---

### **3. Қозғалу белсенділігі** **Двигательная активность**

Тірек-қозғалыс аппаратының жағдайы (Состояние опорно-двигательного  
аппарата) \_\_\_\_\_

---

---

Қозғалу белсенділігі: физкультура және спортпен айналасуы, таза ауада  
болуы, тұрмыстағы қозғалыстары (Двигательная активность: занятие  
физкультурой и спортом, пребывание на свежем воздухе, движения в  
быту) \_\_\_\_\_

---

---

Бұлшық ет тонусы: қанағаттанарлық, жоғарылаған, төмендеген (Мышечный  
тонус: удовлетворительный, повышенный, пониженный)

---

---

Буындар жағдайы: конфигурациясы, деформация, ісінушілік, қызаруы,

ауырсынуу (Состояние суставов: конфигурация, деформация, припухлость, покраснение, болезненность) \_\_\_\_\_

Буындар қозғалғыштығының дәрежесі: толық, шектелген, қозғалыс болмауы (анкилоз) (Степень подвижности суставов: полная, ограниченная, отсутствие подвижности (анкилоз) \_\_\_\_\_

Тұрмыста, қозғалғанда басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ (Зависимость от посторонней помощи при движении, в быту: полная, частичная, нет) \_\_\_\_\_

№ 003-4/е н. 6 беті  
стр. 6 ф. № 003-4/у

Жеке бас гигиенасы ережелерін сақтауда басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ (Зависимость от посторонней помощи при соблюдении правил личной гигиены: полная, частичная, нет) \_\_\_\_\_

Ауыз қуысын күтуі (Уход за полостью рта) \_\_\_\_\_

Көзін, құлағын күтуі (Уход за глазами, ушами) \_\_\_\_\_

Тері қабатын, шаштарын күтуі (Уход за кожей, волосами) \_\_\_\_\_

Тұрмыста, қозғалу кезінде көмекші құралдарды пайдалануы: арба, балдақ, таяқ, ортопедиялық аяқ киім және т.б. (Использование вспомогательных приспособлений при движении, в быту: коляска, костыли, трость, ортопедическая обувь и т.д.) \_\_\_\_\_

Ойық жаралар пайда болу қаупі (Norton шкаласы бойынша) (Риск образования пролежней (по шкале Norton) \_\_\_\_\_

Ойық жаралар пайда болу себептері: қозғалысы шектелуі, қозғалысы жоқтығы (Причины образования пролежней: ограничение подвижности, отсутствие подвижности) \_\_\_\_\_

Қозғалу белсенділігі төмендеу, болмау кездерінде пайда болуы мүмкін асқынулар: ойық жаралар, педикулез, тоқырау пневмониясы және т.б. (Возможные осложнения при снижении, отсутствии двигательной активности: пролежни, педикулез, застойная пневмония и т.д.) \_\_\_\_\_

**МЕДБИКЕ ҰЙҒАРЫМЫ**  
**СЕСТРИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ЖҰМЫС ЖОСПАРЫ  
ПЛАН РАБОТЫ**

Дәрігер тағайындалымдарының орындалуы (Выполнение врачебных назначений) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дәрі тарату және оны қабылдауын бақылау (Раздача лекарств и контроль их приема) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Инъекциялар мен вена арқылы құйылымдардың орындалуы (Выполнение инъекций, внутривенных вливаний) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дене температурасын өлшеу (Измерение температуры тела)  
\_\_\_\_\_

Манипуляциялар мен процедуралар: қышалар, банкілер, қыздырғыштар, клизмалар және т.б. (Манипуляции и процедуры: горчичники, банки, грелки, компрессы, клизмы и т.д.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Клиникалық талдауларды жинау (Сбор клинических анализов)  
\_\_\_\_\_

Тамақтану, физиологиялық жеңілденулер, жуыну кездерінде ауыр науқастарға көмек көрсету (Оказание помощи тяжелобольным при приеме пищи, физиологических отправлениях, во время туалета) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

№ 003-4/е н. 7 беті  
стр. 7 ф. № 003-4/у

Емдік тамақтану ережелерін сақтау (Соблюдение лечебного питания)  
\_\_\_\_\_

Палаталарда санитарлық-гигиеналық режимдерді ұстау (Поддержание санитарно-гигиенического режима в палатах) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Медбикенің қолы (Подпись медсестры) \_\_\_\_\_ ТАӘ (ФИО)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_ ТАӘ (ФИО)

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Төтенше жағдайда (ТЖ) зардап шеккеннің (науқас)  
алғашқы медициналық картаның түбіртегі  
Корешок первичной медицинской карты пораженного  
(больного) в чрезвычайной ситуации (ЧС)**

1. Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_
2. Аты (Имя) \_\_\_\_\_
3. Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_  
(сөзден немесе құжатпен) (со слов или по документам)
4. Жынысы: 1-е; 2-ә (дөңгелектендіру) Пол: 1 м; 2-ж (округлить)
5. Жасы (айы) Возраст (лет, мес.) \_\_\_\_\_
6. ТЖ атауы мен сипаты (Наименование и характер ЧС) \_\_\_\_\_
7. ТЖ болған орын (Место ЧС) \_\_\_\_\_  
(облыс, қала, аудан, ауыл, мекен-жай) (область, город, район, село, адрес)
8. Жарақат алған күні, уақыты (Дата и время поражения) "\_\_\_" сағ (ч).  
"\_\_\_" мин. "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ ж (г).
9. Көрсетілген көмектің түрі (Вид оказанной помощи):  
1-дәрігерге деінгі (доврачебная), 2-квалификациясы (квалифицированная),  
3-мамандандырылған (специализированная) дөңгелектендіру (округлить).
10. Көрсетілген көмек (Оказанная помощь):  
1-қан тоқтату (остановка кровотечения); 2-дем беру (искусственное дыхание);  
3-кардиостимуляция; 4-операция; 5-инъекции; 6-иммобилизация;  
7-қан құю (переливание крови); 8-қан алмастырушы (кровезаменителей);  
9-наркоз, астын сыз (подчеркнуть);  
10-басқасында (тізімге жазу) другие (вписать) \_\_\_\_\_
11. Көрсетілген көмек (Оказанная помощь):  
1-қан тоқтату (остановка кровотечения); 2-дем беру (искусственное дыхание);  
3-кардиостимуляция; 4-операция; 5-инъекции; 6-иммобилизация;  
7-қан құю (переливание крови); 8-қан алмастыру (кровезаменителей); 9-наркоз,  
астын сызу (подчеркнуть);  
10-басқасында (тізімге жазу) другие (вписать) \_\_\_\_\_

12. Жеткізілді (медициналық көшіру) Доставлен (медицинская эвакуация) в \_\_\_\_\_

12.1. "\_\_\_\_" сағ (ч). "\_\_\_\_" мин. \_\_\_\_\_ 20\_\_ ж (г).

12.2. шақыру бойынша қабылданған (по вызову, принятому в)

"\_\_\_\_" сағ(ч). "\_\_\_\_" мин. \_\_\_\_\_ 20\_\_ ж (г).

13. Көшіру кезінде қолданатын көлік түрі

(Вид эвакуотранспортного средства) \_\_\_\_\_

14. Дәрігер (ТАӘ) Врач (ФИО) \_\_\_\_\_

Фельшер (ТАӘ) (ФИО) \_\_\_\_\_

15. Келесі кезектің атауы (Наименование последующего этапа) \_\_\_\_\_

16. Диагноз \_\_\_\_\_

17. Осы кезеңде көрсетілген көмек (Оказанная помощь на данном этапе)

1. Емханалық (амбулаторно); 2. Ауруханаға жатқызылды (госпитализирован)

(дөңгелектендіру) (округлить)

18. Денсаулық жайы: (дөңгелектендіру) Состояние здоровья: (округлить)

1-жеңіл зардап шеккен (легко пораженный); 2-орташа ауырлықта

(средней тяжести); 3-ауыр (тяжелые); 4-өте ауыр (крайне тяжелые)

19. Қайтыс болды: (дөңгелектендіру) Умер: (округлить)

1-көшірілгенге дейін (до начала эвакуации); 2-көшіру кезінде

(в ходе эвакуации); 3-"\_\_" сағ (ч). "\_\_"

20. Зақым шеккенді ере жүрген қызметкерлердің ескертпесі

(Замечание персонала, сопровождающего пораженного) \_\_\_\_\_

Екінші жағы, (Оборотная сторона)

ЛИНИЯ ОТРЕЗА

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Төтенше жағдайда (ТЖ) зардап шеккеннің (науқас) алғашқы  
медициналық картасы

**Первичная медицинская карта пораженного (больного) в  
чрезвычайной ситуации (ЧС)**

1. Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_
2. Аты (Имя) \_\_\_\_\_
3. Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_  
(сөзден немесе құжатпен) (со слов или по документам)
4. Жынысы: 1-е; 2-ә (дөңгелектендіру) Пол: 1-м; 2-ж (округлить)
5. Жасы (айы) Возраст ( лет, мес.) \_\_\_\_\_
6. ТЖ атауы мен сипаты Наименование и характер ЧС \_\_\_\_\_
7. ТЖ болған орын Место ЧС \_\_\_\_\_  
(облыс, қала, аудан, ауыл, мекен – жай) (область, город, район, село, адрес)
8. Диагноз \_\_\_\_\_
9. Денсаулық жайы ( Состояние здоровья), дөңгелектендіру (округлить):  
1-жеңіл зардап шеккен (легко пораженный); 2-орташа ауырлықта  
(средней тяжести); 3-ауыр (тяжелый); 4-өте ауыр (крайне тяжелый)
10. Көрсетілген көмектің түрі (Вид оказанной помощи):  
1-дәрігерге деінгі (доврачебная), 2-квалификациясы (квалифицированная),  
3-мамандандырылған (специализированная) дөңгелектендіру (округлить).
11. Жеткізілді (медиканалық көшіру) Доставлен (медицинская эвакуация) в  
\_\_\_\_\_  
11.1. "\_\_\_" сағат (часов) "\_\_\_" минут "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года)  
11.2. Шақыру бойынша қабылданған (по вызову, принятому в) "\_\_\_" (часов)  
"\_\_\_" минут "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года)
12. Көшіру кезінде қолданатын көлік түрі  
(Вид эвакуационного средства) \_\_\_\_\_
13. Дәрігер(ТАӘ) Врач (ФИО) \_\_\_\_\_  
Фельдшер (ТАӘ) (ФИО) \_\_\_\_\_
14. Шұғыл әрекет бригадасын жіберген кездегі диагноз  
(Диагноз при направлении бригады экстренного реагирования):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Қабылдау бөлімшесінің диагнозы (Диагноз приемного отделения):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Қорытынды (Заключительный): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. Емдеу мекемесінің ескертпесі  
(Замечания лечебного учреждения) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ бөлімше (отделения) \_\_\_\_\_  
Тегі анық толтырылады  
(Фамилия разборчиво)  
*Ескертпе(нұсқау):* осы нысан шұғыл әрекет бригадасының дәрігерімен қаламмен анық және қысқартусыз толтырылуы тиіс. ТЖ зардап шеккеннің алғашқы медициналық картасы кесіп алынып оған қалдырылады да содан толтырылып қабылдау бөлмесіне беріледі. ТЖ зардап шеккеннің алғашқы медициналық картаның түбіртегі дәрігермен толтырылып статистикалық мәлімет үшін бригадада қалдырылады  
*Примечание(инструкция):* данная форма должна заполняться врачом бригады экстренного реагирования ручкой, разборчивым почерком, без сокращений.



Первичная медицинская карта пораженного (больного) в ЧС отрывается и оставляется у пораженного и после заполнения передается в приемный покой.  
Корешок первичной медицинской карты пораженного (больного) в ЧС.

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 058-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 058-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ТӨТЕНШЕ ЖАҒДАЙЛАР (ТЖ) ТУРАЛЫ ШҰҒЫЛ МӘЛІМЕТ ЖЕТКІЗУ  
ЭКСТРЕННОЕ ДОНЕСЕНИЕ О ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ (ЧС)**

1. ТЖ Атауы  
(Наименование ЧС) \_\_\_\_\_
2. ТЖ болған орын  
(Место возникновения ЧС) \_\_\_\_\_
3. ТЖ болған күні  
(Дата возникновения ЧС) \_\_\_\_\_
4. ТЖ болған уақыты (жергілікті уақыт)  
(Время возникновения ЧС) (местное время) \_\_\_\_\_
5. ТЖ болған объектің атауы  
Наименование объекта, на котором возникло ЧС) \_\_\_\_\_
6. Зақым алғандардың саны: барлығы \_\_\_\_\_ адам (Количество пострадавших: всего \_\_\_\_\_ чел., соның ішінде балалар \_\_\_\_\_ адам в.т.ч. детей \_\_\_\_\_ чел.)
7. Қаза болғандардың саны: барлығы \_\_\_\_\_ адам (Количество погибших всего \_\_\_\_\_ чел., соның ішінде балалар \_\_\_\_\_ адам в.т.ч. детей \_\_\_\_\_ чел.)
8. Көшірілгендердің саны: барлығы \_\_\_\_\_ адам (Количество эвакуированных всего \_\_\_\_\_ чел., соның ішінде балалар \_\_\_\_\_ адам в.т.ч. детей \_\_\_\_\_ чел.)
9. Төтенше жағдайларды жоюға қатысқан медициналық құрылымдар: барлығы  
(Медицинские формирования, участвующие в ликвидации ЧС: всего)

- 
- 1) Жедел медициналық жәрдем бригадалары: барлығы)  
(Бригады скорой медицинской помощи: всего) \_\_\_\_\_
  - 2) соның ішінде фельдшерлік  
(в том числе фельдшерские) \_\_\_\_\_
  - 3) дәрігерлік

(врачебные) \_\_\_\_\_

4) мамандандырылған (мағынасын ашу)

(специализированные) (расшифровать) \_\_\_\_\_

5) Дәрігерге дейінгі медициналық көмек бригадалары

(Бригады доврачебной помощи) \_\_\_\_\_

6) Дәрігерлік бригадалары

Бригады врачебные \_\_\_\_\_

7) Мамандандырылған медициналық көмек бригадалары (мағынасын ашу)

(Бригады специализированной медицинской помощи) (расшифровать)

8) Санитарлық-эпидемиологиялық отрядтар (мағынасын ашу)

(Санитарно-эпидемические отряды) (расшифровать)

9) Басқа да медициналық құрамалар (мағынасын ашу)

(Прочие медицинские формирования) (расшифровать)

10. Қосымша медициналық құрамалар қажет (тізімге жазу)

(Требуются дополнительные медицинские формирования (вписать))

11. Хабрламаны жеткізу уақыты

(Время отправления донесения) \_\_\_\_\_

Лауазымы, ТАӘ хабарламаға қол қойған

(Должность, ФИО подписавшего донесение) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 058-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 058-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ТӨТЕНШЕ ЖАҒДАЙЛАР ТУРАЛЫ ЖЕДЕЛ МӘЛІМЕТ ЖЕТКІЗУ**  
**СРОЧНОЕ ДОНЕСЕНИЕ О ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ**  
(келесісі, қорытынды, последующее, заключительное)

1. ТЖ Атауы

Наименование ЧС \_\_\_\_\_

2. Құрылымдардың атауы (штаттық, штаттан тыс) (астын сыз)

Наименование формирования (штатное, внештатное) (подчеркнуть)

3. Құрылымның ведомствоға жатуы

Ведомственная принадлежность формирования \_\_\_\_\_

4. ТЖ құрылымның жұмыс орны

Место работы формирования в ЧС \_\_\_\_\_

5. Шақыруды алу (күні, уақыты) \_\_\_\_\_ Получение вызова  
(дата, время) \_\_\_\_\_

6. ТЖ ауданға кету (күні, уақыты) \_\_\_\_\_ Убытие в район ЧС  
(дата, время) \_\_\_\_\_

7. ТЖ ауданға келу \_\_\_\_\_ Прибытие в район ЧС  
\_\_\_\_\_

8. ТЖ құрылымның жұмысы (күні, уақыты): \_\_\_\_\_ бастап  
\_\_\_\_\_ шейін

Работа формирования в ЧС (дата, время): с \_\_\_\_\_ до  
\_\_\_\_\_

9. Хабарламаны жеткізу уақыты (жергілікті)

1) Күні \_\_\_\_\_ 2) Уақыты 8.00; 20.00; (астын сыз)  
\_\_\_\_\_

Время отправления донесения (местное) \_\_\_\_\_

1) Дата \_\_\_\_\_ 2) Время 8.00; 20.00;

(подчеркнуть) \_\_\_\_\_

10. Зардап шеккендердің саны (өсу қарқынымен) барлығы \_\_\_\_\_ адам  
Количество пораженных (с нарастающим итогом) всего \_\_\_\_\_ чел.

11. Қаза болғандардың саны: (өсу қарқынымен) барлығы \_\_\_\_\_ адам  
Количество погибших (с нарастающим итогом) всего \_\_\_\_\_ чел.

1) соның ішінде балалар \_\_\_\_\_ адам в т.ч. детей  
\_\_\_\_\_ чел.

12. Зардап шеккендердің саны (өсу қарқынымен)

Количество пораженных (с нарастающим итогом), которым оказана:

1) дәрігерге дейінгі көмек: барлығы \_\_\_\_\_ адам доврачебная

помощь: всего \_\_\_\_\_ чел.

2) соның ішінде балалар \_\_\_\_\_ адам. в т.ч. детям  
\_\_\_\_\_ чел.

3) квалификациялы көмек: барлығы \_\_\_\_\_ адам

квалифицированная помощь: всего \_\_\_\_\_ чел.

4) соның ішінде балалар \_\_\_\_\_ адам в т.ч. детям  
\_\_\_\_\_ чел.

5) мамандандарылған көмек: барлығы \_\_\_\_\_ адам

специализированная помощь: всего \_\_\_\_\_ чел.

6) соның ішінде балалар \_\_\_\_\_ адам в т.ч. детям  
\_\_\_\_\_ чел.

13. Көшіруге дейін медициналық көмекті көрсеткеннен кейін қайтыс

болғандар: барлығы \_\_\_\_\_ адам

Умерло после оказания медицинской помощи, до начала эвакуации:

всего \_\_\_\_\_ чел.

1) соның ішінде балалар \_\_\_\_\_ адам в т.ч. дети  
\_\_\_\_\_ чел.

14. Зардап шеккендер эвакуацияланды: барлығы \_\_\_\_\_ адам

Эвакуировано пораженных всего \_\_\_\_\_ чел.

соның ішінде балалар \_\_\_\_\_ адам в т.ч. детей  
\_\_\_\_\_ чел.

15. Көшірілуге қажет: барлығы \_\_\_\_\_ адам

Нуждаются в эвакуации: всего \_\_\_\_\_ чел.

1) соның ішінде балалар \_\_\_\_\_ адам в т.ч. дети  
\_\_\_\_\_ чел.

16. Эпидемияға қарсы және санитарлық-гигиеналық шаралар жайында  
қысқаша мәліметтер

Краткие сведения о проведении санитарно-гигиенических и  
противоэпидемических мероприятий \_\_\_\_\_

Лауазымы, ТАӘ хабарламаға қол қойған  
Должность, ФИО подписавшего донесение \_\_\_\_\_  
20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 060-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 060-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Төтенше жағдайларды (ТЖ) есепке алу**  
**Журналы**  
**Журнал**  
**учета чрезвычайных ситуаций (ЧС)**

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ басталды (начат):  
20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ аяқталды (окончен):

Рет- тік № п/п	Хабрлама түскен уақыты мен күні Дата, время поступления информации	ТЖ ЖАЙЫНДА ХАБАРЛАМА ИНФОРМАЦИЯ О ЧС			
		ТЖ атауы мен сипаты Наименование ЧС и ее характер	ТЖ болған күні мен уақыты (жергілікті) Дата и время (местное) возникновения ЧС	ТЖ болған орын Место возникновения ЧС	Объектің атауы және оның ведомствоға жатуы Наименование объекта и его ведомственная подчиненность
1	2	3	4	5	6


продолжение таблицы

ТЖ ЖАЙЫНДА ХАБАРЛАМА ИНФОРМАЦИЯ О ЧС		Хабарламаның түскен жері (қайдан) хабарлаған ТАӘ Источник поступления информации (откуда) ФИО передавшего	Тікелей кезекшімен шешім қабылданды Принято решение	Тікелей кезекшінің ТАӘ қолы Оперативный дежурный ФИО, подпись
Т.Ж жоюға қатысқан құрылымдар (саны мен бейіні) Формирования, участвующие в ликвидации ЧС (число и профиль)	Т.Ж жоюға қатысқан қосымша құрылымдар (саны мен бейіні) Дополнительные формирования, участвующие в ликвидации ЧС (число и профиль)			
7	8	9	10	11

A4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 060-2/у нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 060-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**АИТВ-инфекциясын жұқтырғандардың (ИБ (+) тіркеу журналы  
Журнал регистрации ИБ(+)) ВИЧ-инфицированных**

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

№	ТАӘ ФИО	Мекен-жайы Адрес	Туған жылы Дата рождения	Азамат-тығы Гражд-данство	Жы-нысы Пол	Жұмыс орны Место работы
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Анықталған орны Место выявления	ИБ № № ИБ	ИБ күні Дата ИБ	Коды Код	Шұғыл хабарламаны телефон арқылы жеткізген күні және сағат Дата и час сообщения экстренного извещения по телефону	Алғашқы шұғыл хабарламаны жіберген күні Дата первичной отсылки экстренного извещения
8	9	10	11	12	13

продолжение таблицы

Шұғыл хабарламаны жіберген адамның ТАӘ ФИО, передавшего экстренное извещение	Шұғыл хабарламаны қабылдаған адамның ТАӘ ФИО, принявшего экстренное извещение	Жұқпа көзі (ТАӘ, күні, ИБ №) Источник инфекции (№ ИБ, дата, ФИО)	Жұғу жолы Путь передачи	Ескерту (қайтыс болды, «Д» есептен шыққан) Примечание (умер, выбыл с «Д» учета)
14	15	16	17	18

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 067-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 067-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 107/е нысанды медициналық құжаттама
Мекеменің аты. Наименование учреждения	Медицинская документация Форма № 107/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

№ \_\_\_\_\_ ОҢАЛТУ КАРТАСЫ  
РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ КАРТА № \_\_\_\_\_

Түскен күні, жылы және уақыты - Дата, год и время поступления

Шыққан күні мен уақыты - Дата и время выписки

Бөлімшесі - Отделение \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ ауыстырылған -  
переведен \_\_\_\_\_

Өткізген төсек-күндері - Проведено койко-дней \_\_\_\_\_

Тасымалдау түрі - сүйретпеді, креслода, жүре алады (астын сыз) - Виды  
транспортировки - на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)

Дәрі аты, дәрілердің жанама әсері (төзімсіздігі) - Название  
препарата, побочное действие лекарств (непереносимость)

1. Тегі, аты, әкесінің аты-

Фамилия, имя, отчество

2. Жынысы - Пол \_\_\_\_\_

3. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

4. Тұрғылықты тұратын жері: қаласы, ауылы (астын сыз) - Постоянное  
место жительства: город, село (подчеркнуть)

5. Қызмет ететін орны, мамандығы, лауазымы - место работы, профессия,  
должность \_\_\_\_\_

6. Науқасты кім жіберді - кем направлен больной \_\_\_\_\_

7. Жіберілген мекеменің диагнозы - диагноз направившего учреждения

8. Түскен кездегі диагнозы - диагноз при поступлении \_\_\_\_\_

9. Оңалту диагнозы - Реабилитационный диагноз Белгіленген күні - дата  
установления \_\_\_\_\_















**Монша қабылдау күндері  
Баньные дни**

Күні Дата	Шомылғы Ванна	Қышыма, биттеу Педикулез, чесотка	Дәрігер, медбикенің қолы Подписи врача, медсестры

Қанның жалпы талдаулары  
Общ. анализ крови

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Биохимические, иммуноферментные анализы крови

\_\_\_\_\_

Зәрдің жалпы талдаулары  
Общ. анализ мочи

Нәжіс талдаулары  
Анализы кала

**Бала дәрігерінің қабылдау бөлімшесінде тексеруі  
Осмотр врача в приемном покое**

Тексерген күні – дата \_\_\_\_\_, Уақыты - время \_\_\_\_\_ Дене  
қызуы (t тела) \_\_\_\_\_ бойы-рост \_\_\_\_\_ см, салмағы – вес \_\_\_\_\_ кг  
Шағымдары-жалобы \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Анамнезі –  
анамез: нәрестеге-ребенок от \_\_\_\_\_, жүктіліктен-беременности \_\_\_\_\_  
босанудан-родов \_\_\_\_\_

Жасына сай 1 жасқа дейін жетілді-до года развивался по возрасту, с  
отставанием \_\_\_\_\_

Сырқаттанған аурулары-перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Аллергиялық реакциялары-аллергические реакции: \_\_\_\_\_

Тұқым қуалаушылық ауыртпалығы бар, жоқ-наследственность отягощена, не отягощена \_\_\_\_\_

Ата-анасының зиянды әрекеттері: шылым шегу, ішімділікке салыну және т.б.- вредные привычки родителей: курение, злоупотребление алкоголем и.т.д. \_\_\_\_\_

Кесте бойынша жасына сай егіледі, медициналық қарсы көрсеткіштерге байланысты егілмеген- Привит (а) по возрасту, по индивидуальному графику, не привит(а) по мед.отводам \_\_\_\_\_

Туберкулез және венерологиялық аурулары-Туберкулез и венерические заболевания \_\_\_\_\_

Диспансерлік тіркеуде тұра ма, қай аурумен, қай кезден бастап?-Состоит на "Д" учете, по какой болезни, с какого времени?

### Status praesens

Жалпы жағдайы-Общее состояние \_\_\_\_\_ Дене бітімі-Телосложение \_\_\_\_\_, Тері жабыны-Кожные покровы \_\_\_\_\_ Тері асты май қабатының дамуы-Подкожно-жировой слой развит \_\_\_\_\_

Физикалық дамуы-Физическое развитие \_\_\_\_\_

Лимфа түйіндері-Лимфоузлы \_\_\_\_\_

Көрінетін шарышты қабаттары-Видимые слизистые \_\_\_\_\_

Аңқасы-Зев \_\_\_\_\_, Мұрыны арқылы дем алу-Дыхание через нос \_\_\_\_\_

Өкпе тынысы: везикулярлық, қатаң, сырылы түрлі калибрлі-В легких дыхание везикулярное, жесткое, хрипы разнокалиборные \_\_\_\_\_

Перкуторлық дыбысы-Перкуторный звук \_\_\_\_\_

Жүректің соғуы: ырғақты, бәсең, жиілеген-Сердце: тоны ритмичные, ясные, приглушенные, учащены) \_\_\_\_\_

Жүрек шегарасы қалыпты, солға қарай ұлғайған- границы сердца в норме, расширены влево \_\_\_\_\_

Тілі таза-язык чистый \_\_\_\_\_, Іші жұмсақ, ауырмайды-живот мягкий, безболезненный \_\_\_\_\_

Бауыры, көк бауыры ұлғайған: ия, жоқ-печень, селезенка увеличены: да, нет \_\_\_\_\_

"Соғу" белгісі екі жақтан да тегіс-симптом поколачивания отрицательный, с обеих сторон \_\_\_\_\_

Күнделікті үстел, іші қатуға бейім, іші қатады-стул ежедневный, склонность к запорам, запоры \_\_\_\_\_

Зәр шығаруында ерекшелік жоқ, еркін-мочеиспускание без особенностей, свободное \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_



Тағайындалған емі:-назначено: \_\_\_\_\_

Қолы-подпись \_\_\_\_\_

Бөлімі менгерушісі Заведующий отделением \_\_\_\_\_.

**КЛИНИКАЛЫҚ ДИАГНОЗДЫ НЕГІЗДЕУ**  
**Обоснование клинического диагноза**

Негіздеу күні-Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ жылғы (года ) Уақыты -  
время \_\_\_\_\_ Жасы-Возраст \_\_\_\_\_, Бас шеңбері-окружность головы  
\_\_\_\_\_ Дене қызуы- температура тела \_\_\_\_\_ АД \_\_\_\_\_

мм.рт.ст.

Түскен кездегі шағымдары- жалобы при поступлении \_\_\_\_\_

**ANAMNESIS VITAE ET MORBI**

Нәресте - ребенок от \_\_\_\_\_ жүктілікен(беременности), \_\_\_\_\_  
босанудан-родов

Жүктілік ағымы: патологиясыз, үзілу қауіпі 1- жартысында,  
2-жартысында, қан қысымының көтерілуі, тұмау,грипп, мамандығына  
байланысты қауіпті жағдайлар, қаны аздық, гестоз, шешесінің жағымсыз  
әдеттері т.б.-

Течение беременности: без патологии, угроза прерывания 1-ой половины,  
2-ой половины, ОРВИ, грипп в 1 половине, во 2-ой половине,  
профессииоанльные вредности, анемия, гестоз, вредные привычки матери  
и.т.д \_\_\_\_\_

Босануы: мерзімінде, мерзімінен кейін, бұрын \_\_\_\_ апта, жедел түрде,  
босануының әлсіз өтуі-Роды: срочные, преждевременные, переношенные  
при сроке \_\_\_\_\_ недель, стремительные, быстрые, слабость родовой  
деятельности \_\_\_\_\_

Туғандағы салмағы-вес при рождении \_\_\_\_\_, Бас шеңбері-окр.гол. \_\_\_\_\_

Туа салып дауысы шықты, шықпады, кіндігіне оралып туды, т.б. -

закричал сразу, не сразу, тугое обвитие пуповины и

т.д. \_\_\_\_\_

Емізуге \_\_\_\_\_ тәулігінде берілді, емі белсенді, әлсіз, ембеді -  
к груди приложен на \_\_\_\_\_ сутки, сосал активно, слабо, не брал грудь  
\_\_\_\_\_ Перзентханадан \_\_\_\_\_ тәулігінде шығарылды, 2-кезеңдегі  
баптау бөлімшесіне өткізілді-выписан из роддома на \_\_\_\_\_ сутки,  
переведен на 2-ой этап выхаживания DS

Нәрестелік кезеңнің ағымы - ерекшеліксіз, тынымсыз, мазасыз ұйықтады,  
құсты- течение периода новорожденности без особенностей, беспокойно  
спал, срыгивал \_\_\_\_\_

Даму формуласы-формула развития \_\_\_\_\_

"Д" есебінде-на Д учете \_\_\_\_\_ жастан бастап диагнозда тұрды -  
с возраста, с диагнозом \_\_\_\_\_

Өткізілген емі-проводимое лечение \_\_\_\_\_

Тырысулар-судороги \_\_\_\_\_ жастан-с возраста \_\_\_\_\_

Сипаты-характер \_\_\_\_\_

Дене қызуының көтерілуіне байланысты, себепсіз-фебрильные, без  
причины \_\_\_\_\_

Созылуы, жиілеуі-продолжительность, частота \_\_\_\_\_

Соңғы тырысуы-последний приступ \_\_\_\_\_

Тырысуға қарсы дәрілер-антиконвульсанты \_\_\_\_\_

Кәсіби егілуі-профпрививки \_\_\_\_\_

Аллергиялық реакциясы-аллергические реакции \_\_\_\_\_

Тұқым қуалайтын аурулары-наследственность \_\_\_\_\_

Сырқаттанған аурулары-перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Ата-анасының аурулары, зиянды әдеттері-заболевания родителей, вредные  
привычки \_\_\_\_\_

Зерттеу дерегі-

Данные обследований \_\_\_\_\_

## STATUS NEUROSUS

Сана-сезімі айқын, айқын емес-сознание ясное, сопорозное. Реакциясы:  
адекватты, адекватты емес-Реакция: адекватная, неадекватная.

Қарым-қатынасқа түсуі: қуана-қуана, тежелген, сұрақтарға жауап беруі –  
дұрыс, дұрыс емес-В контакт вступает: охотно, неохотно, заторможен,  
на вопросы отвечает: правильно, непра-вильно.Бас қалыбы (гидрофалды,  
микроцефалды, долихоцефалды, дөңгелек пішінді). Маңдайында көк  
тамырлы торшасы бар, айқын, айқын емес. Голова округлой,  
гидроцефальной, микроцефальной, долихоцефали-ческой,  
брахицефалической формой, с выраженной, невыраженной, умеренно  
выраженной везной сетью

Менингеалдық белгілері -менингеальные симптомы

\_\_\_\_\_. Бас ми нервтері-иіс сезу қабілеті сақтал  
ан, сақталмаған,көздің көру қырағылығы қалыпты, төмендеген- Ч.М.Н:  
обоняние сохранено, нарушено, острота зрения N, снижена

\_\_\_\_\_. Көз саңылауы: - глазные  
щели \_\_\_\_\_ Д=S, \_\_\_\_\_.

Көз алмаларының қимылы:-движения глазных яблок \_\_\_\_\_ птоз, энофтальм, экзофтальм

\_\_\_\_\_. Страбизм \_\_\_\_\_, көз қарашықтары -

зрачки Д=S \_\_\_\_\_).Көз қарашығының фото

реакциясы-фотореакция зрачков \_\_\_\_\_ нистагм

\_\_\_\_\_. Бет әлпеті-симметриялы,

асимметриялы-лицо симметричное, асимметричное

\_\_\_\_\_ Мұрын, ерін  
қатпарлары-носогубные складки D=S, D S, S D

\_\_\_\_\_ Естіуі төмендемеген, құлақ  
мүкістігі бар-слух не снижен, тугоухость. Тілі ортаңғы сызық бойынша  
- язык по средней линии \_\_\_\_\_

Жұмсақ таңдайы-мягкое небо \_\_\_\_\_ Гиперсаливация  
\_\_\_\_\_. Сұйық тағаммен шашалады, мыңқылдайды,  
жұтынуы бұзылған, шайнайды, шайнамайды-поперхивание жидкой пищей,  
гнузавость, нарушение глотания, жевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Гиперкинез \_\_\_\_\_ атетоз \_\_\_\_\_

Бұлшық ет серпімділігі диффузді төмендеген, айтарлықтай жоғарылаған,  
құбылмалы, қолда, аяқта-тонус мышц не изменен, снижен, снижен  
диффузно, умеренно повышен, дистоничен, высокий: в руках

\_\_\_\_\_ в ногах \_\_\_\_\_ Бұлшық еттің жалған

гапертрофиясы-псевдогипертрофия мышц \_\_\_\_\_

Қол еттің жалған гапертрофиясы-гипотрофия мышц верхних конечностей

\_\_\_\_\_ Аяқ бұлшық етінің

гипотрофиясы-гипотрофия мышц нижних конечностей \_\_\_\_\_

Қолдарындағы қимыл қозғалысының көлемі шектелген, шектелмеген - объем  
активных движений в верхних конечностях ограничен, не ограничен.

Аяқтарындағы қимыл қозғалысының көлемі шектелген, шектелмеген. Объем  
активных движений в нижних конечностях ограничен, не ограничен

\_\_\_\_\_ Бұлшық ет күші сақталған, төмендеген. Сила мышц достаточная, снижена

\_\_\_\_\_ Сіресімдер, әрең қозғалады-контрактуры, тугоподвижность

\_\_\_\_\_ Өзі отырады, отырмайды, жүреді, жүрмейді, еңбектейді, еңбектемейді,  
сүйеумен тұрады-Сидит самостоя-тельно, не сидит, ходит  
самостоятельно, не ходит, ползает, не ползает, стоит у опоры

\_\_\_\_\_ Жүрісі қалыпты, спасико-паретикалық,  
гемипаретикалық (Вернике-Манна), миатоникалық кең аумақты тіректе,  
хореикалық, степпаж, "үйрек тәрізді". Походка обычная,  
спастико-паретическая, гемипаретическая (Вернике-Манна),  
миатоническая с широкой базой опоры, шаткая (мозжечковая),  
хореическая, степпаж, "утиная"

\_\_\_\_\_ Ромберг қалыпында тұрақты, тұрақсыз үйлестіруі бұзылған жоқ,  
бұзылған. В позе Ромберга устойчив(а), не устойчив(а), координация не  
нарушена, нарушена \_\_\_\_\_

Саусақ-мұрын сынамасын орындайды, орындай алмайды. Пальце - носовую  
пробу выполняет уверенно, мимопопадание \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Шеткері цервикалық жетісушілік белгілері: мойын-шүйде бұлшық етінің дефансы, иықтың ассиметриясы  
, жаурын ассиметриясы "қанағат тәрізді  
жауырын", түсіңкі иық. Тұлға бұзылысы: кеуде, бел омыртқаларының  
сколизы, лордоз, кифоз. Признаки п.ц.н: дефанс шейно-затылочных мышц,

асимметрия стояния плеч, лопаток, “крыловидные”лопатки, “вялые”плечи, нарушение осанки, сколиоз грудного, поясничного отдела позвоночника, лордоз, кифоз \_\_\_\_\_

Құрсақтың алдыңғы қабырғасының әлсіздігі. Буындардың рекурвациясы, жамбас бұлшық етінің гипотро-фиясы, Табанның жалпақ сыртқа қайырыла орналасуы, жалпақ табан, табанның эквиноваьгусты орналасуы. Слабость передней стенки живота, рекурвация суставов, гипотрофия мышц ягодиц, плосквальгусная установка стоп, плоскостопие, эквиноварусная установка стопы \_\_\_\_\_

Қолдың сіңір рефлекстерінің өршуі, тірілуі, жандануы, әлсіреуі (высокие, с расширением рефлексогенных зон, живые, оживлены, снижены, торпидные, отсутствуют) D S, S D.

Аяқтың сіңір рефлекстерінің өршуі, тірілуі, жандануы, әлсіреуі (высокие, с расширением рефлексогенных зон, живые, оживлены, снижены, торпидные, отсутствуют, клонус стоп) D S, S D

Патологиялық рефлекстер. Патологические рефлексы \_\_\_\_\_

Вегетативті, бұзылыстар: жалпы тершеңдік, алақан мен табанның тершеңдігі. Вегетативные расстройства: гипергидроз общий, ладоней, подошв \_\_\_\_\_

Дене мүшелерінің ерекше тартылуы. Тики \_\_\_\_\_

Интеллекті сақталған, тежелген. Сөйлеу қабілеті жасы бойынша тежелген, кекештенеді, дислалия, дизартрия сөзі түсініксіз логоневроз. Интеллект сохранный, с задержкой, речевое развитие по возрасту, с задержкой, дислалия, дизартрия, речь смазанная, логоневроз \_\_\_\_\_

Түскен кездегі диагнозы – Диагноз при поступлении:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Клиникалық диагнозды негіздеу – Обоснование клинического диагноза: Шағымдары мен анамнез мәліметтерінің негізінде- на основании жалоб и данных анамнеза: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ клиникалық объективті көрінісін ескере отырып – принимая во внимание клинические объективные данные:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ және параклиникалық қосымша тексерулердің қортындысына неге негздеде отырып – основываясь на данные дополнительных параклинических методов исследования: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

\_\_\_\_\_ клиникалық диагноз қойылды – выставлен  
клинический диагноз: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Ілеспе диагноз. Сопутствующий диагноз. \_\_\_\_\_

---

---

---

Емдеу оңалту шараларының жоспары: План лечебно-реабилитационных мероприятий:

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| 1. Жалпы режим-общий режим                     | 10. БОС                          |
| 2. Диета                                       | 11. Постурография                |
| 3. Дәрі-дәрмекпен емдеу- лекарственная терапия | 12. ортезирование                |
| 4. Физиеем-физиотерапия                        | 13. Агро-ландшафто-эстетотерапия |
| 5. Су процедурасы-водные процедуры             | 14. иппотерапия                  |
| 6. Логопед коррекциясы                         |                                  |
| 7. Психолог-педогог коррекциясы                |                                  |
| 8. Арт-терапия                                 |                                  |
| 9. ИРТ   |                                  |

Жеке мамандардың кеңесу жоспарын, клиника-параклиникалы зертханалық тексерулерді негіздеу: Обоснование Плана консультаций узких специалистов и клинико-параклинико-лабораторных обследований по показаниям:

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| 1.Көз дәрігері-окулист    | 6.Нейрохирург                                |
| 2.Психотерапевт           | 7.Ортопед                                    |
| 3.Тіс дәрігері-стоматолог | 8.ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, бас миының КТ-сы, УЗДГ, МРТ |
| 4.Психиатр                | 9.Биохимиялық және жалпы талдаулар           |
| 5.Отоларинолог            | 10.Нейросонография                           |
| 11. УДТ – УЗИ             | 12. ИФА на внутриутробные инфекции           |
| 13. ИФА на гормоны        |  |

Дәрі-дәрмектерді және басқа қосымша тексерістерді тағайындауды негіздеу – обоснование назначений медикаментов и других дополнительных методов исследования:

---

---

---



Оқу орны (обучается ли) \_\_\_\_\_

Сыртқы келбеті: жағымды, жағымсыз. Внешний вид: благоприятный, неблагоприятный

Қозғалыс мүмкіндіктері: басын дұрыс ұстай алады, отырады, өз еркімен жылжиды, көмек арқылы жүреді, ортопедтік аяқ киімнің көмегімен жүреді. Өзінің икемділігі: сурет салуға, жазуға. Жетекші қолы

\_\_\_\_\_ толық көлемде емес, қозғалысы қиындаған. (Двигательные возможности: умеет держать голову, сидеть, передвигаться самостоятельно, с поддержкой, на костылях, в ортопедической обуви, способность к самообслуживанию, рисованию, письму, ведущая рука \_\_\_\_\_ не в полном объеме, движения затруднены.) Есту қабілеті сақталған, төмендеген. (Слух сохранен, снижен). Көру қабілеті сақталған, төмен, жоқ. Зрение сохранено, снижено, отсутствует.

Психикалық статусы. Эмоционалды-ерік аумағы. (Психический статус. Эмоционально-волевая сфера):

- Контактілігі (контактіге тез және жылдам түседі; контактіге тез түседі; қиындықпен түседі, бірақ келесі контактілері тұрақты, толық жетілген; контактіге түсуден бас тартады, негативизм) (Контактность (легко и быстро устанавливает контакт; контакт устанавливается легко, но носит формальный характер (внешний, неполноценный); в контакт вступает не сразу, с трудом, но в последующем контакт стабильный, полноценный; в контакт вступать отказывается, проявляет негативизм;)

- Зерттеу барысындағы эмоционалды реакциясы (қызығушылық; қобалжу, сақтану; қозу; ешқандай әсер алмаушылық; адекватты емес көңілділік, ересектермен дұрыс қатынасқа түспеу; жылау). Эмоциональная реакция на ситуацию обследования (заинтересованность; волнение, настороженность; возбуждение; безразличие; неадекватная веселость, фамильярность со взрослыми; плач)

- Табы және сәтсіздіктегі реакциясы (адекватты; бірінші қиыншылықта қызығушылықты жоғалту; тапсырманы орындаудан эмоционалды түрде бас тарту, эмоционалды реакциялардың адекватсыздығы)

Реакция на успех и неудачи (адекватная; потеря интереса при первом затруднении; эмоциональный уход от выполнения задания, неадекватность эмоциональных реакций)

- Бағалаудағы реакциясы (жағымды; бағалауға деген жай қатынас; әрекеттің адекватсыздығы, бұрыс қатынас). Реакция на оценку (реагирует положительно; равнодушное отношение к оценке; неадекватность поведения, дурашливость)

- Сынауы (қалыптаспаған; төмендеген, өзінің табысы мен сәтсіздіктерін түсінеді;). Критичность (некритичен, критичность снижена, понимает свои успехи и неудачи;)

Нұсқауды түсінуі (түсінеді және оны соңына дейін сақтайды; тапсырма барысында жоғалтады; зейін тұрақтылығының төмендігіне байланысты; вербалды емес инструкцияны түсінеді). Понимание инструкции (понимает и сохраняет ее до конца; теряет интерес в процессе задания; затруднено из-за низкой концентрации внимания, более эффективна невербальная инструкция)

Жұмысқа қабілеті (жеткілікті, орташа, төмен). Работоспособность (достаточная, средняя, сниженная). Әлсіреуі (истощаемость)

\_\_\_\_\_ Жұмыстағы қарқыны (жылдам, орташа, ақырын). Темп в работе (быстрый, средний, медленный)

Өзін-өзі қадағалауы (қатысып отырады, жартылай қатысады, қатыспайды). Самоконтроль (присутствует, частичный, отсутствует)

Жаңа әдістерді қабылдау қабілеті (қабілетті, қабілетсіз, үлкендердің көмегімен). Способность усваивать новые способы действия (способен, не способен, с помощью взрослого)

Мақсатқа бағыттылығы бар, жоқ. Целенаправленность есть, нет.

Танымдық белсенділігі (жоғары, үстіртін, төмен). Познавательная активность (выражена, поверхностная, низкая)

Зейіні (тұрақты, тұрақсыз, жылдам). Внимание (устойчивое, неустойчивое, быстрота)

Сенсорлық қабылдауы (формалар: дөңгелек, квадрат, үшбұрыш, тікбұрыш, доғалды біледі, білмейді; негізгі түстерді айырады, айырмайды; көлемдерді –кіші-үлкен, жіңішке-жуан, ұзын-қысқа ажыратады, ажыратпайды).

Сенсорное восприятие ( формы: круг, квадрат, треугольник, прямоугольник, овал знает, не знает; основные цвета и оттенки сличает, не сличает; величины – большой-маленький, толстый-тонкий, длинный – короткий различает, не различает).

Ес (жылдам, есте сақтаудың ақырын жүруі, нақты, нақты емес көрініс беру). Память ( быстрота, замедленность запоминания, точность, неточность воспроизведения)

Ойлауы (нақты, көрнекті құралдар көмегімен, көркем суреттер бейнесі арқылы, шашыраңқы ойлау)

Мышление (конкретное, наглядно-действенное, наглядно-образное, отвлеченное). Қорытындылауы (жай түсініктер, күрделі түсініктер, негізгі белгілері бойынша, қосымша белгілері бойынша). Алдағы болған оқиғаны есіне түсіру арқылы жеткізеді, жеткізе алмайды. Артығын ажыратады, ажыратпайды). Обобщает (простые понятия, сложные понятия, по основным признакам, по второстепенным признакам)

Последовательность событий устанавливает, не устанавливает. Лишнее выделяет, не выделяет).

Сөйлеуі (дыбыс, күрделі дыбыс, жай сөйлем, күрделі сөйлем). Речь (звуки, звукосочетания, слова, простые предложения, сложные предложения). Сөйлеу қызметі (жоспарланған, жалғасқан, бірізді, әрекеттің сөзбен жалғасуы жоқ). Функция речи (планирующая, сопровождающая, констатирующая, речевое сопровождение действий отсутствует)

Санауы: тура санау, кері санау, санауды түсінбейді, санауға қатыспайды. (Счет: прямой, обратный, неосознанный, отсутствует)

Интеллект: \_\_\_\_\_

Жұмыс жоспары: (План работы)

1. Ойын қабілетін дамыту. (Развитие игровых навыков)
2. Таным процестерін дамыту. (Развитие познавательных процессов)
3. Жұмыстағы белсенділігін және өзіндік жұмыс істей алуын қалыптастыру (Формирование активности и самостоятельности в работе)
4. Өзін-өзі қадағалауы мен жұмыс қабілетін дамыту (Развитие самоконтроля и работоспособности)
5. Өзіне деген "Мен" өзіндік саналық қатынасын қалыптастыру. (Формирование самооосознанных отношений к собственному Я)
6. Эмоционалдық-ерік аумағын дамыту. (Развитие эмоционально-волевой сферы)
7. Өмірлік маңызы бар шешімдерді таңдауға көмек беру (Помощь в выборе решений, имеющих жизненное значение)



8. Қиын жағдайдағы келіспеушілікті шешу (Разрешение конфликтных ситуаций)

9. коммуникативтік дағдыларды дамыту. (Развитие коммуникативных навыков)

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_ Күні (дата) \_\_\_\_\_

Динамика

---

---

---

---

---

---

Ұсыныстар:

---

---

---

---

---

---

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_ Күні (дата) \_\_\_\_\_

**ЛОГОПЕДТІҢ БАСТАПҚЫ ТЕКСЕРУІ**  
**Первичный осмотр логопеда**

Есту қабілеті, есту жағдайы: керең, санырау, қалыпты; есту қабілеті серпілістерінің нақтылы көрінісі дыбыстан шошу, дауысқа, дыбысқа, әуенге құлақ түру (Слуховое восприятие, состояние слуха: глухой, тугоухий, норма; проявления реакций слухового восприятия: вздрагивания при звуке, слуховое сосредоточение на голос, на звук, на мелодию) \_\_\_\_\_

Көру қабілеті: адам бетіне ойыншыққа назар аударады, аудармайды. (Зрительное восприятие: зрительное сосредоточение на лицо, на игрушки есть, нет). Адам бетінін, ойыншықтың қимылы, заттың солға, оңға, төмен, жоғары бағытталуын аңдауы бар, жоқ (Прослеживание лица, игрушки; направление объекта влево, вправо, вверх, вниз есть, нет). Түстерді ажырата біледі, білмейді (Цвета различает, не различает). Баланың ұлкендермен қарым-қатынасы: айқай деңгейінде, көру қатынасында, мимикалық қатынасында, қимыш қозғалысында (Общение ребенка со взрослым: на уровне крика, зрительное общение, на уровне мимической реакции, на уровне жеста). Өтініштері сөзбен түсіндіреді, түсіндірмейді (просьбы словами выражает, не выражает). Тартып алынған ойыншыққа серпілісі: көңіл аудармайды, қарсылық білдіреді. (реакция на отобранную игрушку: безразличная, отрицательная). Простые, сложные инструкции – ( выполняет, не выполняет). Жалпы моториканың дамуы: басын ұстай алады, басын бұрады, басын еңкейтеді (Развитие общей моторики: удерживает голову, поворачивает голову, наклоняет голову).

Отыру бейімділігі (навыки сидения \_\_\_\_\_ Жүреді, жүрмейді (ходит, не ходит).

Бет бұлшық етінің және артикуляциялық аппараттың жағдайы: гипертонусы, дистониясы қалыпты. (Состояние лицевой мускулатуры и артикуляционного аппарата: гипертонус, дистония, норма). Шайнау бұлшық еттері (жевательная мускулатура) \_\_\_\_\_.

Иектің қисаюы: оңға, солға, жоқ ( Скошенность подбородка: справа, слева, нет). Еріндері (губы) \_\_\_\_\_ (тонусы) Еріндер

қозғалысы: жымиюы, шөлпідету, ерінің жабылуның тығыздығы (Подвижность губ: улыбка, чмокание, плотность смыкания губ)

\_\_\_\_\_ соруы (сосание), оральды синкинезия.

(оральная синкинезия) \_\_\_\_\_ иектің дірілдеуі-(тремор подбородка) \_\_\_\_\_,

саливация. Қатты таңдай: готикалық, кең, қалыпты (твердое небо: готическое, широкое, норма). Жұмсақ таңдай (мягкое небо. \_\_\_\_\_

Тіл: бұлшық ет тонусы (Язык: тонус) \_\_\_\_\_ . Тілдің пішіні:

қалыңдаған, төртбұ-рышты, кішкене, ұшы айырылған, тілдің

ассиметриясы, тілшігі қысқарған, қалыпты (Форма языка: утолщенный,

квадратный, маленький, раздвоенный кончик, асимметрия языка,

укороченная уздечка, норма). Тілдің қозғалуы: толық көлемде, орташа

көлемде, қозғалысы қиындауы, шелпек, ине, сағат, эткеншек, өркеш

(подвижность языка: в полном объеме, в среднем объеме, затрудненность

двжжения, блинчик, иголочка, часики, качели, горбик). Қозғалыс

амплитудасы -амплитуда движения \_\_\_\_\_ . Бір қалыптан екінші

қалыпқа ауыстыруы (Переключение с одного уклада на другой) \_\_\_\_\_ ,

қалыпты ұстауы (удержание позы) \_\_\_\_\_ , тілдің гиперкинездері

(гиперкинезы языка) дірілдеуі - (тремор) Тістем (прикус) Дауысы

(голос): (громкий, тихий, угасающий, назализованный, хриплый). Темп и

ритм речи \_\_\_\_\_

Тіл байлығы (словарь) \_\_\_\_\_

сөйлеудің фонетикалық жағш зерттеуі (обследование фонетической

стороны речи: жоқ, бұр)маланады, ызыңды, сонорлы, тіл арты,

фрикативті (Отсутствуют, искажает, в норме: свистящие, шипящие,

санорные, заднеязычные, фрикативные). Сөйлеудің лексикограмматикалық

жағы (Лексико-грамматическая сторона речи): көпші түрін (Образование

множественного числа), зат есімнің септік түрін құру (падежных форм

существительных), сын есімнің, есімдіктің, зат есімнің, етістіктің

көпше және жекеше түрінде байланысуы, жалғаулардың қолданылуы

(согласование прилагательного, местоимения, с существительным в роде,

числе и падеже: глагол, употребление предлогов)

Сөлеу: уілдеу, былдырлау, сөзі: саналы түрде меңгеріп алуы, сөз орамы

- жай сөз орамы, күрделі сөз

орамы, сөйлемейді (Речь: гуление, лепет, слова осознанные, фраза -

простая, сложная нет речи) \_\_\_\_\_

Сурет бойынша сөйлем құру (Составление предложения по картинке)

Состояние письменной речи ( чтение \_\_\_\_\_

Письмо \_\_\_\_\_ )

Логопедтің қортындысы (Заключение логопеда) \_\_\_\_\_

Коррекциялық жұмыс жоспары: (План коррекционной работы): 1.



---

---

---

---

Қолы \_\_\_\_\_  
Подпись \_\_\_\_\_

Күні \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

Ойын терапевтінің парағы

Жалпы педагогикалық мінездеме (общая педагогическая характеристика)

---

---

---

Қимыл-қозғалыс мүмкіншілігі: басын дұрыс ұстай алады, отырады, өз еркімен қозғалды, балдақтың көмегімен жүреді, ортопедтік аяқ киімнің көмегімен жүреді (двигательные возможности: умеет держать голову, сидеть, передвигаться самостоятельно, с поддержкой, в инвалидной коляске, в ортопедической обуви). Жетекші қол (ведущая рука) \_\_\_\_\_. Ұсақ және ірі моторикасы: дамыған, әлсіз, дамымаған (мелкая и крупная моторика: развита, слабо развита, не развита). Сөйлеу қабілеті: дыбыс, біріктірілген дыбыстар, сөздер, қарапайым сөйлем, күрделі сөйлем (речь: звуки, звуко-сочетания, слова, простые предложения, сложные предложения). Есту қабілеті: сақталған, төмен (слух: сохранен, снижен). Көру қабілеті: төмен, көрмейді (зрение: сохранено, снижено, отсутствует), взгляд координирует, не координирует.

Жаңа орынға бейімделуі: адекватсыз, тежелмеген (адаптация в новой обстановке: адекватное, неадекватное). Нұсқауларды түсінуі және дәлме-дел орындауы (понимание инструкций и точность выполнения): \_\_\_\_\_. Белсенділігі (активность) \_\_\_\_\_.

Ойынға қызығушылығы: бар, жоқ (интерес к игре: есть, нет). Ойын әрекетінің қалыптасуы, ойыншықтарға қатынасы: заттық-ойындық әрекет, сюжеттік қайталанбалы ойын, ойыншыққа қызығушылығы: тұрақты, тұрақсыз, келіс: бастамашыл, бастамашыл емес (формирование игровой деятельности: предметно-игровое действие, сюжетно-отобразительная игра, интерес к игрушкам: устойчивый, неустойчивый, подход: инициативный, безинициативный). Ойнау қабілеті: ойлап табу, сюжет құрастыру, ойынды аяғына дейін жеткізу (способность взаимодействия с игрой: развитие замысла, сюжета и доведение игры до конца, полное отсутствие). Ойын түрін таңдауы: топтық, жеке (предпочитаемая форма игры: индивидуальная, коллективная).

Кеңістікті бағдарлауы: оң және сол қолды ажыратады, шатастырады (различие правой, левой руки: различает, не различает, путает). Көру-қозғалыс тепе-теңдігі: сақталған, сақталмаған (зрительно-моторная координация: сохранна, не сохранна). Зейін:

тұрақты, басқаға аударуы жылдам, тежелген (внимание: устойчивое, затрудненное, переключаемое). Есте сақтауы: қысқа түрде, ұзақ түрде, еске сақтауы жылдам және дәл емес, механикалық, эпизодтық есте сақтау (память: кратковременная, долговременная, быстрая, замедленная, механическая, эпизодическая). Ойлау қабілеті: анық, көрнекті құралдар көмегімен ойлау, көркем суреттер бейнесі арқылы ойлау, ойы бытыраңқы, сөздік логикалық (мышление: конкретное, наглядно-действенное, наглядно-образное, отвлеченное, словесно-логическое). Тіл байлығы (словарный запас) \_\_\_\_\_. Түстерді ажыратуы: ажыратады, шатастырады, ажыратпайды ( овладение системой цветowych эталонов: различает, не различает, путает).

Түзету жұмысының жоспары ( план коррекционной работы):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Қолы (подпись):

Динамикасы ( динамика ):

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Автодромда Жолда жүру ережесін білуі  
(Занятия на автодроме по Правилам дорожного движения):**

Күні Дата	Тақырыптың аты Наименование уроков	Сабақтың ұзақтығы Длительность	Велосипед жүргізуі Вождение велосипеда	Скутер жүргізуі Вождение скутера	Білді Знает	Білмеді Не знал

Бар-лығы всего							
-------------------	--	--	--	--	--	--	--

Ойын терапевтінің нұсқаулары (рекомендации игротерапевта):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Күні (дата):

Қолы (подпись):

### Еңбек терапевтінің парағы

Жалпы педагогикалық мінездеме

(Общая педагогическая характеристика) \_\_\_\_\_

---

---

---

Төмендегі іс-әрекет түрлерінің дамуы (Развитие следующих видов деятельности):

1. Психомоторлық даму (Психомоторное развитие):

- қолдың ұсақ моторикасы: бала тек саусақтарын қозғалта алады; ұсақ және үлкен заттарды ұстай алады; жырта және қия алады; түрлі заттарды қыса және босата алады; движение пальцев и рук: ребенок может только шевелить пальцами; может захватывать крупные и мелкие предметы; может рвать и вырезать, сжимать и разжимать разные предметы;) Жетекші қол (ведущая рука) \_\_\_\_\_. Ұсақ және ірі моторикасы: дамыған, әлсіз, дамымаған ( мелкая и крупная моторика: развита, слабо развита, не развита).

- Қозғалыстың жалпы тепе-теңдігі: салданған дененің мүмкіндігіне сай; бала үлкендердің көмегімен және өздігімен қозғала алады; қозғалыс мүмкіндіктері жақсы (общая координация движений: соответствует возможностям почти парализованного тела; ребенок может передвигаться с помощью взрослого и самостоятельно; хорошее состояние двигательной возможностей)

- мимика: бетін қозғалтпайды; бет қозғалысы аз; тек қана көзін және аузын қозғалтады; орташа қозғалтады; жымияды, қасын көтеріп, ернін бүрістіре алады; мимикасы жақсы дамыған (соответствует "каменному" лицу; чрезвычайно малая подвижность лица; может только совершать движения глазами и ртом; средняя подвижность лица; может улыбаться, поднимать брови, поджимать губы; хорошо развита мимика).

2. Әлеуметтік-тұрмыстық бейімделу (Социально-бытовая адаптация):

- өз-өзіне қызмет ету дағдыларының қалыптасуы жеке гигиена, киіну-шешіну, тамақтану: тек қана үлкендердің көмегімен; өздігімен

істей алмайды; көп нәрсені өзі істей алады, бірақ үлкендердің көмегін қажет етеді; өзі істейді; басқаларға үйретеді, көмектеседі (сформированность навыков самообслуживания личная гигиена, одевание, раздевание, прием пищи: делает только при помощи взрослого; не может справляться самостоятельно; может во многом справляться самостоятельно, но требуется помощь взрослого; справляется самостоятельно; помогает, учит других, активно ухаживает за менее способными)

- әлеуметтік-тұрмыстық бағдары (дене мүшелерін білуі \_\_\_\_\_) социально-бытовое ориентирование (знание определенных частей тела \_\_\_\_\_), өз мекен-жайы мен отбасы мүшелерін білуі (знание своего адреса и членов семьи) \_\_\_\_\_, ғимараттың бөліктерін білуі (знание частей помещения) \_\_\_\_\_, өз тұрмысын білуі және оған бағдарлануы (знание условий своего быта и умение в них ориентироваться) \_\_\_\_\_, көшені бағдарлауы (ориентация на улице) \_\_\_\_\_, уақытты бағдарлауы (жыл мезгілін, апта, сағат) ориентация во времени (дни недели, времена года, часы); әлеуметтік нормалар мен мінез-құлық ережелерін игеруі (усвоение социальных норм и правил поведения) \_\_\_\_\_; флора мен фауна ерекшеліктері мен элементтерін білуі (знание элементов и особенностей флоры и фауны) \_\_\_\_\_;

3. Еңбек дағдылары мен біліктері (Трудовые умения и навыки):

- қарапайым еңбек элементтерін орындай алады (умеет выполнять элементарные трудовые операции) \_\_\_\_\_; қайшы және желіммен жұмыс істеуі (работать с ножницами и клеем) \_\_\_\_\_; ермексазбен (пластином) \_\_\_\_\_; ине және жіппен (иглой и нитью) \_\_\_\_\_; арнайы еңбек дағдыларын игеруі (обладает специфическими трудовыми навыками) \_\_\_\_\_; ештеңе істей алмайды (ничего не умеет делать) \_\_\_\_\_

4. Тіл (Речь):

- сөзді түсінуі (понимание речи) \_\_\_\_\_; түсінік және әңгіме айту қабілеті (способность к пересказу и рассказыванию) \_\_\_\_\_; Түстерді ажыратуы: ажыратады, шатастырады, ажыратпайды (овладение системой цветовых эталонов: знает, путает, не знает).

5. Қарым-қатынасқа түсуі (Коммуникативность):

- таныс емес, таныс адамдармен және құрдастарымен қарым-қатынасқа түсуі: көпшіл, қарым-қатынасқа түспейді, салмақты, агрессивті, тежелген (характер общения с незнакомыми и знакомыми людьми сверстниками: контактен, не идет на контакт, спокоен, агрессивен, расторможен) \_\_\_\_\_;

Жұмыс ырғағы: жылдам, орташа, баяу, мүлде жоқ.

(Темп в работе: быстрый, средний, медленный, отсутствует);

Еңбек әрекетімен айналысуға ынтасы: қызығушылықпен, істегісі келмейді, санасыз түрде (Желание заниматься трудовой деятельностью: с интересом, не желает, не осознает)

Агротерапия, ландшафтотерапия, ароматерапия, эстетотерапия: \_\_\_\_\_

Занятия в костюмерой (навыки переодевания) \_\_\_\_\_

Түзету жұмысының жоспары (План коррекционной работы):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Қолы (Подпись):

Күні (Дата):

Динамикасы (Динамика): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Еңбек терапевтінің нұсқаулары:

(Рекомендации трудотерапевта)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись):

Күні (Дата):

**Өзіне қызмет көрсетуін бағалау парағы**  
**Оценка навыков самообслуживания и бытовой адаптации**

Дағдарлары Навыки	Сипаттамасы Характеристика	Балл- дары Баллы	Түскен кезінде При пос- туплении	Шыққан кезінде При вы- писке
1. Жуына және сүртіне алуы. Умение умываться и пользоваться полотенцем (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Бір қолын пайдаланады: оң, сол (сызу) Испол. одну руку: правую, левую: (подчер.)	10		
	Өзбетінше. Самостоятельно	15		
2. Тісін тазалауы. Умение чистить зубы. (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Өзбетінше. Самостоятельно	10		
	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		



3. Шашын тарай алуы. Умение расчесывать волосы. (с 1-3 лет)	Өзбетінше. Самостоятельно	10		
4. Төсегін жинай алуы. Умение заправлять постель.	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Өзбетінше. Самостоятельно	10		
5. Сырт киімін, киімін шешу дағдылары Навыки раздевания. (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Бір қолын пайдаланады: оң, сол (сызу) Испол. одну руку: правую, левую (подчеркнуть)	10		
	Өзбетінше. Самостоятельно	15		
6. Сырт киімін, киімін кию дағдылары. Навыки одевания. (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Бір қолын пайдаланады: оң, сол (сызу) Испол. одну руку: правую, левую (подчеркнуть)	10		
	Өзбетінше. Самостоятельно обеими руками	15		
7. Түйме түймелей алуы. Умение застегивать пуговицы. (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Бір қолын пайдаланады: оң, сол (сызу) Испол. одну руку: правую, левую (подчеркнуть)	10		
	Өзбетінше екі қолымен. Самостоятельно двумя руками	15		
8. Киім "сырмасын" сала алуы. Умение пользоваться "молнией" (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Бір қолын пайдаланады: оң, сол (сызу) Испол. одну руку: правую, левую (подчеркнуть)	10		
	Өзбетінше. Самостоятельно	15		
9. Аяқ-киімін кие алуы. Умение обуваться. (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Бір қолын пайдаланады: оң, сол (сызу) Испол. одну руку: правую, левую (подчеркнуть)	10		
	Өзбетінше. Самостоятельно	15		
10. Аяқ-киім бауларын байлауы. Умение шнуровать ботинок.	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Өзбетінше. Самостоятельно	10		
11. Бастырма басады, жабысқақты жапсырады. Умение	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		

пользоваться липучкой на обуви (с 1-3 лет)	Өзбетінше. Самостоятельно	10		
12. Өз бетінше тамақтана алуы. Умение принимать пищу. а) кесе, кружка ұстап ішуі умение держать кружку и пить б) қасықты ұстау аузына апару умение держать ложку подносить ко рту. (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен с помощью	5		
	Өзбетінше. Самостоятельно	10		
13 а) Түбекті қолдана алуы. Умение пользоваться унитазом б) Тубекке сұрану. Просится на горшок (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Өзбетінше. Самостоятельно	15		
14. Ұстау қабілеті Навыки захвата (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Өзбетінше. Самостоятельно	10		
15. Жарықты жаға, сөндіре білуі. Умение включать и выключать освещение	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Өзбетінше. Самостоятельно	10		
16. Су кранын ашып, жаба алуы Умение включать и выключать водопроводный кран. (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Өзбетінше. Самостоятельно	10		
17. Еңбек жасау қабілеттері: (қайшы, желім, ермексаз, ине, сызу) Владение трудовыми навыками: (ножницами, клеем, пластилином, иглой) (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Бір қолын пайдаланады: оң, сол (сызу) Испол. одну руку: правую, левую (подчеркнуть) Өзбетінше. Самостоятельно	10 15		
18. Өз жұмыс орнын және, ойыншықтарды жинастыруы. Умение приводить свое рабочее место и игрушки в порядок (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Бір қолын пайдаланады: оң, сол (сызу) Испол. одну руку: правую, левую (подчеркнуть) Өзбетінше. Самостоятельно	10 15		
19. Сурет салу қабілеттері Владение навыками ИЗО (с 1-3 лет)	Істей алмайды. Не может	0		
	Көмекпен С помощью	5		
	Өзбетінше. Самостоятельно	15		
	Істей алмайды. Не может	0		

20. Өз киімін жинастыруы. Умение складывать личные вещи (с 1-3 лет)	Көмекпен С помощью	5		
	Өзбетінше Самостоятельно	10		

Қалып – норма:

С 1 года до 3 лет – 200 баллов

С 4 лет и старше - 220 баллов

1. Толық тәуелділік полная зависимость 0 -60 баллов(с 1года до 3 лет от 0 до 50 баллов).
2. Орташа тіуелділік умеренная зависимость 61-125 баллов (с 1 года до 3 лет от 51 баллов до 115 баллов).
3. Жеңіл тәуелділік легкая зависимость 126- 220 баллов (от 1 года до 3 лет 116 баллов до 200 баллов).

Әлеуметтік тұрмысқа бейімделуі жақсарды. Навыки самообслуживания улучшились на \_\_\_\_\_ %

Музыкотерапевт парағы

Балаға жалпы мінездеме (Общая характеристика ребенка) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Баланың музыкалық-әншілік мәліметтерін болжау  
(Диагностика музыкально-певческих данных ребенка)**

1. Музыкалық бейімділігі (Музыкальный слух): музыкалық дыбыстардың санын анықтайды (определяет количество музыкальных звуков) \_\_\_\_\_; таныс әндерді сүйемелдеусіз айтады (поет без аккомпанимента знакомые песни) \_\_\_\_\_; ырғақты шумақтарды қайталайды (повторяет ритмические фразы) \_\_\_\_\_; естіген әуенді жылдам қағып алып қайталайды (быстро схватывает прослушанную мелодию и повторяет ее) \_\_\_\_\_;

2. Дауыс мүмкіндіктері (Голосовые данные):  
 - дауысы ашық, таза, әуендік дыбыстары тұрақты (обладает чистым, звонким голосом, певческие звуки устойчивы, певучи);  
 - дауысы бірқалыпты, қырылмен, дыбысы тұрақсыз (голос монотонный, хриплый, звук разбитый, неустойчивый);  
 - дауыс қалыптаспаған, әуенге сөздік дыбысталу араласқан (голос не оформился, пение прерывается речевым звучанием);

3. Дауыс тембрі (Тембр голоса):  
 - тембрі жағымды, ашық, металмен (тембр приятный, светлый, с

металлом);

- дауыс тембрі солған (тембр голоса тускый);
- тембр қалыптаспаған (тембр не оформился);

4. Дауыс диапазон (Диапазон голоса) \_\_\_\_\_

5. Мәнер ( Дикция): анық, анық емес, әрдайым анық емес (четкая, не четкая, не всегда четкая)

6. Тыныс (Дыхание):

- ән айту кезінде дұрыс тыныс алады (правильно пользуется дыханием во время пения) \_\_\_\_\_

- дұрыс тыныс алмайды, музыкалық шумақтардың ортасында тыныс алады (дышит не организованно, берет дыхание в середине музыкальных фраз)

\_\_\_\_\_

- тынысты итеріп, үзік дыбыстармен ән айтады. Тыныс өнімді жұмсалмайды (поет отрывистым звуком, выталкивая дыхание. Дыхание расходует непроизводительно) \_\_\_\_\_

7. Психомоторлық дамуы (Психомоторное развитие):

- ұсақ моторика (мелкая моторика): саусақтардың, білектің қозғалысы, үлкен және кішкентай музыкалық аспаптарды ұстай алуы (подвижность пальцев рук, кистей; может ли захватывать и удерживать крупные и мелкие музыкальные инструменты) \_\_\_\_\_

- жалпы қозғалыс тепе-теңдігі (общая координация движений): музыкалық ырғақты қозғалыс (музыкально-ритмические движения) \_\_\_\_\_, қол қозғалысының басын бұруымен сәйкес келуі (сочетание движения рук с поворотом головы) \_\_\_\_\_, екі қолдың әртүрлі бағыттағы қозғалысы үндеседі (согласовывает движения обеих рук в разных направлениях) \_\_\_\_\_, қолының шынғағын, аяғының тізесін бүгіп-жаза алады (сгибание и разгибание рук в локтевом суставе, ног в коленях) \_\_\_\_\_;

8. Эмоционалды-еріктік аймағы ( Эмоционально-волевая сфера):

- импульсивтік – рефлексивтік (импульсивность – рефлексивность);
- қобалжушылық – сабырлылық (тревожность – спокойствие);
- агрессивтік – ымырашылдық (агрессивность – миролюбие);
- музыкамен айналысуға деген жағымды ынта (положительная мотивация к занятиям музыки) \_\_\_\_\_;

9. Қарым-қатынас қабілеттері (Коммуникативные способности):

байланысқа түседі, түспейді (контактен, не контактен)

Түзету жұмысының жоспары (План коррекционной работы):

- 1.
- 2.
- 3.

- 4.
- 5.

Қолы (подпись):

Динамикасы

(Динамика): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Музыкотерапевттің нұсқаулары (рекомендации музыкотерапевта):

---

---

---

---

---

---

---

---

Күні (дата):

Қолы (подпись)

### ДЕФЕКТОЛОГТЫҢ тексеруі / Обследование дефектолога

Сынып/Класс \_\_\_\_\_ Тексеру күні \_\_\_\_\_

Жалпы мәліметтер/ Общие сведения:

Байланысқа түсуі / Контакт: бірден түседі / с легкостью - \* үлкеннің көмегі арқылы / с помощью взрослого - \* қиындықпен / с трудом -

Есту қабілеті / Состояние слуха: \*қалыпты / норма - \* бұзылған / с нарушениями -

Көру қабілеті / Состояние зрения \*қалыпты / норма - \* бұзылған / с нарушениями -

Қозғалу әрекеттерінің бұзылуы / Нарушения двигательной сферы:

денесін тік ұстауы/удерживает вертикальное положение: \*отырып/сидя -

\*тұрып/стоя - қозғалуы/передвигается: \*арбамен/в коляске -

\* балда

пен/с костылями - \* таяққа сүйеніп/с опорой на трость - \*

өздігімен бөлме ішінде/самостоятельно в пределах помещения -

\* өздігімен ұзақ арақашықтыққа/ самостоятельно на значительные расстояния -

Ұсақ моторика / Мелкая моторика:

жұмыс қолы/ведущая рука: \*оң/правая - \* сол/левая -  манипуляция  
жасауы/развитие манипулятивной функции: \*бірден шектелген/резко  
ограничена - \* жартылай шектелген/частично ограничена -   
шектелмеген/не ограничена -

зардап шеккен қолының ойынға,өзіне қызмет көрсетуге қатысуы/участие  
пораженной руки в игре и процессах самообслуживания:

\*қатыспайды/функция отсутствует - \* қолдау көрсетеді/выполняет  
поддерживающую роль - \* қарапайым қимылдарды орындауда  
қатысады/принимает участие в выполнении простых двигательных актов -  
\* күрделі қимылдарды орындауда қатысады/ принимает участие в  
выполнении сложных двигательных актов -

Эмоционалдық-еріктік сферасы / ЭВС: \*тұрақты, ашық  
мінезді/устойчив, спокоен - \* тұрақсыз, құбылмалы / неустойчив,  
пременчив -

Қолдауға деген әсері / Реакция на одобрение: \* қуанады / радуется -

\* немқұрайлы қарайды / равнодушен -

Ескертуге деген әсері / Реакция на замечание: \* түсінеді / адекватен

- \* немқұрайлы қарайды / равнодушен - \* ұайымдайды /

расстраивается - \* ашуланады / сердится -

Сәтсіздікке деген әсері / Реакция на неудачу: \*түсінеді / адекватен -

\*немқұрайлы қарайды / равнодушен - \* ұайымдайды / расстраивается -

\* ашуланады / сердится -

Заттық іс-әрекетін зерттеу / Исследование предметной деятельности:

\*баланың біріккен іс-әрекетке қатысуы/участие ребенка в совместной  
деятти - \* баланың қайталау іс-әрекетіне қатысуы/ участие ребенка в  
подражательной деят-ти - \* өздік іс-әрекеті/самостоятельная  
деятельность -

Психические процессы:

Сөйлеуі / Речь: \*сөйлемейді/не разговаривает - \* тіл мүкістігінен  
сөлеуі түсініксіз/из-за нарушений звукопроизношения непонятна

окужающим - \* жақын адамдарына ғана түсінікті/понятна только

близким людям - \* сөзін түсінуі ептеп қиындық туғызады/разборчивость

речи несколько снижена - \* қалыпты/норма -

Енжар сөздігі / Пассивный словарь: \*жасына сай/соответствует возрасту

- \* жасына сай келмейді/не соответствует возрасту -

Сөздік қоры / Словарный запас: \* жасына сай/соответствует возрасту -

\* жасына сай келмейді/не соответствует возрасту -

Ойлау қабілеті / Мышление: \*көрнекі-бейнелік/наглядно-образное -

сөздік-логикалық/словесно-логическое -

Есте сақтау / Память: \*еске сақтау/запоминание - \*вербальді /

вербальная -

Зейіні / Внимание: \* шоғырлануы/концентрация - \* тұрақтылық

устойчивость - \* көлемі/объем -

Қабылдауы / Восприятие: \*бүтіндік/целостность - \*кең

істікті/пространство - \* түсі/цвета - пішіні/формы -

Уақыт түсініктері / Временные представления: \* уақытты

бағдарлау/ориентировка во времени- \* тәулікте бағдарлау/ время суток

- \* жыл мезгілдері/времена года -

Математикалық түсініктер / Математические представления:

\*сопоставление числа с предметом - \* санау/счет - \* есеп

шығару/решение примеров -

Қоршаған қоғам туралы түсініктері / Запас знаний и представлений об

окруж. мире:

\*жасына сай/соответствует возрасту - \* жасына сай келмейді/не

соответствует возрасту -

Оқуы / Чтение: \*әріптерді таниды/ знает буквы - \* буындап/по слогам -

\* мәнерлі/выразительно -

Жазуы / Письмо: \* графомот. біліктері/ графомот. навыки -

\*сауаттылығы/грамотность -

Жұмыс қабілеті / Работоспособность: \*жоғары/высокая -

\*орташа/средняя - \* төмен/низкая -

Нұсқауларды түсінуі / Понимание инструкций: \*бірден түсінеді / с

первого раза -

\* түсінеді / понимает - \* қиындықпен түсінеді / с трудом -

Интеллект: \*сақталған/сохранный - \* тежелген/с задержкой -

\*олигофрения -

Жұмыс жоспары / План работы:

Ойлауын дамыту / Развитие мышления

Есте сақтау қабілетін жетілдіру / Развитие памяти

Зейінін дамыту / Развитие внимания

Математикалық түсініктерін дамыту / Развитие математических представлений

Қоршаған орта жайлы түсініктерін кеңейту және бекіту / Развитие и закрепление знаний и представлений об окружающем мире

Байланыстырып сөйлеуін дамыту / Развитие связной речи

Оқу техникасын жетілдіру / Развитие навыка чтения

Жазу техникасын жетілдіру / Развитие навыка письма

Сөздік қорын кеңейту / Расширение словаря

Ұсақ моториканы дамыту/Развитие мелкой моторики

Қосымша / Дополнительно: \_\_\_\_\_

Жұмыс нәтижесі / Результаты работы:

---

---

---

---





---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Білім-таным дағдыларын бақылау картасы (мектеп жасындағы балалар үшін)

Келген күні \_\_\_\_\_

Таным процесінің ерекшеліктері:

Зейіні: \_\_\_\_\_

---

---

---

(зейіні қаншалықты дамыған: ауытқымалы, тұрақты)

Тілі: -

---

---

---

---

(сөйлеу қабілетінің деңгейі: ауызша сөйлеу, диалогтық сөйлеуі қаншалықты дамыған, кіммен үнемі сөйлеседі, өзгені тыңдай ма, өзпікірін айта ала ма; жазбаша баяндауы: жазу дағдыларының дамуы, оқу деңгейі)

Қабылдауы \_\_\_\_\_

---

---

---

---

(қоршаған ортаны қабылдау ерекшелігі қандай, уақытты және кеңістікті байқау қабілеті дамыған ба?)

Есте сақтау \_\_\_\_\_

---

---

---

(ерікті, еріксіз есте сақтау қабілетінің арақатынасы, есте сақтау қабілетінің қандай түрі дамыған: қысқа мерзімді, ұзақ мерзімді)

Қиял \_\_\_\_\_

---

---

---

---

(шығармашылық және қалпына келтіру ерекшеліктері қандай, қиялдауы қаншалықты эмоционалды, қиялы ерікті, еріксіз бе)

Ойлауы \_\_\_\_\_










Емдеу нәтижесі (Результаты лечения) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дәрігер/Врач

Нұсқаушы/Инструктор

**Физиотерапевтің дәрігердің парағы**  
**Лист физиотерапевта**

Берілген емі:  
Назначения процедур:

Қажетті белгілері:  
Особые отметки:



Эпикриз: -----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

-----  
-----  
Физиотерапевт дәрігерінің қолы:

(Врач-физиотерапевт) -----.

**Қимыл-қозғалыс дамуы**  
**Двигательное развитие**

№	Қозғалыс мөлшері. Объем движений	Зерттеу күндері. Дата обследования				
1	Бала етбетінен жатып басын көтере ала ма? Может ли ребенок приподнять голову в положении лежа на животе"?					
2	Бала басын жан-жағына бұра ала ма: ? Может ли ребенок поворачивать голову из стороны в сторону, когда он находится: ? Арқасында жатып? На спине? Етбетінен жатып? На животе? Отырып? Сидя?					
3	Арқасында жатқан күйі баланы абайлап екі қолынан тартып көтергенде – денесі мен басы бір сызық бойында бола ма? Әлде алдына қарай еңкейе ме? Когда ребенок находится на спине, осторожно поднимите его, потянув за руки. Может ли ребенок удерживать голову на одну линию с туловищем?					
4	Бала етбетінен жатып бар салмағын бір қолына салып, екінші қолын алдына қаратып жоғары көтере ала ма? Может ли ребенок в положении на животе перенести вес на одну руку и потянуться другой вперед и вверх?					
<b>Ұмтылып барып ұстау. (Дотягивание и схватывание)</b>						
1	Бала затты қолына алып біраз сәтке ұстап тұра ала ма? Может ли ребенок взять предмет и удержать его?					
2	Бала өзінен биік тұрған затқа ұмтылып жете ала ма? Может ли ребенок дотянуться до предмета вертикально вверх? Екі қолымен? Двумя руками? Сол қолымен? Левой рукой? Оң қолымен? Правой рукой?					
3	Бала етбетінен жатып, алдындағы затқа дейін ұмтылып жете ала ма? Может ли ребенок из положения на животе дотянуться до предмета, находящегося перед ним?					

4	Бір қолынан екінші қолына затты ауыстыра ала ма? (Может ли ребенок переключать предмет из одной руки в другую?)					
5	Өзі отырып немесе біреудің алдына отырып екі қолын біріктіре ала ма? (Может ли ребенок держать руки вместе в положении сидя с поддержкой.)					
6	Бала қолындағы затты абайсызда түсіріп ала ма? (Может ли ребенок произвольно отпускать предмет, вложенный ему в руку?)					
7	Бала кішкене затты қораптағы немесе шөлмектегі тесікке тастай ала ма? (Может ли ребенок отпустить небольшой предмет в коробку или бутылочку через маленькое отверстие?)					
8	Бала допты лақтырған соң ұстай ала ма? (Может ли ребенок кинуть и поймать мяч?)					
<p>Кеудесін және отыруын бақылау Контроль за положением туловища и сидения</p>						
1	Бала толықтай демесе отыра ала ма? (Может ли ребенок сидеть с полной поддержкой?)					
2	Егер баланы отырғызсаңыз алдына қарай құлайма? (Если посадить ребенка, падает ли вперед)					
3	Егер баланы отырғызып қойсаңыз құлап қала ма? (Если посадить ребенка, падает ли в стороны?)					
4	Бала еденде жатқан жерінен өзі отыра ала ма? (Может ли ребенок самостоятельно сесть из положения лежа на полу?)					
5	Баланы отырғызғанда біреудің сүйемелдеуінсіз өзі отыра ала ма? (Если ребенка посадить может ли он сохранять положение сидя без поддержки?)					
<p>Аударылуы және еңбектеуі. Перевороты и ползание</p>						
1	Бала арқасымен жатқан жерінен етбетіне түсіп аударыла ала ма? (Может ли ребенок перевернуться со спины на живот?)					
2	Бала етбетінде жатып арқасына аударыла ала ма? (Может ли ребенок перевернуться с живота на спину?)					
3	Бала еденде жатып бірнеше рет жеңіл аударыла ала ма? (Может ли ребенок переворачиваться легко несколько раз подряд лежа на полу?)					
4	Бала алға қарай немесе артқа қарай еңбектей ала ма? (Может ли ребенок ползти?)					
5	Бала жатқан жерінен төрт тағандап тұра ала ма? (Может ли ребенок из положения лежа встать на четвереньки?)					



Жүруге дайындалуы және жүруі. Подготовка к ходьбе и ходьба

1	Бала отырған жерінен тұра ала ма? Может ли ребенок встать из положения сидя?					
2	Бала жиһазды жағалап жүре ала ма? Может ли ребенок ходить вдоль мебели?					
3	Бала бір қолынан ұстағанда нық басып жүре ала ма? Может ли ребенок уверенно ходить за одну руку?					
4	Бала өзбетінше қадамдар жасай ала ма? Может ли ребенок делать самостоятельные шаги?					
5	Бала жүгіре ала ма? Может ли ребенок бегать?					
6	Бала аяғының ұшынан немесе өкшесінен басып жүре ала ма? Может ли ребенок ходить на "носочках" и "пятках"?					
7	Бала екі аяқтап секіре ала ма? Может ли ребенок прыгать на двух ногах?					
8	Бала бір аяғымен секіре ала ма? Может ли ребенок прыгать на одной ноге?					
	Зерттеушінің қолы. Подпись обследующего					

**Халықаралық шкаламен қозғалу белсенділігін бағалау  
(БЦС-дың спастикалық түрлерінде толтырылады )  
Оценка двигательной активности с помощью международных  
шкал (заполняется при спастических формах ДЦП).**

Шкалалар / Шкалы		Түскенде / при поступлении		Шыққанда / при выписке	
Эшфорт салының модификацияланған шкаласы /Модифицированная шкала спастичности Эшворта					
Үлкен қимылдар функциясының жіктеме жүйесі /Система классификации больших моторных функций /GMFCS/					
Қозғалу және психоэмоционалдық дамудың 100% бағалау шкаласы /100 % шкала оценки двигательного и психо- эмоционального развития.					
Бақылау күндері /Дни наблюдения		Түскенде/ при поступ- лении	Диспор- тан кейін 5 -ші күні /на 5-й день после диспорта	11-ші күні /на 11-й день	15-ші күні /на 15-й день
Басты пассивті еңкейту бұрышы /угол пассивного наклона головы	D				
	S				
Иық буынының бұрышы /угол плечевого сустава:	D				
	S				
	D				

Г о н и о м е т р и я	Шынтақ буынының бұрышы /угол локтевого сустава		S				
	Угол лучезапястного сустава	Қайырғанда /в экстензии	D				
		Бүккенде /в супинации	D				
		Қайырғанда /в экстензии	S				
		Бүккенде /в супинации	S				
	Сандарды ажыратқанда /разведение бедер:		D				
	- аяқтар бүгілгенде /при согнутых ногах		S				
	- түзу кезінде /при прямых		D				
			S				
	Жамбас буынының бұрышы/Угол тазобедренного сустава		D				
			S				
	Тізе буынының бұрышы/Угол коленного сустава		D				
			S				
	Тобық буынының бұрышы /угол голеностопного сустава		D				
			S				
	Аяқ басының алшақтау және келтіру бұрышы /угол отведения и приведения стопы		D				
			S				
	Қадам биіктігі/Высота шага		D				
			S				
	Қадам ұзындығы/Длина шага		D				
			S				
	Тақалған қадам ұзындығы/Длина приставного шага		D				
			S				
	Шегініс қадам ұзындығы/Длина шага назад		D				
		S					

Емдеуші дәрігер /лечащий врач:

ЕФК дәрігері /врач ЛФК:

**Ортезисттің парағы**  
**Лист ортезиста**

ТАӘ/ФИО \_\_\_\_\_ Жасы /Возраст \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Қаралған күні \_\_\_\_\_ бөлімше \_\_\_\_\_

Дата осмотра \_\_\_\_\_ отделение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---

**Лазерометрия  
Laser line**

Параметрлері Параметры		Біріншілік қарау Первичный осмотр		Ортезбен корекциядан кейін қарау После коррекции ортезом	
		D	S	D	S
Өкше бұрышы Пяточный угол	Сыртқа/ наружн. отклон.				
	Ішке/внутрен. отклон.				
Пронация					
Супинация					
Әкелу/приведение					
Әкету/отведение					
Тобық бұрышы Угол г/с					

**L.A.S.A.R.**

Параметрлері Параметры	Біріншілік қарау Первичный осмотр		Ортезбен корекциядан кейін қарау/После коррекции ортезом
	D	S	
Орт. ауыртп. ығысуы Смещение Ц.Т.			
Аяқтың қысқаруы Укорочение ноги	D	S	

**Подометрия**

Параметрлері Параметры	Біріншілік қарау Первичный осмотр		Ортезбен корекциядан кейін қарау После коррекции ортезом	
	D	S	D	S
Подометриялық индекс Подометрический индекс				

Табанның ұзындығы Длина стопы			
Табанның биіктігі Высота стопы			



**Шынтақ және білезік буындарының гониометриясы**  
**Гониометрия локтевого и лучезапястного сустава**

Параметрлері Параметры	Біріншілік қарау Первичный осмотр		Ортезбен корекциядан кейін қарау После коррекции ортезом	
	D	S	D	S
Білезік буынның экстензия қалпындағы бұрышы Угол л/з сустава в экстензии				
Білезік буынның флексия қалпындағы бұрышы Угол л/з сустава во флексии				
Шынтақ буын бұрышы Угол локтевого сустава				

**Тізе буынның гониометриясы**  
**Гониометрия коленного сустава**

Параметрлері/ Параметры	Біріншілік қарау Первичный осмотр		Ортезбен корекциядан кейін қарау После коррекции ортезом	
	D	S	D	S
Тізе буынның бұрышы Угол коленного сустава				

Код: 03047 \_\_\_\_\_ 13065 \_\_\_\_\_ 13066 \_\_\_\_\_ 13067 \_\_\_\_\_  
13060 \_\_\_\_\_ 13061 \_\_\_\_\_ 13062 \_\_\_\_\_ 13063 \_\_\_\_\_  
13064 \_\_\_\_\_

Қосымша мәліметтер /Дополнительные сведения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

Қайта қарау/Повторный осмотр \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Қорытынды/Заключение \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Ортезист \_\_\_\_\_

**Дәрігерлік-педагогтік кеңес**

Мамандар	Оңалту мақсаты	Оңалту шараларының нәтижесі
ЕДШ дәрігері		
Психолог		
Логопед		
Дефектолог		
Музыка терапевті		
Ойын терапевті		
Эрго терапевті		
Емдеуші дәрігер (невропатолог, ортопед, эндокринолог )		

1-ші қосымша  
Приложение 1  
(Эндокринологиялық ауруға арналған қосымша)  
(Вкладыш для эндокринологического больного)

**Клиникалық диагнозды негіздеу  
Обоснование клинического диагноза**

Негіздеу күні (Дата) \_\_\_\_\_ 200\_\_ ж. Уақыты - время \_\_\_\_\_  
Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_  
Дене қызуы (температура тела) \_\_\_\_\_  
ҚҚ (АД) \_\_\_\_\_  
ЖСЖ (ЧСС) \_\_\_\_\_  
ТЖ (ЧД) \_\_\_\_\_  
Түскен кездегі шағымдары (жалобы при поступлении) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ANAMNESIS MORBI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### ANAMNESIS VITAE

Нәресте (Ребенок от) \_\_\_\_\_ жүктіліктен (беременности), \_\_\_\_\_  
босанудан (родов).

Жүктілік ағымы: патологиясыз, үзілу қауіпі 1-ші жартысында, 2-ші  
жартысында, ЖРВЖ, мамандығына байланысты қауіпті жағдайлар, қаны  
азды, гестоз, анасының зиянды әдеттері тағы басқа (Течение  
беременности: без патологии, угроза прерывания 1-половины,  
2-половины, ОРВИ, профессиональные вредности, анемия, гестоз, вредные  
привычки матери и др.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Босануы: мерзімінде, мерзімінен бұрын, кейін, \_\_\_\_\_ апта, жедел  
түрде, жылдам, босану әрекетінің әлсіздігі (Роды: срочные,  
преждевременные, переносенные при сроке \_\_\_\_\_ недель, стремительные,  
быстрые, слабость родовой деятельности) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Туғандағы салмағы (вес при рождении) \_\_\_\_\_, Бойы (рост) \_\_\_\_\_, Туа  
салып дауысы шықты, шықпады, кіндігіне оралып туылды, т.б. жағдайлар  
(закричал сразу, не сразу, тугое обвитие пуповины и др.)

\_\_\_\_\_

Алдын алу екпелері (профпрививки) \_\_\_\_\_

Аллергиялық реакциялар (Аллергические реакции) \_\_\_\_\_

Тұқым қуалау аурулары (Наследственные заболевания) \_\_\_\_\_

Ауырган аурулары (Перенесенные заболевания) \_\_\_\_\_

### ENDOCRINE STATUS

Бойы (Рост) \_\_\_\_ см, салмағы(вес) \_\_\_\_ кг, физикалық дамуы жасына сай(физическое развитие соответствует возрасту), кешігуі (отстает на)\_\_\_\_ жасқа (лет), тездетілуі (опережает на) \_\_\_\_ жасқа (лет), гармониялы (гармоничное), артық салмаққа байланысты дисгармониялы (дисгармоничное за счет избытка веса) \_\_\_\_\_ дәрежелі (степени), салмақ кемшілігі (дефицита веса) \_\_\_\_\_ дәрежелі (степени)

Тері қабаты қызғылт-бозғылт(кожные покровы бледно-розовые), бозғылт, мәр-мәр түсті, беттегі диабетиялық қызғылттық, матронизм (бледные, мраморность, диабетический рубец на щеках, матронизм); аздап ылғалды, құрғақ, жалпы, дистальді гипергидроз (умеренно влажные, сухие; гипергидроз общий, дистальный), таза, "кір" тері, иықтағы, жамбастағы, сандағы фолликулярлық гиперкератоз, "кір шынтақ" симптомы (чистые, "нечистота" кожи, фолликулярный гиперкератоз на плечах, ягодицах, бедрах, симптом "грязного локтя", acne vulgaris), стриялар жоқ; бар иықта, кеудеде, іште, санда, белде, жамбаста (стрий нет, есть на плечах, груди, животе, бедрах, пояснице, ягодицах)

Түктену қалпы бұзылмаған (характер оволосения не нарушен), алопеция, гирсутизм, гипертрихоз \_\_\_\_\_

Тері асты май қабатының дамуы қалыпты; артық; кем (подкожно-жировой слой развит умеренно; избыточно; недостаточно), таралуы қалыпты; кеудеде, іште, санда, жамбаста артық (распределен равномерно; перераспределен на груди, животе, бедрах, ягодицах).

Ісіктер, ісіну бар; жоқ (Отеки, пастозность есть; нет) \_\_\_\_\_

Инсулин еккен жерде липодистрофия жоқ; бар; иықта, санда, іште (Липодистрофий в местах инъекций инсулина нет; есть на плечах, бедрах, животе) \_\_\_\_\_

Қалқанша без ұлғаймаған, ұлғайған \_\_\_\_\_ дәрежеге дейін(Щитовидная железа не увеличена; увеличена до \_\_\_\_ степени), біркелкі; біркелкі емес (однородная; неоднородная), ауырусыз; ауырумен; сезімтал (безболезненная; болезненная; чувствительная), қозғалмалы; қоршаған тіндермен беріккен; жұмсақ; тығыз; көрінеді; көрінбейді (подвижная; спаянная с окружающими тканями; мягкоэластическая; плотная; определяется визуально; не визуализируется) \_\_\_\_\_

Функциональдік жағдайы (Функциональное состояние) эутиреоз; гипотиреоз; гипертиреоз. Координациялық сынамааларды орындайды; орындамайды; қол дірілі бар; саусақ дірілі бар (Координационные пробы выполняет; не выполняет; тремор рук; пальцев). Көз симптомдары оң; теріс (Глазные симптомы отрицательные; положительные)

Жүрек үндері: ырғақты, аритмия, анық, бәсеңкі, жиелеген (Сердечные тоны ясные; приглушенные; ритмичные; аритмия; нормокардия; брадикардия; тахикардия).

Гипо-, гиперкортицизм белгілері жоқ, бар (Симптомов гипо-, гиперкортицизма нет; есть в виде) \_\_\_\_\_

Инсулин жеткіліксіздік симптомдары жоқ, бар полидипсия, полиурия түрінде, тері құрғауы, аузынан ацетон иісімен (Признаков инсулиновой недостаточности нет; есть в виде полидипсии, полиурии, сухости кожи, запаха ацетона изо рта).

Кетоацидоз белгілері жоқ; бар(Симптомов кетоацидоза нет; есть в виде:) \_\_\_\_\_

Іші жұмсақ; кебінген; ұлғаймаған; ұлғайған; іш бұлшық етінің гипотониясы; ауырсынусыз; ауырсынумен (Живот мягкий; вздут; не увеличен; увеличен; гипотония передней брюшной стенки; безболезненный; болезненный;

Нәжісі күнделікті; іш қатуына бейімділігі; іш қатуы; (Стул регулярный; склонность к запорам; запоры) \_\_\_\_\_

Несеп шығаруы еркін, өзгеріссіз, көп, аз (Мочеиспускание свободное без особенностей повышено, снижено) \_\_\_\_\_

Жыныс жағдайы пубертатқа дейін; препубертаттық; пубертаттық (Половой статус допубертатный; препубертатный; пубертатный).

Ма \_\_ Р \_\_ Ах \_\_ Ме \_\_; Ах \_\_ Р \_\_ L \_\_ V \_\_ F \_\_.

Жүйке-психикалық дамуы жасына сай; артта қалған (Нервно-психическое развитие соответствует возрасту; отстает). \_\_\_\_\_

### Клиникалық диагнозды негіздеу - Обоснование клинического диагноза

Шағымдары мен анамнез мәліметтерінің негізінде- на основании жалоб и данных анамнеза:

---

---

---

---

---

---

---

---

клиникалық объективті көрінісін ескере отырып - принимая во внимание клинические объективные данные: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

және параклиникалық қосымша тексерулердің қорытындысына неге негзделе отырып - основываясь на данные дополнительных параклинических методов исследования: \_\_\_\_\_

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

клиникалық диагноз қойылды – выставлен клинический диагноз: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Қосалқы диагнозы (Сопутствующий диагноз): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Емдеуө- оңалту шаралар жоспарын негіздеу (Обоснование плана лечебно-реабилитационных мероприятий):

- |   |  |
|---|--|
| 1. Тәртіп /Режим                                      | 2. Емдәм/Диета.                                |
| 3. Медикаментермен емдеу /<br>Медикаментозное лечение | 4. Физиемдеу<br>(физиолечение)                 |
| 5. Су процедурасы (водные процедуры)                  | 6. Массаж                                      |
| 7. ЕФК (ЛФК)  | 8. Логопед коррекциясы<br>(коррекция логопеда) |
| 9. Психолог коррекциясы<br>(коррекция психолога)      | 10. Музыкотерапия                              |
| 11. Еңбек терапиясы /Трудотерапия                     | 12. Ойын терапиясы<br>/Игротерапия             |
| 13. Ине салып емдеу<br>/Иглорефлексотерапия           | 14. Гидрокинезотерапия                         |
| 15. Бальнеотерапия                                    |  |

Көрсетімдері бойынша аясы тар мамандардың консультациялық жоспарын, клиникапараклиникалық зертханалық тексерулерді негіздеу (Обоснование плана консультаций узких специалистов и клинико-параклинико-лабораторных обследований по показаниям):

1. Окулист
2. лор-врач
3. Стоматолог
4. Невролог



Бөлім меңгерушісі (Зав.отделением) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 109/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 109/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Жедел медициналық жәрдем станциясының (бөлімшесінің)  
ШАҚЫРТУЛАРДЫ ТІРКЕУ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
РЕГИСТРАЦИИ ВЫЗОВОВ  
станции (отделения) скорой медицинской помощи**

Р/с № № п/п	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения
1	2	3	4

№ 109/е н. артқы беті  
Разворот ф. № 109/у

Шақырту себебі Повод к вызову	Шақырту түскен уақыт Время поступления вызова	Шақырту берілген уақыт Время передачи вызова	Шақырту кешіктірілген уақыт Время задержки вызова	Бригада нөмірі Номер бригады	Дәрігердің (фельдшердің) тегі Фамилия врача (фельдшера)
5	6	7	8	9	10

A5 форматы  
Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 110/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 110/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Жедел және шұғыл медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы**  
**Карта вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи**

Тегі Фамилия	Жынысы Пол е. ә м. ж.	Қызмет көрсету уақыты Дата обслуживания	Күні Дата	Айы Месяц	Жылы Год
Аты Имя	Қайта шақыру Повтор иә жоқ да нет	№ шығу бригадасының құрамы Состав выездной бригады №			
Әкесінің аты Отчество	<u>Нәтиже</u> Результат	дәрігер (фельдшер I) врач (фельдшер I)			
Жасы Возраст Жылы айы күні Лет месяцев дней	<u>1-диагноз</u> Диагноз 1	фельдшер II (медбике) фельдшер II (медсестра)			
Үйінің мекенжайы Домашний адрес	Асқыну, қосымша Осложнения дополнения	ЖМЖ бригадасына актив Актив для бригады СМП		№	Уақыты время
Жұмыс орны Место работы	Басқа аурулары Сопут. диагнозы	Учаскелік дәрігерге актив Актив для участ. врача		тел.	қабылдады принял
Қаралу, көмек көрсету, ауруханаға жатудан бас тарту Отказ от осмотра,	<u>Жарақат</u> түрі Вид травматизма			тел.	

оказания помощи, госпитализации				қабылдады принял
	Алкоголь иә жоқ да нет	Шақыру бойынша қосымша ақпарат Дополнительная информация по вызову		
Мен _____ қаралу, көмек көрсету, ауруханаға жатудан бас тартамын. Жедел жәрдем бригадасы қызметкерлерімен мүмкін болар асқыну мен бас тартудың салдары туралы ескертілдім. Қолы _____ Я _____ Отказываюсь от осмотра, помощи, госпитализации. Сотрудниками бригады скорой помощи я предупрежден о возможных осложнениях и последствиях своего отказа. Подпись	Жету уақыты Доезд	Жеткізілді және тапсырылды Доставлен и передан		
	Бригада босауы Освобожден ие бригад	Мекемеге В учреждение	Уақыты время	Ауруханаға жатқызу госпитализация
	Қашықтық (км) Километраж (км)	Сараптама бағасы Экспертная оценка		
		Сараптама кезеңі Этап экспертизы		С а р а п ш ы Э к с п е р т
		Аға дәрігер Старший врач		
		Бөлімше мең еруш. Зав. отделением	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		Бас дәріг.орынб. Зам. главного врача		

Шағымы / Жалобы: \_\_\_\_\_

Осы аурудың анамнезі / Анамнез настоящего заболевания: \_\_\_\_\_

Жалпы жағдайы Общее состояние			Везикулярлық везикулярное пуэрилдік пуэрильное қатқыл жесткое әлсізденген О С ослаблено П Л бронхореялық бронхорея	5
Қанағаттанарлық удовлетворител . Орташа средней тяжести 1 нашар 2 тяжелое 3 агониялық агональное биологиялы өлім биологи- ческая смерть	3 4 5 6	Сарғыш желтушны көгіс (көк ала) цианоз (акроцианоз) қызғылт гиперемия құрғақ-дымқыл сухие-влажные таза-бөртпе чистые-сыпь гипостаза	3 Сырылы: жоқ Хрипы: нет Құрғақ сухие Ылғалды влажные	6
Санасы Сознание	Жүрек - қан тамыр.жүйесі Сер.-сосудист. система			
Айқын ясное айқын емес 1 1,2 оглушен- 2 ность 1,2 3 сопор кома 4 1,2,3 ессіз отсутствует	1 2	Жүрек дыбысы: айқын, Тоны сердца:ясные тұншыққан, тұнық приглушенные, глухие  Шуылы: жоқ, Шумы:нет систолик, диастолик.,	4 Демікпесі: жоқ экспираторлы инспираторлы аралас Одышка: нет Экспираторная Инспираторная смешанная	7
Көңіл күйі Поведение			Жүйке жүйесі: Невролог. Статус:	
Сабырлы спокоен қозған возбужден әлсіз вял, тежелген заторможен	3	Тамыр соғуы: Пульс Қанағаттанарлық Удов. качес Ырғақты ритмичный Ырғақсыз аритмичный Толымды напряжен Толымсыз слабого наполнения Жоқ отсутствует	1 Патологиясыз Без патологии	8
Көз қарашығы Зрачки			2 Менингеалдық симптомдары: сірескен __ Кернига (+-) Брудзинский (+-) Симпт. Регидность п.п. Кернига (+-) Брудзинский (+-)	9  Аңқасы: Зев:
Қалыпты нормальное миоз-мидриаз жарыққа		Тыныс алу жүйесі Дыхательная система	Көз ұясы: Парез қыли О С көлденең, тік Глазные яблоки:	

әсері: 1 реакция на 2 свет 3 жанды 4 живая әлсіз ослабленная жоқ отсутствует анизокария D S	1	Көкірек керілуінің күйі: Экскурсия груд.кл: қалыпты; нормаль. төмендеген О С снижена П. Л. дем алуы ауытқулы; патолог. дыхание жоқ отсутствует	3	парез взора П Л Нистагм.гориз. верт.	1 2 3 4
Тері қабаты Кожные покровы	2	Тынысын тыңдау: Дыхание аускульт:	4	ЧМН:птоз О С мұрын-ерін қатпары жазық; жұтынуы бұзылған; тілі ауытқулы О С төменгі еріннің салбырауы ЧМН:птоз П Л Носогубн.скл.сглаж · нарушения глотания отклон.языка ПЛ опущение угла рта	Ас қорыту жүйесі: Пище- вари- тель- ная сист:  1
физиолог. 1 Түсті 2 бозғылт бледные бозғылт					

продолжение таблицы

Сіңір рефлекстері: қалыпты екі жақты төмендеген О С Ж Т жоғарылаған О С Ж Т жоқ Сухожильн. рефлексы: нормальн. Симметр. Снижены П Л В Н Повышен П Л В Н отсутствует	жағындымен обложен налетом	Етеккір циклы: бұзылмаған бұзылған	Емдеу нәтижесі Результаты лечения:
	2 Іші: жұмсақ, ауырсынбайды, ауырсынады, керілген, кеуіп тұр; тыныс алуға қатысуда (иә, жоқ) Живот: мягкий безболезн, болезн, напряжен, вздут участ. в дых. (да, нет)	2 Менструальный цикл: Без нарушений Нарушения	жақсарды өзгеріссіз нашарлады улучшение без изменений ухудшение
Қозғалу сферасы: парез (плегия) О С Ж Т ет қуаты жоғарылаған	Симптомдары: Щеткин-Бл. + - Ровзинга + -	Перифериялық ісіну Периферические отеки:	

<p>(төмендеген) О С Ж Т Двигатель. Сфера парез (плегия) П Л В Н тонус мышц повышен (снижен) П Л В Н</p>	<p>Ситковский + - 3 Ортнер + - Симптомы: Щеткина-Бл + - Ровзинга + - Ситковского + - Ортнера + -</p>	<p>Жоқ 1 отсутствует 2 ісіңкі _____ 3 пастозность іскен _____ _____</p>	
<p>Ауру сезімталдығы төмендеген О С Ж Т Болевая чувствитель снижен П Л В Н</p>	<p>Бауыры: Көк б. қалыпты қалыпты __ см-ге см-ге ұлғайған ұлғайған қатты қатты</p>	<p>ТАЖ ЧДД</p>	
<p>Афазия: моторлы сенсорлы, тоталды Афазия: моторная, сенсорная, тотальная</p>	<p>4 ауырсынады ауырсынады Печень: Селезенка в норме в норме увеличена увеличена см плотная см плотная болезнен болезнен</p>	<p>t ғ T C</p>	
<p>Бабинский симпт. О С Оппенгейм симп. О С перифериялық нервтердің тартылу симптомы с.Бабинского П Л с. Оппенгейма П Л с. натяж. периф. нервов</p>	<p>Несеп жыныс жүйесі Мочеполовая система</p> <p>1 Несеп жүруі: қалыпты дизурия _____ Мочеотделение: Нормальное Дизурия</p>	<p>Пульс</p> <p>ЖСЖ ЧСС</p>	
		<p>АҚҚ оң сол АД прав</p>	
<p>Қалыпты спокойный Қызарған гиперимия Ісіңкі отечность Таңдай:ұлғай ан., ірікілдеп</p>	<p>ССПО - + (О С) ССПО - + (П Л)</p>	<p>Қалыпты қан қысымы SaO</p> <p>Қан құ-</p>	



тұр., іріңдеп тұр Миндалины: увелич,рыхлы , пробки бездері			рамын- дағы қант Сахар крови	ммоль/л	ммоль/л
Тілі: таза, ылғалды- құрғақ Язык: чистый, влажный-сухой					

Status localis		Емдеу іс-шаралары Лечебные мероприятия	Шығын: Расход
Жедел жәрдем диагнозы Диагноз скорой помощи	Диагностиканың аспаптық әдітері Инструментальные методы диагностики:		

Картаны толтырған дәрігер(фельдшер) \_\_\_\_\_ (Колы)  
 Карту заполнил: врач (фельдшер) \_\_\_\_\_ (Подпись)

A5 форматы  
 Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 110-1/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 110-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның атауы  
Наименование организации

Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

УЧАСКЕЛІК ДӘРІГЕРГЕ ЖІБЕРІЛЕТІН ДАБЫЛ ПАРАҒЫ  
СИГНАЛЬНЫЙ ЛИСТ УЧАСТКОВОМУ ВРАЧУ

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ сағ. (час.) \_\_\_\_\_

Науқастың ТАӘ (ФИО больного) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

АҚҚ (АД) \_\_\_\_\_ ЖСЖ (ЧСС) \_\_\_\_\_

ТАЖ (ЧД) \_\_\_\_\_ Дене қызуы (Температура) \_\_\_\_\_

Диагнозы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Үйінде қалдырылған науқасқа көрсетілген көмек (Оказанная помощь  
больному, оставленному дома):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

АҚҚ (АД) \_\_\_\_\_

ЖСЖ (ЧСС) \_\_\_\_\_

ТАЖ (ЧД) \_\_\_\_\_

Дене қызуы (температура) \_\_\_\_\_

Шығу бригадасының дәрігері  
(Врач выездной бригады) \_\_\_\_\_

A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 114/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы  
Наименование организации

Медицинская документация Форма № 114/у  
Утверждена приказом  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

**Жедел медициналық жәрдем станциясының  
(сырқатнамасына тігіледі)  
ІЛЕСПЕ ПАРАҒЫ  
СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ  
станции скорой медицинской помощи  
(подшивается к истории болезни)  
№ \_\_\_\_\_**

Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_ Аты (Имя) \_\_\_\_\_  
Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_

сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам)

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Көшеден, пәтерден, жұмыс орнынан, медициналық ұйымнан, қоғамдық орындардан және т.б. әкетілді (Взят с улицы, квартиры, рабочего места, из медицинской организации, общественного места и др)).

жазыңыз (вписать)

Жедел жәрдем жолдаған кездегі диагнозы (Диагноз при направлении скорой помощи) \_\_\_\_\_

Жеткізілді (Доставлен в) \_\_\_\_\_

"\_\_" сағ. (час). "\_\_" мин. \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года)

Қабылданған шақырту бойынша: (По вызову принятому в):

"\_\_" сағ. (час). "\_\_" мин.

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

Тегін анық жазыңыз (Фамилия - разборчиво)

Фельдшер \_\_\_\_\_

Тасымалдау зембілмен, қолмен көтеріп, аяғымен (Переноска на носилках, на руках, пешком)

Жеткізілді (Доставлен в) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_ сағ.час \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_

қабылданған шақырту бойынша (по вызову, принятому в) \_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

Фельдшер Тегін анық жазыңыз (Фамилия- разборчиво)

Жедел, шұғыл жәрдем, емхана жолдағандағы диагнозы (астын сызыңыз және диагнозын жазыңыз) Диагноз при направлении скорой помощи, неотложной помощи, поликлиники (подчеркнуть и вписать диагноз) \_\_\_\_\_

Қабылдау бөлімшесінің диагнозы (Диагноз приемного отделения) \_\_\_\_\_

Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) \_\_\_\_\_

Операция 20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_ сағ. (час). \_\_\_\_\_

Амбулаториялық қызмет көрсетілді (Обслужен амбулаторно),) \_\_\_\_\_

өткізген күндері (провел дней) \_\_\_\_\_ сағ.

час. \_\_\_\_\_

Шықты: жазылып, жағдайы жақсарып, жақсарусыз, мертігулерімен, қайтыс болды

(Выписан: здоровым, с улучшением, без улучшения, с увечьем, скончался  
20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_)

Емдеу ұйымының ескертулері (жедел жәрдем қызметінің кемшіліктерін көрсетіңіз)

Замечания лечебной организации (указать недостатки обслуживания скорой помощью): \_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ бөлімше (отделения) \_\_\_\_\_  
тегін анық (фамилия разборчиво)

Қосымша мәліметтер алу қажет болған жағдайда жедел жәрдем станциясына телефон соғыңыз (В случае необходимости получить дополнительные сведения следует звонить на станцию)

A5 форматы  
Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 114/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 114/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағының**

**ТАЛОНЫ**

**(науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін  
жедел жәрдем станциясына жіберіледі)**

**ТАЛОН**

**к сопроводительному листу станции скорой медицинской помощи  
(после выписки или смерти больного пересылается на станцию  
скорой помощи)**

№ \_\_\_\_\_

Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_

Аты (Имя) \_\_\_\_\_

Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_

сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам)

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Мекенжайы (Адрес) \_\_\_\_\_

Көшеден, пәтерден, жұмыс орнынан, медициналық ұйымнан, қоғамдық орындардан және т.б. әкетілді (Взят с улицы, квартиры, рабочего места, из медицинской организации, общественного места и др)). \_\_\_\_\_

жазыңыз (вписать)

Қашан және не болды. (Когда и что случилось) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Көрсетілген көмек (Оказанная помощь) \_\_\_\_\_

Жедел жәрдем станциясы жеткізген науқастардың барлығы емдеу ұйымдарының қабылдау бөлімшелерінде міндетті түрде қабылдануы тиіс (Все больные, доставляемые станцией скорой помощи, подлежат обязательному приему в приемные отделения лечебных организаций.)

Жедел жәрдем қызметкерлерінің ескертулері  
(Замечания персонала скорой помощи)

Басқа ескертулер (Прочие замечания) \_\_\_\_\_

және т.б. (и т. д.)

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 115/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 115/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Жедел медициналық жәрдем станция жұмысының  
КҮНДЕЛІГІ

**ДНЕВНИК**  
**работы станции скорой медицинской помощи**

20\_\_ жылғы(года) за \_\_\_\_\_ бойынша

№ 115/е н. артқы беті  
 Разворот ф. № 115/у

Айдың күні Число месяца	Түскен шақыртулар саны Количество поступивших вызовов					
	Барлығы Всего	оның ішінде в том числе				
		қандай себептермен жедел жәрдем көрсетілді по оказанию скорой помощи по поводу			науқастарды тасымалдау бойынша по перевозке больных	
		жазатайым оқиға несчастных случаев	кенеттен ауруға шалдығу внезапных заболеваний	босану мен жүктілік патологиялары родов и патологий беременности	барлығы всего	оның ішінде шұғыл в том числе экстренных
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Шақыртудың негізсіздігі бойынша қабылданбады Отказано по необоснованности вызова	Орындалған шақыртулар Выполнено вызовов					
	Барлығы Всего	оның ішінде в том числе				
		қандай себептермен жедел жәрдем көрсетілді по оказанию скорой помощи по поводу			науқастарды тасымалдау бойынша по перевозке больных	
		жазатайым оқиға нсчастных случаев	кенеттен ауруға шалдығу внезапных заболеваний	босану мен жүктілік патологиялары родов и патологий беременности	барлығы всего	оның ішінде шұғыл в том числе экстренных
8	9	10	11	12	13	14

№ 115/е н. артқы беті  
 Разворот ф. № 115/у

--	--	--

Мамандандырылған бригадалар көмек көрсеткен адамдар саны Количество лиц, которым оказана помощь специализированными бригадами			Нәтижесіз шақыртулар саны Количество безрезультатных вызовов	Шығу кезінде медициналық көмек көрсетілген адамдар саны Количество лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах	
шокқа қарсы противо-шоковыми	инфарктіге қарсы противо-инфарктными	басқалар другими		оның ішінде в том числе	
				қандай себептермен жедел жәрдем көрсетілді по оказанию скорой помощи по поводу	
				барлығы всего	
15	16	17	18	19	

продолжение таблицы

Шығу кезінде медициналық көмек көрсетілген адамдар саны Количество лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах				
оның ішінде в том числе				
қандай себептермен жедел жәрдем көрсетілді по оказанию скорой помощи по поводу			науқастарды тасымалдау бойынша по перевозке больных	
жазатайым оқиға несчастных случаев	кенеттен ауруға шалдығу внезапных заболеваний	босану мен жүктілік патология- лары родов и патологий беременности	барлығы всего	оның ішінде шұғыл в том числе экстренных
20	21	22	23	24

продолжение таблицы

Шығу кезінде медициналық көмек көрсетілген адамдар саны Количество лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах			Емдеу ұйымына жеткізілген науқастар саны Количество	Станцияда амбулаториялық көмек көрсетілген науқастар саны Количество лиц,
оның ішінде ауылдық елді мекендерде из них в сельских населенных пунктах				
оның ішінде в том числе				
қандай себептермен жедел жәрдем көрсетілді		науқастарды тасымалдау бойынша		

барлығы всего	по оказанию скорой помощи по поводу			по перевозке больных		больных, доставленных в лечебную организацию	которым оказана амбулатор- ная помощь на станции
	жазатайым оқиға несчастных случаев	кенеттен ауруға шалдығу внезапных заболеваний	босану мен жүктілік патологиясы родов и патологий беременности	барлығы Всего	оның ішінде шұғыл в том числе экстрен- ных		
25	26	27	28	29	30	31	32

продолжение таблицы

Шыққан сәттен бастап орындалған шығулар саны Количество выездов, выполненных от момента выезда							Ескертпе Примечание
4 минутқа дейін до 4 -х минут	15 минуттан кейін -барлығы позже 15 минут - всего	оның ішінде в том числе					
		қандай себептермен жедел жәрдем көрсетілді по оказанию скорой помощи по поводу			науқастарды тасымалдау бойынша по перевозке больных		
		жазатайым оқиға несчастных	кенеттен ауруға шалдығу внезапных заболеваний	босану мен жүктілік патологиясы родов и патологий беременности	барлығы всего	оның ішінде экстренді в том числе экстренных	
33	34	35	36	37	38	39	40

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 117/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 117/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907



20\_\_ жыл бойынша шақыртулардың қабылдануын, олардың шұғыл және жоспарлы-консультациялық көмектер бөлімшесінің орындауын

тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ

регистрации приема вызовов, их выполнения отделением экстренной и планово-консультативной помощи за 20\_\_ год

Р/с № п /п	Шақыртудың күні мен уақыты Дата и время вызова	Кім және қайдан шақырды Откуда и кем сделан вызов	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Диагнозы немесе шақырту себебі Диагноз или причина вызова	Науқас қайда орналасқан Местонахождение больного
1	2	3	4	5	6

№ 117/е н. артқы беті  
Разворот ф. № 117/у

Консультант немесе бірге жүрген тұлға Консультант или сопровождающий		Көлік түрі Вид транспорта	Ұшып шығу (шығу) уақыты Время вылета (выезда)	Ауада қанша уақыт болды Налет часов	Көрсетілген көмек Оказанная помощь	Шақыртуды орындаған адамның қолы Подпись выполнявшего вызов
тегі, аты фамилия, имя	лауазымы, мамандығы должность, специальность					
7	8	9	10	11	12	13

A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 118/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 118/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Санитариялық ұшуға  
ТАПСЫРМА  
ЗАДАНИЕ  
на санитарный полет  
№ \_\_\_\_\_**

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ сағ.(час) \_\_ мин. \_\_\_\_

Командирге (Командиру) \_\_\_\_\_  
авиаотрядтың, бөлімнің, экипаждың (авиаотряда, звена, экипажа)

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ сағ.(час.) мин. ұшып барып келесі тапсырмамен  
(произвести полет)

(по следующему заданию):

Ұшу бағдары Маршрут полета	Қону пункті Пункт посадки	Медицина қызметкерінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество медицинского работника	Ұшу мақсаты Цель полета
1	2	3	4

Ескертпе (Примечание) \_\_\_\_\_

М.О.

М.П.

Шұғыл және жоспарлы-консультациялық көмек  
бөлімшесінің меңгерушісі  
(Заведующий отделением экстренной и  
планово-консультативной помощи)

№ 118/е н. артқы беті  
Оборотная сторона ф. № 118/у

**МӘЛІМЕТТЕР  
СВЕДЕНИЯ**

өтінімнің орындалуы туралы (о выполнении (заявки) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ санавиациямен (санавиацией)

Р/с № № п/п	Іс жүзіндегі ұшу бағдарының ұшып шығу және қону пункттері Пункты отправления и	Уақыты Время		Қанша километр өткені Пройдено километров	Қону пунктіндегі тұрған уақыты	Ұшқан сағаты Налет часов
		Ұшып келу прилета	Ұшып шығу вылета			
		мин.	мин.			



**ЗАДАНИЕ**  
**(врачу-консультанту)**

№ \_\_\_\_\_

Шұғыл жоспарлы-консультациялық көмек бөлімшесі (Отделение экстренной планово-консультативной помощи) \_\_\_\_\_

Шығуы жоспарлы, шұғыл. Көлік түрі (Выезд плановый, экстренный. Вид транспорта)

\_\_\_\_\_ (астын сызыңыз (подчеркнуть))

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Лауазымы, мамандығы (Должность, специальность) \_\_\_\_\_

Баратын жері (Пункт назначения) \_\_\_\_\_

Тапсырманың мазмұны (Содержание задания) \_\_\_\_\_

Шұғыл жоспарлы-консультациялық көмек бөлімшесінің меңгерушісі (Заведующий отделением экстренной и планово-консультативной помощи) \_\_\_\_\_

**КОНСУЛЬТАНТТЫҢ ЕСЕБІ**  
**ОТЧЕТ КОНСУЛЬТАНТА**

1. Консультация алған науқастар (Проконсультировано больных):

№ р/с п/п	Науқастың ТАӘ ФИО больного	Амб., стац.	Емдеу ұйымы қойған диагнозы Диагноз установленная ЛПО	Консультанттың қойған диагнозы Диагноз консультанта	Көрсетілген көмек Оказанная помощь

Профилактикалық қаралған адамдар саны (Число лиц, осмотренных профилактически)

2. Операция жасалынған науқастар: (стационарлық, емханалық) (Прооперировано больных: (стационарных, поликлинических)

Науқастардың тегі, аты, әкесінің аты, диагнозы, операциялар аты (Фамилии, имена, отчества больных, диагнозы, название операций)

3. Флюорография жасалды (Сделано флюорографий) \_\_\_\_\_

рентгеноскопия (рентгеноскопий) \_\_\_\_\_

рентгенография (рентгенографий) \_\_\_\_\_ басқа

аппаратық, аспаптық зерттеулер (қандай екенін жазыңыз) (других аппаратных, инструментальных исследований (вписать какие) \_\_\_\_\_

4. Науқастарға толығымен талдау жүргізілді (Произведено подробных разборов больных) \_\_\_\_\_

Қатысқан дәрігерлер (Присутствовало врачей) \_\_\_\_\_

5. Ұйымдастыру - әдістемелік жұмыстары (зерттелген ұйымдарды, өткізілген семинар, конференцияларды көрсетіңіз) (Организационно-методическая работа (указать обследованные организации, проведенные семинары, конференции))

Консультант (Консультант) \_\_\_\_\_

қолы (подпись)

М.О.

М.П. Бас дәрігер (Главный врач) \_\_\_\_\_

қолы (подпись)

продолжение

A4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 119/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 119/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
<b>Тапсырманың орындалғаны туралы АНЫҚТАМА СПРАВКА о выполнении задания</b>	
Консультант: тегі, аты, әкесінің аты (Консультант: фамилия, имя, отчество) _____	
Лауазымы, мамандығы (Должность, специальность) _____	
Баратын жері (Пункт назначения) _____	
Аванс берілді (Выдан аванс) _____	
(Р.О.Н.) _____	
Белгіленген пунктке шығуы және келуі туралы белгілер: (Отметки о выбытии и прибытии в пункт назначения):	
Шықты (Выбыл из) _____ 20__ жылғы(года) мөр (печать)	
Келді (Прибыл в) _____ 20__ жылғы(года) мөр (печать)	
Шықты (Выбыл из) _____ 20__ жылғы(года) мөр (печать)	
Келді (Прибыл в) _____ 20__ жылғы(года) мөр (печать)	
Бухгалтерия төлесін (Бухгалтерии оплатить за) _____ тәулікке, есеппен (суток из расчета по) _____ тенге	
тәулігіне және шығыстар (в сутки и расходы) _____	
Шұғыл, жоспарлы-консультациялық көмек бөлімшесінің меңгерушісі (Заведующий отделением экстренной и планово-консультативной помощи) _____	
қолы (подпись)	

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 120/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 120/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Жоспарлы шығуды (ұшып шығуды) тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации плановых выездов (вылетов)  
20\_\_ жыл (год) \_\_\_\_\_ бойынша (за)**

---

Р/с № № п/п	Күні Дата	Бригаданың (маманның) жолдану орны Место направления бригады (специалиста)	Қандай мақсатпен Для какой цели	Кім жіберді (тегі) Кто направляется (фамилия)
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Іс жүзінде ұшып шығу (шығу) күні Дата фактического вылета (выезда)	Көлік түрі Вид транспорта	Ұшып шығуға рұқсат берілмеу себебі Причина отмены вылета (выезда)	Ескертпе Примечание
6	7	8	9

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 121/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 121/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**учета приема детей в дом ребенка**

20\_\_ жыл (год) \_\_\_\_\_ бойынша (за)

Р/с № п/п	Түскен күні Дата поступления	Баланың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество ребенка	Туған күні (жылы, күні, айы) Дата рождения (год, число, месяц)	Кім жіберді Кем направлен
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Жіберу себебі Причина направления	Балалар үйіне қандай құжаттармен жіберілді С какими документами направлен в дом ребенка	Баланың туыстарының (әкесінің анасының, басқа жақын туыстарының, қамқоршының) тегі, аты, әкесінің аты, және мекенжайы Фамилия, имя, отчество и адрес родных ребенка (отца, матери, других близких родственников, опекунов )	Қайда ауыстырылды, балалар үйінен баланы кім қабылдап алды Куда переведен, кто принял ребенка из дома ребенка
6	7	8	9

продолжение таблицы

--	--	--	--

Баланың ауыстырылған немесе шыққан күні Дата перевода или выписки ребенка	Баланы қабылдаған ұйымның және адамның мекенжайы Адрес организации и лица, принявшего ребенка	Бала қандай құжаттар бойынша шықты және баланы қабылдаған адамның қолхаты По каким документам выписан ребенок и расписка лица, принявшего ребенка
10	11	12

продолжение таблицы

Баланы балалар үйінен кім шығарды Кто выписал ребенка из дома ребенка	Шығарған адамның қолы Подпись выписавшего	Қайтыс болған жағдайдағы белгілер (қайтыс болған күні және қайда екенін көрсету керек: ауруханада, балалар үйінде) Отметки о случае смерти (указать дату и где умер: в больнице, в доме ребенка)
13	14	15

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 122/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 122/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Бөбектер бақшасына балаларды қабылдауды есепке алу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**учета приема детей в ясли-сад**

20\_\_ жыл (год) \_\_\_\_\_ бойынша (за)

	Баланың тегі мен аты	Анасының тегі, аты,	Қыз Девочка	Баланың туған күні	Баланың бөбектер бақшасына	Мекенжайы мен телефоны















Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 150/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Гемодиализ емшараларын есепке алу  
КАРТАСЫ  
КАРТА  
учета процедур гемодиализа**

Стационарлық науқастың картасының № (Карта стационарного больного №)

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) \_\_\_\_\_  
Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество больного) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Жынысы: ер., әйел. – (астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. – подчеркнуть)  
Науқастың үйінің мекенжайы (Домашний адрес больного) \_\_\_\_\_  
Диагнозы \_\_\_\_\_

Гемодиализбен емдеудің басталған күні (Дата начала лечения  
гемодиализом) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ күні, айы, жылы (число, месяц, год)  
Осы ұйымда гемодиализбен емдеу тоқтатылған күн (Дата прекращения  
лечения гемодиализом в данной организации) \_\_\_\_\_

Гемодиализбен емдеуді тоқтату себебі (Причина прекращения лечения  
гемодиализом) \_\_\_\_\_

1. Трансплантацияға ауыстырылуы (Перевод на трансплантацию)
  2. Басқа гемодиализ бөлімшесіне ауыстырылуы (Перевод в другое  
отделение гемодиализа)
  3. Қайтыс болуы (Смерть)
  4. Жазылуы (Выздоровление)
- Керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть)

150/е н. артқы беті  
Оборот ф. № 150/у

**ГЕМОДИАЛИЗ ӨТКІЗІЛУІ ТУРАЛЫ БЕЛГІЛЕР  
ОТМЕТКА О ПРОВЕДЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗА**

Р/с № № п/п	Гемодиализ өткізілген күн Дата проведения гемодиализа	Дәрігердің қолы Подпись врача	Басқа белгілер Прочие отметки

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ЭКСТРАКОРПОРАЛДЫҚ ГЕМОКОРРЕКЦИЯНЫҢ  
КАРТАСЫ  
КАРТА  
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ**

Күні (Дата) 20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_

Науқастың ТАӘ (ФИО больного): \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жынысы (Пол) \_\_\_\_ Салмағы (Вес) \_\_\_\_\_

Диагнозы: \_\_\_\_\_

Өңделетін плазманың көлемі (Объем обрабатываемой плазмы)

\_\_\_\_\_ мл

Гепариндеу (Гепаринизация) \_\_\_\_\_; НЭХО (NaClO)

\_\_\_\_\_ температурада криопреципитаттау

(Криопреципитация при температуре)

20\_\_ жылдан (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ бастап (с), 20\_\_ жылға (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ дейін (по).

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ ерітілді (разморожена), супернатант

преципитаттан стерильді бөлініп алынды, гемосорбентті колонка арқылы

перфузияланды (супернатант стерильно отделен от преципитата,

перфузирован через колонку с гемосорбентом) \_\_\_\_\_

Колонканың көлемі (Объем колонки): \_\_\_\_\_

Реинфузия үшін плазмосорбциядан кейінгі науқас плазмасының көлемі

(Объем плазмы больного после плазмосорбции для реинфузии) \_\_\_\_\_

Асқынулар (Осложнения) \_\_\_\_\_

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) \_\_\_\_\_ мл., АҚ көлемі

(объем ЦК) \_\_\_\_\_ мл

есептік (расчетный)

Не жасалды (Что сделано) \_\_\_\_\_



Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

М.О.  
М.П.

Операциялық мейірбике (Операционная медсестра) \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі**  
**ПЛАЗМАФЕРЕЗ КАРТАСЫ**  
**КАРТА ПЛАЗМАФЕРЕЗА**  
**Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции**

20\_\_ жыл (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Науқастың ТАӘ (ФИО больного) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_ Салмағы  
(Вес) \_\_\_\_\_

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_

Телефоны \_\_\_\_\_ Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_

Диагнозы \_\_\_\_\_

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен плазмаферез  
курсына көрсетім бар (с целью иммунокоррекции, рекоррекции,  
детоксикации показан курс плазмафереза)

Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента(ки)  
на проведение операции получено)

Тамырға жету (Сосудистый доступ) \_\_\_\_\_

Инфузиялық-трансфузиялық терапия (Инфузионно-трансфузионная терапия)

Гепариндеу (Гепаринизация) \_\_\_\_\_

**Операцияның хаттамасы  
Протокол операции**

№						
Күні (Дата)						
Эксфузия мл/кг						
Эр.массасын реинфузия (Реинфузия эр.массы)						
Плазма алмастыру (Плазмазамещение)						
АҚҚ (АД)						
ЖЖС (ЧСС)						
ОВҚ (ЦВД)						
ТАС (ЧД)						
PO2						
Дене қызуы						
Асқынулар (Осложнения)						

Қосымша орындалды (Дополнительно выполнено): \_\_\_\_\_

Курс бойынша плазманың жалпы эксфузиясы (Общая эксфузия плазмы) (мл)

за курс \_\_\_\_\_

Жалпы плазма алмастыру (Общее плазмазамещение) \_\_\_\_\_

Ұсынымдар (Рекомендации) \_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО)

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі**  
**(қанның ультракүлгін сәулеленуі, қанның лазерлік сәулеленуі)**  
**КАРТАСЫ**  
**КАРТА**  
**(ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови)**  
**Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции**

20\_\_ жылға (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ күні (дата)

Науқастың ТАӘ (ФИО больного) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_ Салмағы  
(Вес) \_\_\_\_\_  
Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_  
Телефоны \_\_\_\_\_ Жұмыс орны (Место работы) \_\_\_\_\_  
Диагнозы \_\_\_\_\_

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен ҚУКСС (ҚЛС) (ЛОК (УФО)) курсына көрсетім бар  
(С целью иммуннокоррекции, рекоррекции, детоксикации показан курс УФОК (ЛОК)) қан нөмірі (крови номер) \_\_\_\_\_. Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента (ки) на проведение операции получено)  
Қанды фотомодификациялау уақыты (Время фотомодификации крови) \_\_\_\_\_ мин (сек)  
Қанды лазермен сәулелеу (Лазерное облучение крови):  
Қуаты (Мощность) \_\_\_\_\_ Вт (кВт), толқынның ұзындығы (длина волны) \_\_\_\_\_  
Қанды ультракүлгін сәулемен сәулелеу (Ультрафиолетовое облучение крови): қуаты (мощность) 8 Вт, толқынның ұзындығы (длина волны) \_\_\_\_\_

**Қанды фотомодификациялау операциясының хаттамасы:**  
**Протокол операции фотомодификации крови:**

Күні (Дата), №						

Гепариндеу Гепаринизация						
Операцияның басталуы Начало операции						
Операцияның аяқталуы Конец операции						
Тамырға жету Сосудистый доступ						
Аппарат						
Науқастың жағдайы Состояние больного						
АҚҚ (АД)						
Тамыр соғысы (Пульс)						
Асқынулары (Осложнения)						

Операция кезінде вена арқылы немесе экстракорпоралды қосымша енгізілді (Во время операции дополнительно введено внутривенно или экстракорпорально):

---



---



---



---



---

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_  
ТАӘ (ФИО)

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ЭКСТРАКОРПОРАЛДЫҚ ГЕМОТУЗЕТУ БӨЛМЕСІ  
плазманы сүзгілеу

**КАРТАСЫ**  
**КАРТА**  
**плазмофльтрации**  
**КАБИНЕТ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ**  
№ \_\_\_\_\_

Гемосорбция (Гемосорбции)

Күні (Дата) 20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Науқастың ТАӘ (ФИО больного): \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_, Жынысы (пол) \_\_\_\_\_,

Салмағы (вес) \_\_\_\_\_

Диагнозы: \_\_\_\_\_

Гемосорбентті өңдеу (Обработка гемосорбента) \_\_\_\_\_

Плазманы сүзгілеу \_\_\_\_\_

Операцияның басталуы (Начало операции) \_\_\_\_\_

Операцияның аяқталуы (Конец операции) \_\_\_\_\_

Тамырға жету (Сосудистый доступ) \_\_\_\_\_

Премедикация \_\_\_\_\_

Инфузиялық-трансфузиялық терапия (Инфузионно-трансфузионная терапия):

Гепариндеу (Гепаринизация): \_\_\_\_\_

Масса айырбастағыш құрылғы (Массообменное устройство)

көлем (объем) \_\_\_\_\_

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) \_\_\_\_\_ мл., АҚ көлемі

(объем ЦК) \_\_\_\_\_ мл

есептік (расчетный)

Операция кезінде науқасқа енгізілді (Во время операции больному

введено): \_\_\_\_\_

Операция кезіндегі науқастың жағдайы (Во время операции состояние

больного): \_\_\_\_\_

ОВҚ (ЦВД) \_\_\_\_\_; АҚҚ (АД) \_\_\_\_\_; ЖЖС(ЧСС)

Асқынулары (Осложнения) \_\_\_\_\_

Не істелді (Что сделано) \_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

Операциялық мейірбике (Операционная мед.сестра) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 202/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 202/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ВЕЛОЭРГОМЕТРИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ ХАТТАМАСЫ  
ПРОТОКОЛ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
Туған күні \_\_\_\_\_ жасы \_\_\_\_\_ жынысы \_\_\_\_\_  
(Дата рождения) (возраст) (пол)  
Зерттелген күні \_\_\_\_\_ бөлімшесі \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Дата исследования) (отделение)  
Сырқатнама № \_\_\_\_\_  
(№ истории болезни)  
Диагнозы \_\_\_\_\_  
(Диагноз)  
Коронарография \_\_\_\_\_  
(Коронарография)

	ЖЖС (ЧСС)	Қан қысымы (Артериальное давление)	Ескертпе (Примечание)
Қалыпты жағдайы (В покое)			
Жүктеме кезінде (При нагрузке)			
1,6-10вт-60 кгм			
4,0-25вт-150 кгм			
8,0 50 300			
12,0 75 450			
16,0 100 600			
20,0 125 750			
24,0 150 900			
28,0 175 1050			
32,0 200 1200			
48,0 300 1800			

64,0 400 2400

ДП: Макс ЧСС x Макс САД

\_\_\_\_\_ = ш.б. оттектегі мұқтаждылығы (потребность в  
100 \_\_\_\_\_ кислороде)

Жүктеме келесі себептермен тоқтатылды \_\_\_\_\_  
(Нагрузка прекращена в связи)

Қалпына келу кезеңі \_\_\_\_\_  
(Период восстановления)

Қорытынды \_\_\_\_\_  
(Заключение)

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

A5 форматы Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 203/у нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 203/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	P - Q = сек. Q R S = сек. QRST (Q - T) = сек. R - R = сек. RI: RII:RIII= RaVF: SaVF= ЖСС (ЧСС) = Патологиялық тістердің
<b>ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА №</b>		





Фонокардиограмма бойынша қорытынды (Заключение по фонокардиограмме) № \_\_\_\_\_  
 Дәрігер ТАӘ (Врач ФИО) \_\_\_\_\_  
 қолы (подпись) \_\_\_\_\_

продолжение

209/е н. артқы беті  
 Обратная сторона ф.№ 209/

**ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ**  
**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Q - I дыбыс (тон): \_\_\_\_\_  
 I дыбыс (тон): \_\_\_\_\_  
 II дыбыс (тон): \_\_\_\_\_  
 III дыбыс (тон): \_\_\_\_\_  
 Ашылу тырсылы (Щелчок открытия) \_\_\_\_\_  
 Митраль қақпақшасы (митрального клапана): \_\_\_\_\_  
 Перикардиалдық дыбыс (Перикардиальный тон): \_\_\_\_\_  
 Басқа дыбыстар (Другие тоны): \_\_\_\_\_

Шуылдар Шумы	Нысаны Форма	Ұзақтығы Продолжительность	Эпицентр	Амплитуда	Жиіліктігі Частотность	Дыбыстармен байланысы Связь с тонами
Систолалық Систолический						
Диастолалық Диасто- лический						
Систоло- диасто- лалық Систоло- диасто- лический						
Перикард үйкелісі Трения перикарда						
Басқа шуылдар Другие шумы						

Зерттеуді жүргізген (Исследование проводил) \_\_\_\_\_

ТАӘ, (қолы)

(ФИО, подпись)

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 212/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 212/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ЖҮРЕК ҚЫЗМЕТІНІҢ ФАЗАЛЫҚ ТАЛДАУ (ПОЛИКАРДИОГРАФИЯ)  
ФАЗОВЫЙ АНАЛИЗ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ПОЛИКАРДИОГРАФИЯ)**

ТАӘ (ФИО) _____ _____	Гемодинамика фазаларының атаулары мен көрсеткіштері Наименование фаз и показателей гемодинамики	Қалыптылығы Размерность (сек.)	Рауаны тербелістер шегі Пределы допустимых колебаний	Іс жүзіндегі деректер Фактические данные
Туған күні (Дата рождения) _____	R - R	сек.		
Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____ Бойы (Рост) _____	АС	-"-	0,04 - 0,07	
Бөлімше (Отделение) _____	ИС	-"-	0,02 - 0,05	
Сырқатнама № (№ истории болезни) _____	ПН	-"-	0,06 - 0,11	
Зерттеу күні (Дата исследования) _____	ПИ	-"-	0,21 - 0,30	
Диагнозы _____	So	-"-	0,29 - 0,35	
_____	Sm	-"-	0,23 - 0,34	
_____	КБ	-"-	2,5 - 4,5	
_____	ВСП	%	85-94	
_____	ИНМ	%	20-29	
_____	VI	мм.сын.бағ. /сек. (мм.рт.ст./ сек.)	1500 - 4500	
_____	Ve	мл. /сек.	200 - 500	
_____				

	ВИМО	сек.	15-21	
--	------	------	-------	--

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_  
 қолы (подпись) \_\_\_\_\_  
 ТАӘ (ФИО)

А4 форматы  
 Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 213/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 213/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Эхокардиографиялық тексеру  
 КАРТАСЫ  
 КАРТА  
 эхокардиографического обследования**

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз) \_\_\_\_\_  
 Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
 Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_ Салмағы (Вес) \_\_\_\_\_ Дене аумағы  
 (Поверхность тела) \_\_\_\_\_  
 Митраль қақпақшасы (Митральный клапан) \_\_\_\_\_

Қолқаның негіздемесі (Основание аорты) \_\_\_\_\_  
 Қолқа қақпақшасы (Аортальный клапан) \_\_\_\_\_

Үшжармалы қақпақша (Трикуспидальный клапан) \_\_\_\_\_

Өкпе артериясы (Легочная артерия) \_\_\_\_\_  
 Өкпе артериясының қақпақшасы (Клапан легочной артерии) \_\_\_\_\_  
 Сол жақ жүрекше. Диастола кезіндегі өлшемі (Левое предсердие. Размер  
 в диастолу) \_\_\_\_\_

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) \_\_\_\_\_

Оң жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола кезіндегі өлшемі (Правый желудочек. Размер полости в диастолу) \_\_\_\_\_

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) \_\_\_\_\_

Сол жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола соңындағы өлшемі (Левый желудочек. Конечно- диастолический размер полости) \_\_\_\_\_

Қуыстың систола соңындағы өлшемі (Конечно-систолический размер полости) \_\_\_\_\_

Диастола көлемі (Диастолический объем) \_\_\_\_\_

Систола көлемі (Систолический объем) \_\_\_\_\_ Соғу көлемі (Ударный объем) \_\_\_\_\_

Аластау фракциясы (Фракция изгнания) \_\_\_\_\_

Диастола кезіндегі артқы қабырғаның қалыңдығы (Толщина задней стенки в диастолу) \_\_\_\_\_

Систола кезіндегі (В систолу) \_\_\_\_\_

Сол жақ жүрек қарыншасының аластау уақыты (Время изгнания левого желудочка) \_\_\_\_\_

Қарынша аралық қалқа (Межжелудочковая перегородка) \_\_\_\_\_

Жүрекқап сарысуының болуы (Наличие перикардального выпота) \_\_\_\_\_

Эхокардиограмманың қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности эхокардиограммы) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

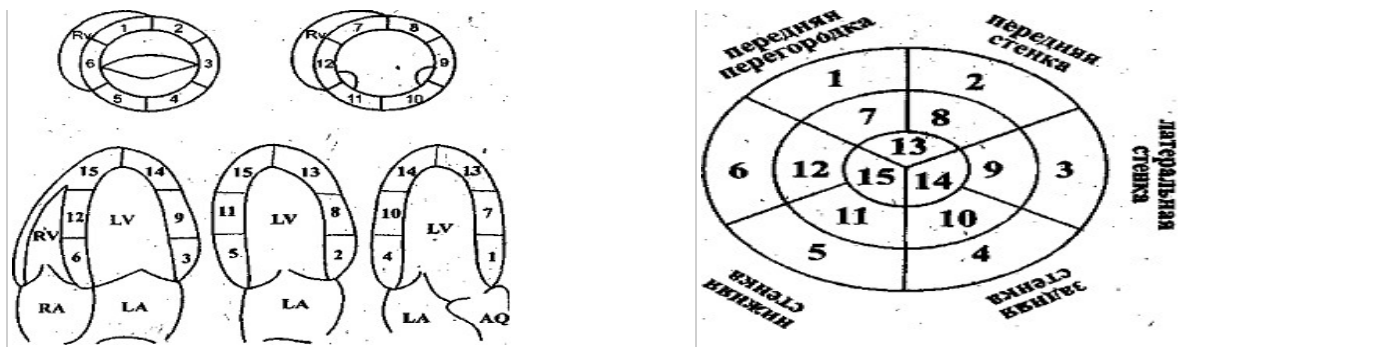
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сегменттер бойынша жергілікті жиырылғыштығы (Локальная сократимость по сегментам):

- |   |  |
|---|--|
| 1) Базалық алдыңғы-қалқалық<br>(Базальный передне-перегородочный) | 9) Ортаңғы алдыңғы- қапталдық<br>(Средний передне-боковой)   |
| 2) Базалық алдыңғы<br>(Базальный передний)                        | 10) Ортаңғы артқы- қапталдық<br>(Средний задне-боковой)      |
| 3) Базалық алдыңғы-қапталдық<br>(Базальный передне-боковой)       | 11) Ортаңғы артқы (Средний задний).                          |
| 4) Базалық артқы –қапталдық<br>(Базальный задне-боковой)          | 12) Ортаңғы артқы-қалқалық<br>(Средний задне-перегородочный) |
| 5) Артқы базалық<br>(Базальный задний)                            | 13) Алдыңғы –ұштық<br>(Передне-верхушечный)                  |
| 6) Базалық артқы-қалқалық<br>(Базальный задне-перегородочный)     | 14) Ұштық-қапталдық<br>(Верхушечный боковой)                 |
| 7) Ортаңғы алдыңғы-қалқалық<br>(Средний передне-перегородочный)   | 15) Ұшттық артқа<br>(Верхушечный задний)                     |
| 8) Ортаңғы алдыңғы<br>(Средний передний)                          | 16) Қалқалық-ұшттық<br>(Перегородочно-верхушечный)           |

--	--



Қорытынды (Заключение) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

\* Ескертпе (Примечание):

- II. Алдыңғы қалқа – предняя перегородка
- Алдыңғы қабырға – передняя стенка
- Төменгі қабырға – нижняя стенка
- Артқы қабырға – задняя стенка
- Бүйірлік қабырға – латеральная стенка

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 213-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 213-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің  
КАРТАСЫ  
КАРТА  
лечащегося в кабинете лечебной физкультуры  
№ \_\_\_\_\_

1. Тегі, аты әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_
2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_
3. Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз) Пол: муж., жен, (подчеркнуть)
4. Науқасты жіберген бөлімше (Отделение, направившее больного) \_\_\_\_\_
5. Негізгі клиникалық диагнозы (Основной клинический диагноз) \_\_\_\_\_
6. Науқас қандай сырқаттың салдарынан ЕДШБ-не жолданды (Заболевание, по поводу, которого больной направлен на ЛФК) \_\_\_\_\_
7. Науқастың шағымы (Жалобы больного) \_\_\_\_\_
8. Функциялық сынағалар (Функциональные пробы):

Күні Дата	Жүктемеге дейін До нагрузки			Жүктемеден кейін После нагрузки		
	тамыр соғысы пульс	АҚҚ АД	тыныс алуы дыхание	тамыр соғысы пульс	АҚҚ АД	тыныс алуы дыхание
1	2	3	4	5	6	7

9. Антропометриялық деректер\* (Антропометрические данные\*):

Күні Дата	Бойы Рост		Сал- мағы Вес	Кеудесінің шеңбері Окружность грудной клетки				Спиро- метрия	Қол динамометриясы Динамометрия ручная	
	тұрғанда стоя	отырғанда сидя		Дем алу Вдох	Дем шығару Выдох	Аралық Пауза	Экскурсия		Оң Правая	Сол Левая

- Ескертпе: кеудесін өлшеу, спирометрия өкпе аурулары болған кезде жүргізіледі. Динамометрия, буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу артриттер болған кезде жүргізіледі.

- Примечание: измерение грудной клетки, спирометрия проводится при заболеваниях легких. Динамометрия, измерение объема движений по суставам проводится при артритах.

10. Буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу (Измерение объема движений по суставам)

Күні Дата	Буын Сустав	Қозғалыс көлемі Объем движений	
1	2	3	4

11. ЕДШБ дәрігерінің тағайындағандары (Назначения врача ЛФК)

---



---



---



---



---



---

12. ЕДШБ нұсқаушысының белгілері (Отметки инструктора ЛФК)

---



---



---



---

13. ЕДШБ емшараларының нәтижелерін есепке алу (Учет результатов процедур ЛФК):

Күні Дата	Тамыр соғысы Пульс		Субъективті деректер Субъективные данные	Күні Дата	Тамыр соғысы Пульс		Субъективті деректер Субъективные данные
	шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннан кейін после занятий			шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннан кейін после занятий	

Дәрігердің қорытындысы (Врачебное заключение) \_\_\_\_\_

---



---

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 225/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 225/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ӨаЭФЗ ХАТТАМАСЫ-өңеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу  
ПРОТОКОЛ ЧпЭФИ – чрезпищеводного  
электрофизиологического исследования  
№ \_\_\_\_\_**

Күні (Дата) " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы(года).

ТАӘ(ФИО) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Дене салмағы (Масса тела) \_\_\_\_\_ кг.

Диагнозы (диагноз): \_\_\_\_\_

---

Кім жіберді (Кем направлен) \_\_\_\_\_  
 ӨаЭФЗ параметрлер: 9,5 мс импульсінің ұзақтығы, деңгейлі амплитуда  
 (Параметры ЧпЭС: длительность импульса 9,5 мс; амплитуда пороговая)  
 \_\_\_\_\_ В,  
 қалыпты (рабочая) \_\_\_\_\_ в, эл-дің қойылу тереңдігі (глубина  
 установки эл-да) \_\_\_\_\_ см.

	Қалыпты, мс Норма, мс	Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов	Вегетативтік блокададан кейін После вегетативной блокады	
			атропин мг.	атропин мг.+ обзидан мг.
ЖЖЖ 1 минутта ЧСС в 1 минуту				
Ж О Ц ССЦ. мс				
1. Синус торабының функциясы СТФҚКУ Функция синусового узла ВВФСУ, мс	до 1400			
СТФҚКТУ КВВФСУ, мс	до 525			
2. Өткізгіштігі Проводимость ВСАП, мс	до 206			
АВ Венкебах нүктесі (точка Венкебаха)	130-180 в 1 минуту			
ЭРП АВ - қосылымның (ЭРП АВ-соединения)				
Қарыншалардың ерте қозусы С-м предвозбуждения желудочка				
ЭРП Қосымша антероградтың жолдың (антероградного доп. пути)				

3. Тахиаритмияларды зерттеу Изучение тахиаритмий	Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов	В/а енгізгеннен кейін После введения в/в		
		мг	мг	мг
Тахиаритмия формасы Форма тахиаритмий				
1 минуттағы жиілігі Частота в 1 минуту				
В-А, мс				
Тахикардия "терезесі" "Окно" тахикардии				



Тоқтату	ӨаЭС				
Купирующая	ЧпЭС				

4. ЖИА-ын диагностикалауға арналған жүктеме тесті (Нагрузочный тест для диагностики ИБС):

1 минуттағы ӨаЭС жиілігі Частота ЧпЭС в 1 минуту	АҚҚ АД	Стенокардия деңгейі Порог стенокардии			Ескертпе Примечание	
		Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикамента	Қабылдағаннан кейін После приема			
			мг/с	мг/с		мг/с
100						
110						
120						
130						
140						
150						
160						

5. Асқынулар (Осложнения):

Қорытынды (Заключение): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Нұсқаулар (Рекомендации): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач): \_\_\_\_\_ қолы (подпись) \_\_\_\_\_

A5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 226/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы  
Наименование организации

Медицинская документация Форма № 226/у  
Утверждена приказом  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

**РЕОГРАФИЯ**

20\_\_ жылғы (года) “\_\_” \_\_\_\_\_  
Сырқатнама (амбулаториялық картасы) № \_\_\_\_ (№ истории болезни (амбулаторной карты))

\_\_\_\_\_ бөлім (отделение)

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Диагнозы \_\_\_\_\_

QREL \_\_\_\_\_ E жүйе. (сис.) \_\_\_\_\_

E жылдам (E быст). \_\_\_\_\_ RR \_\_\_\_\_

Баяу E (E медл). \_\_\_\_\_ ИНМ \_\_\_\_\_

E макс. \_\_\_\_\_ Ag|Fd \_\_\_\_\_

Шығарылу E (E изгн). \_\_\_\_\_ УО \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pg

\_\_\_\_\_ МОК

ҚОРЫТЫНДЫ:  
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО)

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

КЕСУ СЫЗЫҒЫ ЛИНИЯ ОТРЕЗА

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 229/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 229/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ЗОНАЛЬДЫҚ РЕОГРАФИЯ**  
**ЗОНАЛЬНАЯ РЕОГРАФИЯ**

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
Сықатнама (амбулаториялық картасы) № \_\_\_\_\_ (№ истории болезни (амбулаторной карты) бөлім (отделение)

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Диагнозы \_\_\_\_\_

ЖЕЛДЕТУ:  
ВЕНТИЛЯЦИЯ:  
ОҢ ӨКПЕ (ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ) - %  
СОЛ ӨКПЕ (ЛЕВОЕ ЛЕГКОЕ) - %  
ҚАН ЖҰРУІ:  
КРОВОТОК:  
ОҢ ӨКПЕ (ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ) - %  
СОЛ ӨКПЕ (ЛЕВОЕ ЛЕГКОЕ) - %  
ҚОРЫТЫНДЫ:  
ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_  
Т А Ә ( Ф И О )  
Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 231/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 231/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

### СПИРОГРАФИЯ

20 \_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Сықатнама (амбулаториялық картасы) № \_\_\_\_\_ (№ истории болезни (амбулаторной карты)  
\_\_\_\_\_ бөлімше (отделение)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_ Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Диагнозы (диагноз) \_\_\_\_\_

ӨӨК (ЖЕЛ) \_\_\_\_\_

ӨЖЖШ (МВЛ) \_\_\_\_\_

ДҚК (РВ)/ӨЖЖШ (МВЛ) \_\_\_\_\_

ӨЖӨК (ФЖЕЛ) \_\_\_\_\_

ДҚК (РВ) \_\_\_\_\_

О2ПК (КИ О2) \_\_\_\_\_

ПТМ \_\_\_\_\_

ҚОРЫТЫНДЫ  
ЗАКЛЮЧЕНИЕ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дәрігер (врач) \_\_\_\_\_

ТАӘ( ФИО)

қолы (подпись) \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 243/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 243/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ**

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Сырқатнама немесе амбулаториялық картаның № \_\_\_\_\_ (Истории болезни или амбулаторной карты)  
Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_ Туған күні (Дата  
рождения) \_\_\_\_\_

Мидың орта құрылымдарының ауытқуы (бар, жоқ) (Смещение срединных  
структур мозга (есть, нет)

Тм = Т

III қарынша (III желудочек): ені (ширина) \_\_\_\_\_ мм

Солқылдауы (Пульсация) күшейген (усилена) 1/3 2/3 М – жаңғырық (эхо)

күшеймеген (не усилена)

ширыққан (напряжена)

ширықпаған (не напряжена)

№ 243/е. н. артқы беті  
(Оборотная сторона ф.№ 243/у )

М – жаңғырықтың пішіні өзгерген, өзгермеген (М-эхо деформирован, не изменен)

Қосымша импульстар бар, жоқ (дополнительные импульсы есть, нет)

Амплитудасы орташа, жоғары, төмен (Средней, высокой, низкой амплитуды)

Бірлі – жарым, қалыпты мөлшерде, көп санды (Единичные, умеренные, большое количество) Қорытынды  
(Заключение) \_\_\_\_\_

Белгілері бар, жоқ (Признаки да, нет) \_\_\_\_\_

Әлсіз, қалыпты, көрнекі (Слабо, умеренно, значительно выраженные)

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

Т.А.Ә (Ф.И.О)

қолы (подпись) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 243-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 243-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

## Электроэнцефалография

Тегі, аты, әкесінің аты \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество)

Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_

Диагнозы \_\_\_\_\_

ЭЭГ негізгі түсі (Фоновая ЭЭГ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Фотостимуляция \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Гипервенияция \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Қорытынды (заключение):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ 20\_\_ жыл (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 246/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 246/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ПЕРИФЕРИЯЛЫҚ ҚАН ТАМЫРЛАРЫН ФУНКЦИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ**  
**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ**

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Диагнозы \_\_\_\_\_

Зерттеу күні (Дата исследования): 20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

1.Реография

	Амплитуда		Индекс		Коэф. асим.	
	оң правый	сол левый	оң правый	сол левый		
Табандар						<b>3. Капилляроскопия</b> Зерттеу орны, жалпы көрінуі, негізгі түсі, капиллярлық тордың қоюлығы, орналасуы және капиллярлар пішіні. Анастомоздар, субкапиллярлық өрімдер. Қан жүруі. (Место исследования, общая видимость, фон, густота капиллярной сети, расположение и форма капилляров. Анастомозы, субкапиллярные сплетения. Ток крови)
Стопы						
Балтырлар						
Голени						
Сандар						
Бедра						
Саусақтар						
Кисти						
Білектер						
Предплечья						
Иықтар						
Плечи						

2.Көлемдік сфигмография

Объемная сфигмография

		АГП		Көтеру уақыты Время подъема	
		оң правый	сол левый	оң правый	сол левый
Балтырдың	т/з				
Н/з голени					
Балтырдың	ж/з				
В/з голени					
Санның	о/з				
Ср/з бедра					
Білектің	т/з				
Н/з предплечья					
Білектің	ж/з				
В/з предплечья					

Иықтың Ср/з плеча	о/з			
----------------------	-----	--	--	--

ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТТЕУ  
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Зерттеу күні (Дата исследования) 20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Сырқатнама немесе амбулаториялық картаның № (№ истории болезни или амбулаторной карты) \_\_\_\_\_

Науқастың ТАӘ (ФИО пациента) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Бауыры: көлемі (Печень: размеры) \_\_\_\_\_ құрылысы (структура) \_\_\_\_\_

Өт қабы: көлемі (Желчный пузырь: размеры) \_\_\_\_\_ қабырғалары (стенки) \_\_\_\_\_

Иіні (перегиб) \_\_\_\_\_ қуыста қою өт, конкременттер (в полости сгущенная желчь, конкременты) \_\_\_\_\_

Ұйқы безі: өлшемі (Поджелудочная железа: размеры) \_\_\_\_\_ қабы (капсула) \_\_\_\_\_ құрылысы (структура) \_\_\_\_\_

Бүйрек: орналасуы (Почки: расположение) \_\_\_\_\_

Тостақша-түбекше аппараты (Чашечно-лоханочный аппарат) \_\_\_\_\_

Конкременттер (Конкременты) \_\_\_\_\_

Жатыр: өлшемдері (Матка: размеры) \_\_\_\_\_ құрылысы (структура) \_\_\_\_\_

Аналық бездер: сол жақ (Яичники: левый) \_\_\_\_\_ оң жақ (правый) \_\_\_\_\_

Қуықасты безі: өлшемдері (Предстательная железа: размеры) \_\_\_\_\_

Құрылысы (структура) \_\_\_\_\_



ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_  
ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_ қолы (подпись)

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Емшек бездерін зерттеу хаттамасы**  
**Протокол исследования грудных желез**

№ \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_

Оң жақ сүт безі (Правая молочная железа)

Сол жақ сүт безі (Левая молочная железа)

Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована)).

Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена))

Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен))

Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, glandулалық)

(Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная,

гланулярная)) \_\_\_\_\_  
Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков) \_\_\_\_\_  
Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков) \_\_\_\_\_  
Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Сол жақ сүт безі (Правая молочная железа)  
Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована))  
Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена))

Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен))

Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, гланулярлық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, гланулярная)) \_\_\_\_\_

Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков) \_\_\_\_\_  
Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков) \_\_\_\_\_  
Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Қорытынды (Заключение)

Қолы (Подпись)

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ТЕКСЕРУ**  
**(жатыр, жатыр мойыны, аналық без)**  
**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**  
**(матки, шейки матки, яичника)**

№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_



Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись): \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу**  
**Ультразвуковое исследование беременной**

№ \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Кім жіберді (Кем направлен) \_\_\_\_\_  
Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) \_\_\_\_\_

**Зерттеу деректері**  
**Данные исследования**

Жағдайы (Положение) \_\_\_\_\_  
Алдында жатқан (Предлежит) \_\_\_\_\_  
Позициясы (Позиция) \_\_\_\_\_ БПР \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ мм \_\_\_\_\_ апта (недель)  
Кеудесі (Грудь) \_\_\_\_\_ мм  
Іш қуысының диаметрі (Диаметр брюшной полости)  
\_\_\_\_\_ мм.  
Саны (Бедро) \_\_\_\_\_ мм \_\_\_\_\_ апта  
(недель)  
Ұрықтың ағзасы (Органы плода): миы (мозг) \_\_\_\_\_  
Жүрегі (Сердце) \_\_\_\_\_  
Бауыры (Печень) \_\_\_\_\_  
Іш қуысы (Брюшная полость) \_\_\_\_\_

Ұрықтың жүрек қызметі (Сердечная деятельность) плода \_\_\_\_\_

Ұрықтың қимылдық белсенділігі (Двигательная активность плода) \_\_\_\_\_

Бала жолдасының орнығуы (Локализация плаценты) \_\_\_\_\_

Бала жолдасының төменгі шеті (Нижний край плаценты на) \_\_\_\_\_ см. ая (лоно), ішкі аңқа деңгейінен биік (выше уровня лона, внутреннего зева)

Бала жолдасының қалыңдығы (Толщина плаценты) \_\_\_\_\_ см.

Бала жолдасының құрылымы (Структура плаценты) \_\_\_\_\_

Ұрық маңы суларының мөлшері (Количество околоплодных вод) \_\_\_\_\_

Қорытынды мен нұсқаулар (Заключения и рекомендации): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 247-3/1е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-3/1у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы  
(Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности)**

20 \_\_ ж (г) " \_\_ " \_\_\_\_\_ Зерттеу (исследования) N \_\_\_\_\_

Зерттеу \_\_\_\_\_ аппаратында жүргізілді

(Исследование проведено на аппарате)

Пациенттің ТАӘ (ФИО беременной) \_\_\_\_\_

жасы (возраст) \_\_\_\_\_  
Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация)  
Жүктіліктің I-ші триместріндегі (10-14 апта) ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (протокол ультразвукового обследования в I триместре беременности (10 - 14 недель)  
Жүктілік мерзімі (Срок беременности) \_\_\_\_ апта (неделя) \_\_\_\_ күн (день)  
Босанудың болжамды күні (Предполагаемая дата родов) 20 \_\_ жыл (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
Зерттеу түрі: трансабдоминалды, трансвагиналды (Вид исследования: трансабдоминальный, трансвагинальный (нужное подчеркнуть))  
Ұрық жатыр қуысында (В полости матки визуализируется, плод) \_\_\_\_\_ көрінеді  
Сегізкөз-бел өлшемі \_\_\_\_\_ мм, етеккір мерзіміне сәйкес, сәйкес емес (КТР соответствует, не соответствует менструальному сроку)  
Ұрықтың жүрек соғысының жиілігі (частота сердечных сокращений плода) \_\_\_\_\_ 1 минуттағы соғуы (ударов в 1 минуту)  
Жаға кеңістігінің қалыңдығы (Толщина воротникового пространства) \_\_\_\_\_ мм  
Ұрықтың мұрын сүйектерінің ұзындығы (Длина носовых костей плода) \_\_\_\_\_ мм  
Ұрықтың анатомиясы (Анатомия плода)  
Бассүйек күмбезінің сүйектері (Кости свода черепа) \_\_\_\_\_  
«Көбелек» («Бабочка») \_\_\_\_\_ Асқазан (Желудок) \_\_\_\_\_  
Алдыңғы іш қуысы (Передняя брюшная стенка) \_\_\_\_\_  
Қуық (Мочевой пузырь) \_\_\_\_\_  
Омыртқа (Позвоночник) \_\_\_\_\_  
Аяқ-қолдары (Конечности) \_\_\_\_\_  
Сарыуыз қабының орталық ішкі диаметрі (СВД желточного мешка) \_\_\_\_\_ мм  
Хорионның ерекше орналасуы: жатырдың алдыңғы, артқы, оң, сол қабырғалары, түбі, ішкі аңқа жанында (Преимущественная локализация хориона: передняя, задняя, правая, левая, боковая стенка, дно матки, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть)  
Хорион құрылымы: өзгермеген, өзгерген (Структура хориона: не изменена, изменена (нужное подчеркнуть))  
Жатыр қосалқыларының ерекшеліктері (Особенности придатков матки): \_\_\_\_\_  
Жатыр құрылысының ерекшеліктері (Особенности строения матки): \_\_\_\_\_  
Қарау: қанағаттанарлық, қиын (Визуализация: удовлетворительная, затруднена)  
Ерекшеліктері (Особенности): \_\_\_\_\_  
Ұйғарым (Заключение): \_\_\_\_\_  
Ұсыныстар (Рекомендации): \_\_\_\_\_  
Ультрадыбыстық бақылау (Ультразвуковой контроль в) \_\_\_\_\_ аптада (недель)  
Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) \_\_\_\_\_ қолы (подпись)

Форма

А4 форматы  
Формат А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрлігі

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 247-3/2е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-3/2у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық  
зерттеудің хаттамасы  
(Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3  
триместрах беременности)**

20 \_\_ жыл (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_ Зерттеу (исследования) N \_\_\_\_\_  
Зерттеу \_\_\_\_\_ аппаратында жүргізілді  
(Исследование проведено на аппарате)

Пациенттің ТАӘ (ФИО беременной) \_\_\_\_\_ жасы (возраст) \_\_\_\_\_ лет  
Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) \_\_\_\_\_  
Жүктілік мерзімі (Срок беременности) \_\_ апта (неделя) \_\_ күн (день)  
Басымен/жамбасымен \_\_\_\_\_ жатқан тірі ұрық(тар) бар  
Имеется живой(ые) плод(ы) в головном/тазовом предлежании (нужное подчеркнуть)

**Фетометрия:**

Бастың бипариеталдық өлшемі __ мм	Бас шеңберінің өлшемі __ мм
Бипариетальный размер головы	Окружность головы
Маңдай-шүйде өлшемі _____ мм	Іш шеңберінің өлшемі __ мм
Лобно-затылочный размер	Диаметр/окружность живота
Жамбас сүйегінің ұзындығы: сол __ мм	оң _____ мм
Длина бедренной кости: левой	правой
Тізе сүйегінің ұзындығы: сол __ мм	оң _____ мм
Длина кости голени: левой	правой
Иық сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм	оң _____ мм
Длина плечевой кости: левой	правой
Білек сүйектерінің ұзындығы: сол __ мм	оң _____ мм
Длина костей предплечья: левой	правой

Ұрықтың ұзындығы: \_\_\_\_\_ аптаға сәйкес

Размеры плода: соответствуют неделям

Пропорционалды емес және жүктілік мерзімін анықтауға мүмкіндік бермейді непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности

**Ұрық анатомиясы (анатомия плода):**

Мидың бүйірлік қарыншалары _____	Мишық _____
Боковые желудочки мозга	Мозжечок
Үлкен цистерна _____	Көз шарасы _____
Большая цистерна	Глазницы
Беттік құрылым: бейін _____	Өкпе _____
Лицевые структуры: бейін	Легкие
Мұрын-ерін үштігі _____	Асқазан _____

Носогубной треугольник \_\_\_\_\_ Желудок \_\_\_\_\_  
Омыртқа \_\_\_\_\_ Қуық \_\_\_\_\_  
Позвоночник \_\_\_\_\_ Мочевой пузырь \_\_\_\_\_  
4-камералық жүрек кескіні \_\_\_\_\_ Өт қабы \_\_\_\_\_  
4-камерный срез сердца \_\_\_\_\_ Желчный пузырь \_\_\_\_\_  
3 қантамырлық арқылы жүрек кескіні \_\_\_\_\_  
Срез сердца через 3 сосуда \_\_\_\_\_  
Шектер (Кишечник) \_\_\_\_\_  
Бүйрек (Почки) \_\_\_\_\_

Алдыңғы құрсақ қабырғасына кіндіктің бекуі \_\_\_\_\_

Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке \_\_\_\_\_

**Бала жолдасы, кіндік, қағанақ суы (плацента, пуповина, околоплодные воды):**

Бала жолдасы жатырдың алдыңғы, артқы қабырғасында орналасқан, көбірек оң/ сол, түбінде \_\_\_\_ см ішкі ернеуден жоғары, ішкі ернеудің аймамағы \_\_\_\_\_

(Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше справа/слева, в дне на \_\_\_\_ см выше внутреннего зева, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының қалыңдығы: қалыпты, \_\_\_\_\_ мм - ге дейін кішірейген, үлкейген

Толщина плаценты: \_\_\_\_ мм - нормальная, уменьшена, увеличена (нужное подчеркнуть)

Бала жолдасының құрылымы \_\_\_\_\_ Жетілу дәрежелері \_\_\_\_\_, жүктіліктің мерзіміне сәйкес/ сәйкес емес

Структура плаценты \_\_\_\_\_. Степень зрелости соответствует/не соответствует (нужное подчеркнуть) сроку беременности.

Қағанақ суының мөлшері: қалыпты, көпсулылық/су аздық

(Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие/маловодие) (нужное подчеркнуть).

Амниотикалық суықтықтың индексі \_\_\_\_\_ см

Индекс амниотической жидкости \_\_\_\_\_

Кіндік бауының \_\_\_\_\_ қан тамыры бар. Пуповина имеет \_\_\_\_\_ сосуда

Туа біткен даму ақаулары: деректер анықталмады

Врожденные пороки развития: данных не обнаружено (нужное подчеркнуть).

Анықталды \_\_\_\_\_

Обнаружены \_\_\_\_\_

Жатырдың мойны және қабырғасы: құрылымының ерекшеліктері \_\_\_\_\_

Шейка и стенки матки: особенности строения \_\_\_\_\_

Аналық безінің аймағы \_\_\_\_\_

Область придатков \_\_\_\_\_

Қарау: қанағаттанарлық, қиын

Визуализация: удовлетворительная/затруднена (нужное подчеркнуть).

Ұйғарым: \_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_

Дәрігердің ТАӘ \_\_\_\_\_ қолы \_\_\_\_\_

ФИО врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-4/е нысанды медициналық құжаттама



Ұйымның атауы  
Наименование организации

Медицинская документация Форма № 247-4/у  
Утверждена приказом  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

**Ультрадыбыстық зерттеу**  
**(бауыр, от қабы, ұйқыбез, көкбауыр, бүйректер)**  
**Ультразвуковое исследование**  
**(печень, желчный пузырь, поджелудочная железа,**  
**селезенка, почки)**

№ \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ (Жынысы) Пол \_\_\_\_\_

Кім жіберді (Кем направлен) \_\_\_\_\_

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) \_\_\_\_\_

**Зерттеу деректері**  
**Данные исследования**

1. Бауыр (Печень) оң бөлігі, биіктігі (правая доля высота)

\_\_\_\_\_ см. қалыңдығы (толщина) \_\_\_\_\_ см

сол бөлігі, биіктігі (левая доля высота) \_\_\_\_\_

см. қалыңдығы (толщина) \_\_\_\_\_ см.

Бауырдың контуры (Контур печени) \_\_\_\_\_

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) \_\_\_\_\_

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) \_\_\_\_\_

Қақпақша тамыр (Портальная вена) \_\_\_\_\_

2. Өтқалтасы (Желчный пузырь) \_\_\_\_\_

Пішіні (Форма) \_\_\_\_\_ Өлшемдері (Размеры) \_\_\_\_\_

Қаптың қабырғасы (Стенка пузыря) \_\_\_\_\_

Қаптың қуысында (В полости пузыря) \_\_\_\_\_

Жалпы өт жолы (Общий желчный проток) \_\_\_\_\_

Пішіннің артқы беті  
Обратная сторона формы

3. Ұйқыбезі (Поджелудочная железа) \_\_\_\_\_  
Басының өлшемдері (Размеры головки) \_\_\_\_\_ (N 1,8 - 2,6), денесі  
(тела) \_\_\_\_\_ (N 0,6 - 1,6)  
құйрығы (хвост) \_\_\_\_\_ (N 1,6 - 2,0)  
Бездің контурлары (Контурсы железа) \_\_\_\_\_  
Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) \_\_\_\_\_  
Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) \_\_\_\_\_  
Вирсунг өзегі (Вирсунгов проток) \_\_\_\_\_  
Көкбауыр венасы (Селезеночная вена) \_\_\_\_\_  
Оның диаметрі (Ее диаметр) \_\_\_\_\_

4. Көкбауыр (Селезенка) \_\_\_\_\_  
Көкбауыр ауданы (Площадь селезенки) \_\_\_\_\_ (N 40 ш.см. артық  
емес(не более 40 кв. см.))  
Көкбауыр контуры (Контур селезенки) \_\_\_\_\_  
Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) \_\_\_\_\_

5. Бүйректер (Почки) \_\_\_\_\_  
Оң бүйректің өлшемдері (Правая почка размером) \_\_\_\_\_  
Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы) \_\_\_\_\_  
Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Сол бүйректің өлшемдері (Правая почка размером) \_\_\_\_\_  
Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы) \_\_\_\_\_  
Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

УДЗ бойынша қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности по УЗИ)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Қорытынды (Заключение):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_  
ТАӘ (ФИО)

A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ҚУЫҚТЫ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТЕУ**  
**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

№ \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жынысы (Возраст) \_\_\_\_\_  
Кім жіберді (Кем направлен) \_\_\_\_\_  
Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз) предварительный \_\_\_\_\_

**Зертеу деректері**  
**Данные исследования**

Пішіні: овал, үшбұрыш тәрізді (Форма: овала, треугольника)

Өлшемдері (Размеры) \_\_\_\_\_  
Орналасуы (Положение) \_\_\_\_\_  
Контур: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес, (Контур: ровный,  
неровный, четкий, нечеткий)  
Қабырғасының қалыңдығы (Толщина стенки) \_\_\_\_\_ см  
Ішіндегі зат: гомогенді, гомогенді емес, тұнба (Содержимое:  
гомогенное, негеногенное, осадок)  
Конкременттер (Конкременты) \_\_\_\_\_

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) \_\_\_\_\_

Қорытынды (Заключение):

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_  
ТАӘ (ФИО)

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ҚАЛҚАНША БЕЗДІ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТТЕУ**  
**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

№ \_\_\_\_\_ 20\_\_ жыл (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_

ТАӘ(ФИО) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_  
Пол (Жынысы) \_\_\_\_\_  
Кім жіберді (Кем направлен) \_\_\_\_\_  
Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) \_\_\_\_\_

**Зерттеу деректері**  
**Данные исследования**

Контурлары (Контуры) \_\_\_\_\_  
Серпімділігі (Эластичность) \_\_\_\_\_

Пішіні (Форма) \_\_\_\_\_ Мойнақ (Перешеек) \_\_\_\_\_  
Оң жақ бөлігі (Правая доля) \_\_\_\_\_

Сол жақ бөлігі (Левая доля) \_\_\_\_\_

Қорытынды (Заключение) \_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ Қолы (Врач) \_\_\_\_\_

A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жыл (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Кім жіберді (Кем направлен) \_\_\_\_\_

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) \_\_\_\_\_

**Зерттеу деректері**  
**Данные исследования**

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная) \_\_\_\_\_

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая) \_\_\_\_\_

Өлшемдері (Размеры) \_\_\_\_\_

Контур: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий) \_\_\_\_\_

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипоэхогенді (Структура внутренней части: гиперэхогенная, гипоэхогенная)

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипоэхогенді, гиперэхогенді (Структура наружной части: средней эхогенности, гипоэхогенная, гиперэхогенная) \_\_\_\_\_

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Қорытынды (Заключение):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО)

қолы (подпись)

Форма

--	--	--

A4 форматы  
Формат А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 264/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 264/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ҚАН ҮЛГІЛЕРІН ИФТ ӘДІСІМЕН АИТВ-ға АНТИДЕНЕЛЕРІНЕ ЗЕРТТЕУГЕ  
№ \_\_\_\_\_ тізімдік ЖОЛДАМА НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_ посписочное  
НА ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗЦОВ КРОВИ МЕТОДОМ ИФА НА АНТИТЕЛА К ВИЧ**

Ұйымның атауы \_\_\_\_\_

(Наименование организации)

Бөлімше \_\_\_\_\_

(Отделение)

МҰ тіркеу № Регистра- ционный № МО	Алынған күні Дата забора	тіркеу № п/п №	ТАӘ ФИО	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Үй мекен-жайы Домашний адрес	Код	Диагнозы	Ескертпе Примечание

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, тегі, қолы (толық) \_\_\_\_\_

(Должность, фамилия, подпись лица (разборчиво), направившего материал)

Жіберген ұйымның мөрі

(Место печати направившей организации)

Тексеріс қорытындысы (Результаты исследований)

Қорытындыны берген дәрігердің қолы, жылы, айы, күні

(Дата, подпись врача выдавшего результат)

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 264-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Вирусқа қарсы АИТВ дезоксирибонуклеиндық қышқылды (ДНК) анықтау үшін полимеразды тізбекті реакцияға (ПТР) түскен материалды тіркеу журналы**  
**Журнал регистрации материала, поступившего на полимеразную цепную реакцию (ПЦР) для определения провирусной дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) ВИЧ**

Алғашқы/салдарлық (Первичный/повторный) (1,2,3)	Тіркеу № регистра - ционный	Түскен айы, күні Дата поступления	ТАӘ ФИО	Туған жылы Дата рождения	Қайдан келіп түсті Откуда поступил	ПТР жүргізілген тексерістің қорытындысы Результат исследования ПЦР	Берілген айы, күні Дата выдачи	Дәрігер-зертханашының қолы Подпись врача-лаборанта	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.  
 Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.



A4 форматы  
Формат А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 264-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы**  
**Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ**

Тіркеу № № регистра- ционный	Түскен айы, күні Дата поступ- ления	Иммуно- блоттын № № иммуно- блота	ТАӘ ФИО	Туған жылы Дата рождения	Жынысы Пол	Қайдан келіп түсті Откуда поступил	АИТВ-инфекциясының сатысы Стадия ВИЧ-инфекции
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение:

Терапияның басталу мерзімі Дата начала терапии	ВЖ соңғы тексеру уақыты және қорытындысы Дата и результат последнего исследования на ВН	Тексеру қорытындысы Результат исследования	Берілген күні Дата выдачи	Зертханашы- дәрігердің қолы Подпись врача- лаборанта	Ескертпе Примечание
9	10	11	12	13	14

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе

Форма

A4 форматы  
Формат А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ПЦР әдісімен тексерудің қорытындысы**

**Результат исследования методом ПЦР Тіркеу № \_\_\_\_\_**

**Регистрационный № \_\_\_\_\_**

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған жылы (Год рождения) \_\_\_\_\_

Мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_

Зертханаға материалдың келіп түскен айы, күні (Дата поступления материала в лабораторию) \_\_\_\_\_

Зерттеу түрі/Вид исследования	Қорытынды / Результат

**ҚОРЫТЫНДЫ:**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Қорытындыны берілген күн: \_\_\_\_\_ Зертханашы-дәрігердің қолы: \_\_\_\_\_  
Дата выдачи результата: \_\_\_\_\_ Подпись врача-лаборанта: \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ПЦР-ге жолдама сапалық/сандық**  
(қажеттісін сызу керек)  
**Направление на ПЦР качественное/количественное**  
(необходимое подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ **жұқпа түрі ( вид инфекции)**

Тегі

(Фамилия): \_\_\_\_\_

Аты

(Имя): \_\_\_\_\_

Әкесінің аты

(Отчество): \_\_\_\_\_

Жынысы

(Пол): \_\_\_\_\_ Туған күні (Дата рождения): \_\_\_\_\_

Мекенжайы (Домашний адрес): \_\_\_\_\_

Алдын ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз): \_\_\_\_\_

Материалды жолдаған ұйымның атауы мен мекенжайы (Адрес и наименование организации, направившего материал): \_\_\_\_\_

Жіберілген күні (Дата отправки): \_\_\_\_\_

Материалды жолдаған адамның ТАӘ, лауазымы (Должность, ФИО, направившего материал) \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Вирустық жүктемеге жолдама**  
**Направление на вирусную нагрузку**

\_\_\_\_\_

жұқпаның түрі (вид инфекции)

Тегі (Фамилия): \_\_\_\_\_

Аты (Имя): \_\_\_\_\_

Әкесінің аты (Отчество): \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения): \_\_\_\_\_

Мекенжайы (Домашний адрес): \_\_\_\_\_ Жынысы (Пол): \_\_\_\_\_

Диагноз: \_\_\_\_\_

Терапия өткізудің басталуы (Начало проведения терапии): \_\_\_\_\_

Материалды жолдаған ұйымның атауы мен мекенжайы (Адрес и наименование организации, направившего материал): \_\_\_\_\_

Жіберілген күні (Дата отправки): \_\_\_\_\_

Материалды жолдаған адамның ТАӘ, лауазымы (Должность, ФИО направившего материал) \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 264-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**АИТВ инфекциясы бар аналардан туған балаларға  
арналған ПТР жолдама  
Направление на ПЦР для детей, рожденных от ВИЧ  
инфицированных матерей  
АИТВ ДНК вирустық анықтама (определение провирусной ДНК ВИЧ)**

Фамилиясы: \_\_\_\_\_

Фамилия

Аты: \_\_\_\_\_

Имя:

Әкесінің аты: \_\_\_\_\_

Отчество

Жынысы: \_\_\_\_\_

Пол

Туған жылы: \_\_\_\_\_

Дата рождения

Мекен жайы: \_\_\_\_\_

Место жительства:

Тексеру кезіндегі диагнозы: \_\_\_\_\_

Диагноз на момент обследования:

Анасының ТАӘ, туған жылы: \_\_\_\_\_

ФИО матери, год рождения

Анасының иммуноблотының №: \_\_\_\_\_

№ иммуноблота матери

Материалды жіберген мекеменің атауы, мекен жайы: \_\_\_\_\_

Адрес и наименование учреждения, направившего материал

Материалды алған күні: \_\_\_\_\_

Дата забора материала

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, ТАӘ \_\_\_\_\_

Должность, ФИО, направившего материал

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**АИТВ-ға вирустық жүктемеге  
ЖОЛДАМА  
НАПРАВЛЕНИЕ  
на вирусную нагрузку на ВИЧ**

ТАӘ \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения): \_\_\_\_\_ Жынысы (Пол): \_\_\_\_\_

Тексеру кезіндегі диагнозы (Диагноз на момент обследования): \_\_\_\_\_

Иммуноблот нөмірі (Номер иммуноблота): \_\_\_\_\_

Вирусқа қарсы терапияның басталған күні (Дата начала противовирусной  
терапии): \_\_\_\_\_

Бұның алдындағы АҚТҚ-ға вирустық жүктемелеп тексерудің күні мен  
нәтижесі (Дата и результат предыдущего обследования на вирусную  
нагрузку на ВИЧ) \_\_\_\_\_

Материалды жолдаған ұйымның атауы мен мекенжайы (Адрес и наименование  
организации, направившего материал): \_\_\_\_\_

Материалды алған күні \_\_\_\_\_

Дата забора материала \_\_\_\_\_

Материалды жолдаған дәрігердің тегі, лауазымы (фамилия врача,  
направившего материал): \_\_\_\_\_

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-8/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-8/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907
---	--

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ҚАН ҮЛГІЛЕРІН ИФТ ӘДІСІМЕН АИТВ-ға АНТИДЕНЕЛЕРГЕ ЗЕРТТЕУГЕ  
 № \_\_\_\_ жеке ЖОЛДАМА НАПРАВЛЕНИЕ индивидуальное № \_\_\_\_\_  
 НА ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗЦОВ КРОВИ МЕТОДОМ ИФА НА АНТИТЕЛА К ВИЧ**

Тексеруге жіберген ұйымның және бөлімшенің атауы \_\_\_\_\_  
 (Название организации и отделение направляющего на исследование)

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Код \_\_\_\_\_

Диагнозы (Диагноз) \_\_\_\_\_

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_

Қанды алған күн (Дата забора крови) \_\_\_\_\_

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңыз), қолы \_\_\_\_\_  
 (Должность, фамилия (разборчиво), подпись лица, направившего материал)  
 Тексеріс қорытындысы (Результат исследования)  
 Қорытынды берілген күн, дәрігердің қолы \_\_\_\_\_  
 Дата, подпись врача, выдавшего результат \_\_\_\_\_

A5 форматы  
 Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-9/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға  
 резистенттілігіне жолдама**

**Направление  
на резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам**

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Тегі  
(Фамилия): \_\_\_\_\_  
Аты  
(Имя): \_\_\_\_\_  
Әкесінің аты  
(Отчество): \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Күні, ИБ № (Дата, № ИБ) \_\_\_\_\_  
Мекенжайы (Домашний адрес): \_\_\_\_\_  
Тексерілу сәтіндегі диагнозы  
(Диагноз на момент обследования) \_\_\_\_\_

Вирустарға қарсы препараттардың үзілісі мен ауыстыруды көрсете отырып АРТ басталу күні  
(Дата начала АРТ, с указанием перерывов и смены противовирусных препаратов) \_\_\_\_\_

АРВ перпараттары  
(АРВ препараты) \_\_\_\_\_  
Емделуді сақтауы  
(Приверженность) \_\_\_\_\_

Зертзаналық зерттеулердің соңғы нәтижелері  
(Результаты последних лабораторных исследований):  
СД4, күні (дата) \_\_\_\_\_  
ВН, күні (дата) \_\_\_\_\_

Материалды жолдаған ұйымның атауы мен мекенжайы  
(Адрес и наименование организации, направившего материал):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Жіберілген күні (Дата отправки): \_\_\_\_\_  
Материалды жолдаған адамның ТАӘ, лауазымы (Должность, ФИО, направившего материал) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

А4 форматы  
Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен



Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бекітілген № 264-10/у нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-10/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**АИТВ-тың антиретровирустық препараттарға тұрақтылығын  
анықтау нәтижелерін тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации результатов на определение резистентности ВИЧ  
к антиретровирусным препаратам**

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

№	Тіркеу номері Регистра- ционный номер	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Өңір Регион	Түскен күні Дата поступ- ления	ИБ № (№ИБ)	Зертханалық талдаудың соңғы нәтижелері Последние результаты лабораторных анализов	
							CD4*, күні (дата)	ВЖ**/ВН, күні (дата)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

АРТ баста- лу уақыты Дата начала АРТ	АРВ препарат- тары АРВ препараты	Зертханалардағы зерттеудің нәтижесі Результаты исследования в лаборатории				Зерттеу күні Дата исследо- вания	Нәтиженің берілген күні дата выдачи результата
		*** КТНИ НИОТ	**** КТНЕИ ННИОТ	***** ПИ ИП	субтип		
10	11	12	13	14	15	16	17

\* CD4 – ішке иммундық жасушаларды енгізу үшін АИТВ-ға қажетті Т-лимфоциттердің бетіндегі кластерлік айырмашылық антигені (антиген кластерной дифференциации, находится на поверхности Т-лимфоцитов, необходимый ВИЧ для внедрения внутрь иммунных клеток);  
\*\* ВЖ - вирустық жүктеме (ВН-вирусная нагрузка);  
\*\*\* КТНИ - кері транскриптазаның нуклеотидті ингибиторы

(НИОТ-нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы);  
 \*\*\*\* КТНЕИ - кері транскриптазаның нуклеотидті емес ингибиторы  
 (ННИОТ- ненуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы);  
 \*\*\*\*\* ПИ протеазаның ингибиторы (ИП-ингибитор протеазы).

A4 форматы  
 Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 265/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 265/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Референс зертханаға қанда АИТВ-ға антиденелердің болуын  
 зерттеуге ЖОЛДАМА № \_\_\_\_\_  
 НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
 на исследование крови на наличие антител к ВИЧ - в  
 референс лабораторию**

Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_ Аты (Имя) \_\_\_\_\_ Әкесінің  
 аты (Отчество) \_\_\_\_\_  
 Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_ Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Азаматты  
 ы (Гражданство) \_\_\_\_\_  
 Тұрғылықты мекенжайы (Местожительство) (ауыл, қала) (город, село)  
 \_\_\_\_\_  
 Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы) \_\_\_\_\_  
 Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение) \_\_\_\_\_  
 Контингент коды (Код контингента) \_\_\_\_\_

**Жіберуші-зертханада алынған ИФА қорытындысы  
 Результаты ИФА, полученные в лаборатории-отправителя**

Сарысудың № № сыворотки (S1 S2)	Қойылған күні Дата постановки	Тест-жүйенің түрі мен оны өндіруші Производитель и тип тест-системы	Серия № № серии	ОТ-қиын-қыстау ОП- критический	ОТ-сарысуы ОП-сыворотки
S1	I				
S2	II				

Сарысуды жіберген ұйымның мекенжайы, атауы (Адрес и наименование организации направившего сыворотку) \_\_\_\_\_

(ұйымның тел.) (тел.организ.) телетайп, телеграф, электрондық пошта мекенжайы (адрес электрон. почты)

Материалды жіберген адамның лауазымы, тегі, қолы (Должность, фамилия, подпись лица направившего материал) \_\_\_\_\_

Ескертпе: "контингент коды" бағанына тексерілуші жататын тізімдегі барлық кодтар кіреді. 113, 117 және 2 кодтары үшін толық диагнозы жазылады (примечание: в графу "код контингента" заносятся все коды из списка, к которому относится обследуемый. Для кодов 113,117 и 2 развернутый диагноз)  
\*ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес республикалық орталығының зертханасына жіберіледі; мекенжайы 480008. Алматы қаласы, Әуезов көшесі, 84  
\*Представляется в лабораторию Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД по адресу:480008. г. Алматы. ул. Ауэзова, 84.

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 265-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 265-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға  
төзімділігін зерттеу нәтижесі  
Результат исследования резистентности ВИЧ  
к антиретровирусным препаратам  
Тіркеу № \_\_\_\_\_  
Регистрационный №**

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған жылы (Год рождения) \_\_\_\_\_

Иммуноблоттын № (№ иммуноблота) \_\_\_\_\_

Материалды жіберген ұйымның атауы:  
(наименование организации, направившего материал)

ЖИТС РО зертханасына материалдың келіп түскен айы, күні \_\_\_\_\_

(Дата поступления материала в лабораторию РЦ СПИД)

АРВ препараттары (АРВ препараты)	Зерттеулер нәтижесі (Результат исследования)
КТНИ (НИОТ)	
лимивудин (ЗТС)	
абакавир (АВС)	
зидовудин (АЗТ)	
ставудин (D4Т)	
диданозин (DDI)	
эмтрицитабин (FTC)	
тенофовир (TDF)	
КТЕНИ (ННИОТ)	
делавердин (DLV)	
рилпивирин (RPV)	
эфавиренз (EFV)	
этравирин (ETR)	
невирапин (NVP)	
Протеаза ингибиторлары-ПИ (Ингибиторы протеазы - ИП)	
атазанавир/г (ATV/г)	
дарунавир/г (DRV/г)	
фосампренавир/г (FPV/г)	
индинавир/г (IDV/г)	
лопинавир/г (LPV/г)	
нелфинавир (NFV)	
саквинавир/г (SQV/г)	
типранавир/г (TPV/г)	
Интеграза ингибиторлары (ИИН) (Ингибиторы интегразы (ИИН))	
ралтегравир	
Қосылу ингибиторлары (Ингибиторы слияния)	
энфувиртид	

АИТВ-ның субтипі (Субтип ВИЧ)	
КТНИ -қа төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к НИОТ)	
КТЕНИ -қа төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к НИИОТ)	
ПИ-қа төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к ИП)	
ИИН-ге төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к ИИН)	

Зерттеу күні (Дата исследования) \_\_\_\_\_  
 Нәтиженің берліген күні (Дата выдачи результата) \_\_\_\_\_  
 Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 266/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 266/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Зерттеуге келген материалды тіркеу журналы**  
**Журнал регистрации материала, поступившего на исследование**

Р/с № № п/п	Жынысы Пол	Материалдың келіп түскен күні Дата поступления материала	Қан сарысуының зертханалық нөмірі __ дан __ дейін Лабораторный номер сыворотки с __ по __	Код бойынша үлгілер саны Количество образцов по кодам	Материалды жіберген емдеу ұйымы Лечебная организация, откуда поступил материал	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7

А4 форматы

Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 267/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 267/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы оң нәтижелі  
қан сарысулары мониторингінің**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**мониторинга положительных сывороток в ИФА на антитела к ВИЧ**

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

№ п/п	Қан сарысуының тіркеу № (Регистрационный № сыворотки)	ТАӘ (ФИО)	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	Код	Сарысу қайдан түсті (Откуда поступила сыворотка)
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						

продолжение таблицы

I - реакция				II - реакция			
Қою күні, хаттама № (Дата постановки, № протокола)	Тест- жүйе атауы (Название тест- системы)	Көрсеткі штер (Пока- затели)	Нәтиже (Резуль- тат)	Қою күні, хаттама № (Дата постановки , № протокола)	Тест-жүйе атауы (Название тест- системы)	Көрсет- кіштер (Показа- тели)	Нәти- же (Резуль- тат)

8	9	10	11	12	13	14	15

продолжение таблицы

III - реакция				Қорытынды нәтиже (Окончательный результат)	2-ші қан сарысуының түскен күні (Дата поступления 2-й сыворотки)	Тест-жүйе атауы (Название тест-системы)	ЖИТС РО жіберу күні (Дата отправки в РЦ СПИД)	ИБ күні және қорытындысы (Дата и результат ИБ)	Үлгілердің қозғалысы (Движение образцов)	Ескерту (Примечание)
Қою күні, хаттама № (Дата постановления, № протокола)	Тест-жүйе атауы (Название тест-системы)	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)							
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 267-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 267-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**АИТВ-ға антиденесіне қайта бақылау сарысуын  
тіркеу және есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
(референс-зертханалар үшін)  
ЖУРНАЛ**

**регистрации и учета переконтрольных сывороток на антитела к ВИЧ  
(для референс-лаборатории)**

Күні Дата	Сарысу № № сыво- ротки	ТАӘ ФИО	Туған жылы Год рож- дения	Жынысы Пол	Код	Сарысу қайдан түсті Откуда поступила сыворотка	Тексеру жүргізілген уақ Дата проведения исследования
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение:

Тест- жүйесінің атауы Название тест- системы	Көрсеткіштер Показатели		Қорытынды Результат	Ақырғы қорытынды Окончатель- ный результат	Қорытынды берілген уақыт Дата выдачи результата	Зертханашы- дәрігер қолы Подпись врача - лаборанта	Ескерті Приме- чание
	Қан сарысуының ОП ОП сыворотки	Қиын жағдай- дағы ОП ОП крити- ческая					
9	10	11	12	13	14	15	16

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 267-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 267-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Иммуноблот нәтижелерін есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
(иммуноглобулин әдісімен тексеріс жүргізетін зертханалар үшін)  
ЖУРНАЛ  
учета результатов иммуноблота  
(для лабораторий проводящих исследования методом  
иммуноблотинга)**



Р/р № № п/п	№ Иммуноблота	ТАӘ ФИО	К о д	Белоктор бейіні Профиль белков											Нәтиже Результат
1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 267-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 267-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ИФТ-ға алғашқы оң нәтижелі қан сарысуларын тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
Мониторинга положительных сывороток в ИФА на \_\_\_\_\_**

Р/р № № п/п	Қан сарысуының № № сыворотки	I - реакция				II - реакция	
		Қою күні Дата постановки	Тест-жүйенің атауы название тест-системы	Көрсет- кіштер Показатели	Қорытынды результат	Қою күні Дата поста- новки	Тест- жүйенің атауы Название тест- системы
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

II - реакция	III - реакция					

Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже результат	Қою күні Дата постанов- ки	Тест- жүйенің атауы Название тест- системы	Көрсет- кіштер Показатели	Нәтиже результат	Ақырғы қорытынды Окончатель- ный результат	Ескерту Примеча- ние
9	10	11	12	13	14	15	16

А4 форматы

Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 268/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 268/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**АИТВ-инфекциясын  
жұқтырған адамдардың оң нәтижелі сарысуы қозғалысының  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
движения положительных сывороток от ВИЧ-инфицированных**

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

№	Сарысудың № № сыворотки	Мақсаты Цель	Кім қабылдады (ТАӘ) Кто получил (ФИО)	Қабылдағаны туралы қолхаты Расписка о получении	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6

Ескертпеде сарысудың кейінгі жай-күйі көрсетіледі (В примечании указывается дальнейшая судьба сыворотки)

A4 форматы  
Формат A4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 269/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 269/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	

**Жұқтырылған материалдарды залалсыздандыру  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
обеззараживания инфицированных материалов**

Күні Дата	Материал			Қысым күшімен қыздыру уақыты Время автоклавирования	
	Атауы Наименование	Қаптама Упаковка	Мөлшері Количество	Басталуы Начало	Аяқталуы Конец
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Қысым күшімен қыздыру режімі Режим автоклавирования		Бақылау-тесті Тест-контроль		Қолы Подпись
Қысым Давление	Қызуы Температура	Химикалық Химический	Бактериялық Бактериологический.	
7	8	9	10	11

Форма

--	--	--

A4 форматы  
Формат А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23 » ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**АИТВ-ға антиденелерді тексеру**

**ҚОРЫТЫНДЫСЫ**

(диагностикалық зертхана)

**РЕЗУЛЬТАТ**

Исследования на антитела к ВИЧ

(диагностическая лаборатория)

№ \_\_\_\_\_

ЖИТС ОҚО (ОГЦ СПИД) \_\_\_\_\_

Тексерілушінің ТАӘ (ФИО обследуемого) \_\_\_\_\_

Жынысы (Пол) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Тексеру коды (Код обследования) \_\_\_\_\_

Азаматтығы (Гражданство) \_\_\_\_\_

Мекенжайы (Адрес) \_\_\_\_\_

Зерттеу (Исследования)	Күні (Дата)	Тест жүйенің түрі (Тип тест-системы)	Нәтиже (Результат)
ИФА		1. 2. 3.	
Иммуноблот			Белоктардың бейіні (Профиль белков):

Қорытынды (Заключение): \_\_\_\_\_

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_

Нәтижені беру күні (Дата выдачи результата): \_\_\_\_\_  
 Референс-зертхананың меңгерушісі (Заведующая референс-лабораторией) \_\_

A4 форматы  
 Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**АИТВ/ЖИТС-мен сырқаттанудың үдеу көрсеткішінің есеп беру нысаны**  
**Отчетная форма показателя прогрессирования заболеваемости ВИЧ/СПИДом**

№		АИТВ жұқтырғандардың жалпы саны Общее кол-во ВИЧ-инфицированных	Олардың ішінде ПИН Из них ПИН	Олардың ішінде В том числе			О.і. есеп беру кезеңінде жасырын түрде анықталғандар В т.ч. выявлены анонимно за отчетный период
				Ерлер Муж-чины	Әйелдер Женщины	Балалар Дети	
		1	2	3	4	5	6
1	1987 жылдан бастап барлығы, өсу жинағымен Всего с 1987 года с нарастающим итогом						
1.1	О. і. есеп беру кезеңінде В т.ч. за отчетный период						
	ЖИТС-пен ауыратындардың жалпы саны, өсу жинағымен						



Есеп беру  
кезеңінің  
басында "Д"  
есепте  
тұрғандар  
Состояло на  
"Д" учете на  
начало  
отчетного  
периода

Есеп беру  
кезеңінің  
соңында "Д"  
есепте  
тұрғандар  
Состоит на "Д"  
учете на конец  
отчетного  
периода

Олардың  
ішінде  
ПИН  
Из них  
ПИН

Ерлер  
Мужчины

Әйелдер  
Женщины

балалар  
дети

I

II

III





продолжение таблицы

«Д» есепке алынған күні Дата взятия на «Д» учет	Қайтыс болған орны Место смерти	Қайтыс болған күні Дата смерти	Емдеуге жатқызылған күні мен орны (ЕПМ, бөлімше) Дата и место госпитализации (ЛПУ, отделение)	Қорытынды диагнозы Заключительный диагноз	Патологоанатомиялық диагнозы Патологоанатомический диагноз
7	8	9	10	11	12

A4 форматы  
Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 270-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын есепке алу журналы  
Журнал учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей**

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	АИТВ анықталған күні (ИБ №) Дата выявления ВИЧ (№ ИБ)	Қауіп тобына қатынасы Отношение к группе риска	№ 4 нысанды бойынша тексеру коды (Код обследования по форме № 4)
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

--	--	--	--	--	--	--

АИТВ-инфекциясының кезеңі Стадия ВИЧ-инфекции	Жүктілік мерзімі Срок беременности	Жүктілік бойынша есепке алу күні Дата постановки на учет по беременности	Алғашқы немесе қайталанған жүктілік Первичная или повторная беременность	Жүкті әйелді профилактикалық емдеу (мерзімдері) Профилактическое лечение беременной (сроки)	АРТ терапиясы (препараттар және терапияны бастау күні) АРТ терапия (препараты и дата начала терапии)	Жүктіліктің аяқталуы Исход беременности
8	9	10	11	12	13	14

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін консультация беруді есепке алу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ**

Р/с № п/п	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Код	Жынысы Пол	Туған жылы Дата рождения	Үйінің мекенжайы Домашний адрес
1	2	3	4	5	6	7



	(ФИО боль- ного)			серный учет)	(дома, СИ,МЛС)	(Клини- ческий диагноз)	результат)	назначения изониазида)	тельность курса)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

продолжение таблицы

ТБ бойынша қосымша тексеру (Дообследование по ТБ)		Котримаксазолмен профилактикалық емдеу (Профилактическое лечение котримаксазолом)		Антиретровирустық терапиясы Антиретровирусная терапия (АРТ)		Ескерту: қайтыс болған күні, кеткен күні (кеткен жағына жіберілген хаттың №, күні) (Примечание: дата смерти, дата убытия (дата, № исходящего письма по месту убытия)
Жатқызу күні және орны (Дата и место госпитализации)	Ақырғы диагноз (Окончательный диагноз)	Тағайындау күні (Дата назначения)	Курстың ұзақтығы (Длительность курса)	Емдеуді бастау (Начало лечения)	Емдеу жалғасуда немесе тоқтатылғанын атап көрсету (Указать продолжает лечение или оно прервано)	
11	12	13	14	15	16	17

1. Журнал номерленіп, тігіліп және мекеменің мөрімен бекітілуге тиісті (Журнал должен быть пронумерован, прошнурован и закреплен печатью учреждения).

2. 1,4,5,7,8,10,12,14 және16 бағандары бойынша айлық жинақтау жүргізіледі (По графам 1,4,5,7,8,10,12,14 и 16 проводить ежемесячный свод).

ҚР ДСМ « АИТВ-инфекциясы және туберкулез бойынша бағдарламаларды шоғырландыру туралы» 16.11.2009ж. № 722 бұйрығына сәйкес ахуалды тиімді бағалау және мониторинг жүргізу үшін АИТВ-инфекциясы мен ТБ бірлескен ауруларға қатаң бақылау жүргізу қажет (Согласно Приказу МЗ РК № 722 от 16.11.2009 г. «Об интеграции программ по туберкулезу и ВИЧ-инфекции», для эффективной оценки ситуации и проведения мониторинга необходим строгий контроль больных с сочетанной инфекцией- ВИЧ/ТБ).

\*ИБ-иммуноблот

\*\*ТИ (СИ) – тергеу изоляторы (следственный изолятор)

\*\*БАО (МЛС) – бостандығынан айыру орталығы (места лишения свободы)

\*\*\*ДБК (ВКК)- дәрігерлік бақылау комиссиясы (врачебная контрольная комиссия)

Форма

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы**  
**Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери**

№	ТАӘ (ФИО)	Туған күні (Дата рождения)	Мекенжайы (Домашний адрес)	Инфекцияланған анасының ТАӘ ФИО инфицированной матери	Анықталған күні, анасының иммуноблот № Дата выявления, № иммуноблота матери	Толық клиникалық диагнозы (Полный клинический диагноз)	Профилактикалық емдеу, тамақтандыру (Профилактическое лечение, Вскармливание)
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение :

Биохимиялық зерттеулер нәтижелері (Результаты биохимических исследований)	АИТВ-ға тестілеу нәтижелері (Результаты тестирования на ВИЧ)	1 және 2 жастағы баланың толық клиникалық диагнозы (Полный клинический диагноз в 1 и 2 года)	Диспансерлік бақылау кезеңіндегі стационарлық ем (Стационарное лечение за период диспансерного наблюдения)	ИФТ, ИБ, ПТР теріс нәтижелерінен кейін диспансерлік есептен шығырылған күні (Дата снятия с диспансерного учета после отрицательных результатов ИФА, ИБ, ПЦР)	АИТВ жұқтырғандар тобына ауыстырылған күні (Дата перевода в группу ВИЧ инфицированных)	Өлген күні (Дата смерти)
9	10	11	12	13	14	15



Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**АИТВ қарсы антиденелерге тексерілгені туралы сертификатты беру**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ**

Серти- фикаты жазу күні Дата выписки серти- фиката	Тегі, аты , әкесінің аты Фами- лия, имя, отчес- тво	Жы- нысы Пол	Күні, туған жылы Дата, год рож- - дения	Мекен- жайы Адрес	Жұмыс орны Место работы	Төлқұ- жатының сериясы, № №, серия паспорта	Талдау- дың №, нәти- жесі № ана- лиза, ре- - зультат	Қай елге кетті Страна выезда	Қандай мерзімге На какой срок	Қолы Подпись
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12

A4 форматы

Формат A4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 272-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 272-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Референс-зертханаға қайта тексеруге түскен қан сарысуының  
нәтижелерін тіркеу және есепке алу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**регистрации и учета результатов сывороток крови,  
поступивших на переконтроль в референс-лабораторию**

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Түскен күні (Дата поступле- ния)	Сарысу № (№ сыво- ротки)	ТАӘ (ФИО)	Туған жылы (Год рождения)	Жынысы (Пол)	Коды Код	Сарысу қайдан түсті (Откуда поступила сыворотка)
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Анализдің қою күні (Дата постановки анализа)	Тест-жүйе, сериясы (Тест-система, серия)	Сарысудың ОТ (ОП сыворотки)	Тексеру ОТ (ОП контроль)	Нәтиже (Результат)	Жіберілу күні (Дата отправления)
8	9	10	11	12	13

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 273/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 273/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 274/е нысанды медициналық құжаттама



Ұйымның атауы  
Наименование организации

Медицинская документация  
Форма № 274/у утверждена приказом  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

**АИТВ – ИНФЕКЦИЯСЫ ТУРАЛЫ ШҰҒЫЛ ХАБАРЛАМА**  
**ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ О ВИЧ – ИНФЕКЦИИ**

1. Диагнозы \_\_\_\_\_  
зертханалық расталуы: иә, жоқ (астын сызыңыз) (подтверждение  
лабораторное: да, нет (подчеркнуть))

2. Код \_\_\_\_\_

3. ТАӘ(ФИО) \_\_\_\_\_  
жынысы (пол) \_\_\_\_\_

4. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

5. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): елді мекен  
(населенный пункт) \_\_\_\_\_

аудан (район) \_\_\_\_\_ көше (улица) \_\_\_\_\_

үй (дом) № \_\_\_\_\_ пәтер (квартира) № \_\_\_\_\_

жеке, коммуналдық, жатақхана  
(жазыңыз) (индивидуальная,  
коммунальная, общежитие  
(вписать))

детской организации) \_\_\_\_\_

6. Жұмыс орнының аты мен мекенжайы (Название и адрес места работы)  
егер жұмыс істемесе соңғы жұмыс, оқу орнын, балалар ұйымын көрсетіңіз  
(если не работает, то указать последнее место работы, учебы,

7. Материалды алу күні (Дата забора материала) \_\_\_\_\_

Қай ЕПМ-де (в каком ЛПУ) \_\_\_\_\_

ИФА күні мен нәтижесі (Дата и результат в ИФА) \_\_\_\_\_

иммуноблотта (иммуноблоте) \_\_\_\_\_

8. Жатқызылу орны (Место госпитализации) \_\_\_\_\_

9. Жүргізілген алғашқы індетке қарсы шаралар мен қосымша мәліметтер  
(Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и  
дополнительные сведения) \_\_\_\_\_

10. ЖИТС орталығының эпид. бөліміне алғашқы хабарлаудың күні және  
сағаты (телефон арқылы және т.б.) (Дата и час первичной сигнализации  
(по телефону и пр.) в эпид. отдел центра СПИД) \_\_\_\_\_

Хабарлаған адамның тегі (Фамилия сообщившего) \_\_\_\_\_

11. Хабарламаның жөнелтілген күні мен сағаты (Дата и час отсылки  
извещения) \_\_\_\_\_

Хабарламаны жөнелтушінің қолы (Подпись пославшего извещения)  
\_\_\_\_\_

Тіркеу (Регистрационный) № \_\_\_\_\_ (журналда нысанда №) (в журнале  
формы №) \_\_\_\_\_

ЖИТС орталығының эпид. бөлімі (Эпид. отдел центра СПИД) \_\_\_\_\_

Хабарламаны алған адамның қолы (Подпись получившего извещение) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 274-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 274-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ЖИТС диагнозының  
өзгергені туралы хабарлама  
Донесения об изменении диагноза – СПИД**

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

№	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекен- жайы Домашний адрес	АИТВ инфекциясының анықталған күні (иммуноблот) Дата выявления ВИЧ-инфекции (иммуноблот)	Коды Код	Есепке алынған күні Дата взятия на учет	Диагно- зының өзгерген күні Дата изменения диагноза	Клиникалық диагноз (Клини- ческий диагноз
1	2	3	4	5	6	7	8	9

A4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 275/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы  
Наименование организации

Медицинская документация Форма № 275/у  
Утверждена приказом  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

**ЖИТС-пен ауырған немесе АИТВ-инфекциясын тасушы  
адаммен жасырын әңгімелесу  
ПАРАҒЫ  
ЛИСТ  
конфиденциального собеседования с лицом, больным СПИД  
или носителем ВИЧ-инфекции**

Мен (Я), \_\_\_\_\_  
ТАӘ (ФИО)

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
тұратын мекенжайым (проживающий(ая) по адресу) \_\_\_\_\_

осы күні дәрігердің жазбаша хабарлауын алғанымды растаймын  
(подтверждаю письменно, что сего числа оповещен(а) врачом)

\_\_\_\_\_

дәрігердің ТАӘ (ФИО врача)

\_\_\_\_\_

облыстық (қалалық) ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес орталығының дәрігері АИТВ-инфекциясын жұқтырғаным (ЖИТС-пен ауратыным) туралы хабарлағанын жазбаша түрде растаймын (областного (городского) центра по профилактике и борьбе со СПИДом о том, что являюсь ВИЧ инфицированным (больным СПИДом)).

Қазақстан Республикасының күшіндегі заңдары бойынша АИТВ-инфекциясын таратқаны үшін жүктелетін қылмыстық жауапкершілік туралы ескертілдім.

АИТВ-инфекциясының басқа адамдарға жұғу жолдары туралы, АИТВ-сырқатымен ауыратыным туралы жыныстық серіктеріме, вена арқылы есірткі қабылдайтын серіктеріме, медициналық жәрдем алуға келгенде медицина қызметкерлеріне хабарлауым міндетті екендігі, маған донор болуға өмір бойы тыйым салынғаны туралы ескертілдім.

Қауіпсіз жыныстық қатынас амалдары үйретілді.

Диспансерлік бақылау және облыстық (қалалық) ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес орталығында медициналық көмек алу тәртібімен таныстым.

Уведомлен(а) об уголовной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции по действующему законодательству Республики Казахстан

Поставлен(а) в известность: о путях передачи ВИЧ-инфекции другим лицам; об обязанности сообщения о своем ВИЧ-заболевании половым партнерам, партнерам по внутривенному употреблению наркотиков, медицинским работникам при обращении за медицинской помощью; о пожизненном запрещении мне быть донором.

Обучен(а) приемам безопасного секса.

Ознакомлен(а) с порядком диспансерного наблюдения и получения медицинской помощи в областном (городском) центре по профилактике и борьбе со СПИД.

Күні (Дата) \_\_\_\_\_

АИТВ инфекциясын жұқтырған адамның қолы (Подпись ВИЧ инфицированного лица) \_\_\_\_\_

Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 276/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 276/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

A3 форматы

Формат A3

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 277/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 277/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Зертханашы – дәрігердің жұмысын есепке алу  
КҮНДЕЛІГІ  
ДНЕВНИК  
учета работы врача - лаборанта**

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
басталды (начат) аяқталды (окончен)

Орындалған жұмыстың түрі Вид выполненной работы	Күнделікті атқарылған жұмыстар Выполненная работа по дням															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Күнделікті атқарылған жұмыстар Выполненная работа по дням														Бір айдағы жалпы саны		
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Итого в месяц	

Тіркеу күнделігін зертханашы – дәрігер толтырады және атқарылған жұмысты есепке алу үшін зертхана меңгерушісіне тапсырады (Дневник учета работы заполняется врачом – лаборантом и сдается заведующему лабораторией для учета выполненной работы)

- а) өткізілген талдаулар (проведено анализов)
- б) құжаттамамен жұмыс істеу (работа с документацией)
- в) қайта тексерілетін сарысулармен жұмыс істеу (работа с переконтрольными сыворотками)
- г) әдістемелік жұмыстар және т.б. (методическая работа и т.д.)

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 280/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23 » ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Бракераждық журнал**  
**Бракеражный журнал**

Р/р № № п /п	ЖҚТБ зертханасын- дағы тіркеу № № регистра- ционный в лаборатории СПИД	Түскен жылы, айы, күні Год, месяц, день поступления	Материалды алып келген мекеменің атауы Название учреждения доставившего материал	Бракераждау себебі Причина бракеража	Қабылданған шаралар Принятые меры	Дәрігер- лаборанттың қолы Подпись врача- лаборанта
1	2	3	4	5	6	7

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады. Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.

А4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 281/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 281/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Қанды CD-4, CD-8 тексеру үшін берілген  
№ \_\_\_\_\_ жолдама  
Направление № \_\_\_\_\_  
на исследование крови на CD-4, CD-8

ТАӘ: \_\_\_\_\_  
ФИО: \_\_\_\_\_  
Жынысы: \_\_\_\_\_  
Пол: \_\_\_\_\_  
Туған жылы \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Тексеру кезіндегі диагнозы: \_\_\_\_\_  
Диагноз на момент обследования: \_\_\_\_\_  
Иммуноблоттың нөмірі \_\_\_\_\_  
Номер иммуноблота \_\_\_\_\_  
Вирусқа қарсы емнің басталған уақыты: \_\_\_\_\_  
Дата начала противовирусной терапии: \_\_\_\_\_  
CD- 4, CD-8 бұдан бұрынғы тексеріс уақыты және қорытындысы \_\_\_\_\_  
Дата и результат предыдущего обследования на CD-4. CD-8 \_\_\_\_\_  
Қанды алған күні, уақыты \_\_\_\_\_  
Дата и время забора крови \_\_\_\_\_  
Материалды жіберген мекеменің атауы және мекенжайы: \_\_\_\_\_  
Адрес и наименование учреждения, направившего материал: \_\_\_\_\_  
Материалды жіберген дәрігердің тегі: \_\_\_\_\_

Фамилия врача, направившего материал \_\_\_\_\_  
Жіберілген күні: \_\_\_\_\_  
Дата отправки: \_\_\_\_\_

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 281-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 281-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**CD-4,CD-8 анықтау үшін алынған үлгілердің қорытындысын тіркеу журналы**  
**Журнал учета результатов образцов, поступающих для определения CD-4,CD-8**

Қанды алған күні, уақыты	Материалдың зертханаға келіп түскен күні, уақыты	Иммуноблоттың нөмірі	Тіркеу нөмірі Регистра-		Туған жылы	Қайдан жіберілді
--------------------------	--	----------------------	-------------------------	--	------------	------------------

Дата и время забора крови	Дата и время поступления материала в лабораторию	Номер иммуноблота	ционный номер	ТАӘ ФИО	Год рождения	Откуда направлен
1	2	3	4	5	6	7

продолжение:

Талдаудың келіп түскен күні, уақыты Дата и время постановки анализа	Қорытынды Результат				Қорытынды берілген жылы, айы, күні Дата выдачи результата	Зертханашы-дәрігердің қолы Подпись врача-лаборанта
	CD - 4	CD - 8	CD - 3	CD-4/CD-8		
8	9	10	11	12	13	14

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 281-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 281-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**CD -4, CD-8 тексерілген қанның қорытындысы**  
**Результаты исследования крови на CD -4, CD-8**  
№ \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Иммуноблоттың №(№ иммуноблота) \_\_\_\_\_

Қанды зертханаға жеткізген күні, уақыты (Дата и время доставки крови в лаборатории) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Талдауға қойған күні, уақыты (Дата и время постановки) \_\_\_\_\_  
CD4 \_\_\_\_\_ CD3 \_\_\_\_\_  
CD8 \_\_\_\_\_ CD4/CD8 \_\_\_\_\_  
Зертханашы-дәрігер (Врач-лаборант) \_\_\_\_\_  
Берілген күні (Дата выдачи): \_\_\_\_\_

Приложение 5 к приказу  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 5 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 170/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 170/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**МӘЙІТТІҢ СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМА  
САРАПШЫСЫНЫҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ  
ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА  
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУПА  
№**

Қаулы негізінде (на основании постановления) \_\_\_\_\_

(от) \_\_\_\_\_ күні 20\_\_ жылғы (года) түскен (поступившего) \_\_\_\_\_  
үй-жайында (в помещении) \_\_\_\_\_ жарықта (при  
освещении) \_\_\_\_\_

сот-медициналық сарапшы (лар) (судебно-медицинский эксперт(ы))

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты, жұмыс өтілі, санаты, ғылыми  
дәрежесі мен атағы  
(должность, фамилия, имя, отчество, стаж, категория, ученая степень и  
звание)

Мәйітке сот-медициналық

сараптама жүргізді (произвел(и)  
судебно-медицинскую экспертизу трупа) \_\_\_\_\_

Туған жылы, толық жасы (год рождения, полных лет):  
Тұрғылықты жері (место жительства):

ҚР ҚІЖК 83-бабында көзделген сарапшының құқықтары мен міндеттері түсіндірілді (Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 83 УПК РК разъяснены). Көрінеу жалған қорытынды берген үшін ҚР ҚК 352-бабы бойынша жауапкершілік туралы ескертілді (об ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 352 УК РК предупрежден(ы)).

Сот-медициналық сарапшы(лар) (судебно-медицинский эксперт(ы)) \_\_\_\_\_  
(қолы)

Сараптамаға қатысқандар (При экспертизе присутствовали)  
Сараптаманың басталған күні мен уақыты (Дата и время начала экспертизы) \_\_\_\_\_  
Сараптаманың аяқталған күні (Дата окончания экспертизы) \_\_\_\_\_

Сот-медициналық сарапшының қорытындысы (Заключение  
судебно-медицинского эксперта изложено на) \_\_\_\_\_ парақта жазылған  
(листах).

A4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 170-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 170-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**КУЭЛАНДЫРУДЫ СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМА  
САРАПШЫСЫНЫҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ  
ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА  
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕМОГО  
№**

Қаулы негізінде (на основании постановления) \_\_\_\_\_

(от) \_\_\_\_\_ күні 20\_\_ жылғы(года) түскен (поступившего) \_\_\_\_\_

үй-жайында (в помещении) \_\_\_\_\_

сот-медициналық сарапшы (лар) (судебно-медицинский эксперт(ы)) \_\_\_\_\_

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты, жұмыс өтілі, санаты, ғылыми дәрежесі мен атағы  
(должность, фамилия, имя, отчество, стаж, категория, ученая степень и звание)

Сараптама жүргізді (произвел (и) экспертизу) \_\_\_\_\_

Туған жылы (год рождения): \_\_\_\_\_

Тұрғылықты жері (место жительства): \_\_\_\_\_

Жұмыс орны, лауазымы (место работы, должность): \_\_\_\_\_

Жеке басын куәландыратын құжат, кім және қашан берген (документ, удостоверяющий личность, когда и кем выдан): \_\_\_\_\_

ҚР ҚІЖК 83-бабында көзделген сарапшының құқықтары мен міндеттері түсіндірілді (Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 83 УПК РК разъяснены). Көрінеу жалған қорытынды берген үшін ҚР ҚК 352-бабы бойынша жауапкершілік туралы ескертілді (об ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 352 УК РК предупрежден(ы)).

Сот-медициналық сарапшы (лар) (судебно-медицинский эксперт(ы)) \_\_\_\_\_  
(қолы)

Сараптамаға қатысқандар (При экспертизе присутствовали) \_\_\_\_\_

Сараптаманың басталған күні мен уақыты (Дата и время начала экспертизы) \_\_\_\_\_

Сараптаманың аяқталған күні (Дата окончания экспертизы) \_\_\_\_\_

Сот-медициналық сарапшының қорытындысы (Заключение судебно-медицинского эксперта изложено на) \_\_\_\_\_ парақта жазылған (листах)

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 170-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 170-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ КУӘЛАНДЫРУ АКТІСІ**  
**АКТ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО**  
**ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ**  
№

негізінде (на основании) \_\_\_\_\_

(от) \_\_\_\_\_ күні 20\_\_ жылғы(года) түскен (поступившего) \_\_\_\_\_ үй-жайында (в помещении) \_\_\_\_\_

сот-медициналық сарапшы (лар) (судебно-медицинский эксперт(ы))

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты, жұмыс өтілі, санаты, ғылыми дәежесі мен атағы  
(должность, фамилия, имя, отчество, стаж, категория, ученая степень и звание)

Куәландыру жүргізді (произвел (и) освидетельствование) \_\_\_\_\_

Туған жылы (год рождения):

Тұрғылықты жері (место жительства):

Жұмыс орны, лауазымы (место работы, должность):

Жеке басын куәландыратын құжат, кім және қашан берген (документ, удостоверяющий личность, когда и кем выдан):

Сот-медициналық сарапшы (лар) (судебно-медицинский эксперт(ы)) \_\_\_\_\_  
(қолы)

Куәландыруға қатысқандар (При освидетельствовании присутствовали)

Куәландырудың басталған күні мен уақыты (Дата и время начала освидетельствования) \_\_\_\_\_

Куәландырудың аяқталған күні (Дата окончания освидетельствования) \_\_\_\_\_

Сот-медициналық куәландыру актісі (Акт судебно-медицинского освидетельствования изложен на) \_\_\_\_\_ парақта жазылған (листах).

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 173/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 173/у Утверждена приказом и.о. Министра

**МЕДИЦИНАЛЫҚ-КРИМИНАЛИСТИКАЛЫҚ САРАПТАМА**  
**САРАПШЫСЫНЫҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ**  
**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА**  
**МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**  
№

Қаулы негізінде, сот-медициналық сарапшының жолдамасы бойынша (на основании постановления, по направлению судебно-медицинского эксперта) \_\_\_\_\_  
сот-медициналық зертханасының медициналық-криминалистикалық бөлімінде (бөлімшесінде) (в медико-криминалистическом отделе (отделении) судебно-медицинской лаборатории ) \_\_\_\_\_

сот-медициналық сарапшы (лар) (судебно-медицинский эксперт(ы) \_\_\_\_\_

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты, жұмыс өтілі, санаты, ғылыми дәрежесі мен атағы  
(должность, фамилия, имя, отчество, стаж, категория, ученая степень и звание)

Сараптама жүргізді (произвел (и) экспертизу) \_\_\_\_\_

ҚР ҚІЖК 83-бабында көзделген сарапшының құқықтары мен міндеттері түсіндірілді (Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 83 УПК РК разъяснены). Көрінеу жалған қорытынды берген үшін ҚР ҚК 352-бабы бойынша жауапкершілік туралы ескертілді (об ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 352 УК РК предупрежден(ы)).

Сот-медициналық сарапшы (лар) (судебно-медицинский эксперт(ы) \_\_\_\_\_  
(қолы)

Сараптаманың басталған күні (Дата начала экспертизы) \_\_\_\_\_  
Сараптаманың аяқталған күні (Дата окончания экспертизы) \_\_\_\_\_

Сот-медициналық сарапшының қорытындысы (Заключение судебно-медицинского эксперта изложено на) \_\_\_\_\_ парақта жазылған (листах).

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 173-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 173-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**СОТ-БИОЛОГИЯЛЫҚ САРАПТАМА**  
**САРАПШЫСЫНЫҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ**  
**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА**  
**СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**  
№

Қаулы негізінде, сот-медициналық сарапшының жолдамасы бойынша (на основании постановления, по направлению судебно-медицинского эксперта) \_\_\_\_\_

сот-медициналық зертханасының сот-биологиялық бөлімінде (бөлімшесінде) (в судебно-биологическом отделе (отделении) судебно-медицинской лаборатории) \_\_\_\_\_

сот-медициналық сарапшы(лар) (судебно-медицинский эксперт(ы):

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты, жұмыс өтілі, санаты, ғылыми дәрежесі мен атағы

(должность, фамилия, имя, отчество, стаж, категория, ученая степень и звание)

произвел(и) экспертизу) \_\_\_\_\_

сараптама жүргізді (

ҚР ҚІЖК 83-бабында көзделген сарапшының құқықтары мен міндеттері түсіндірілді (Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 83 УПК РК разъяснены). Көрінеу жалған қорытынды берген үшін ҚР ҚК 352-бабы бойынша жауапкершілік туралы ескертілді (об ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 352 УК РК предупрежден(ы)).

Сот-медициналық сарапшы (лар) (судебно-медицинский эксперт(ы) \_\_\_\_\_  
(қолы)

Сараптаманың басталған күні (Дата начала экспертизы) \_\_\_\_\_  
Сараптаманың аяқталған күні (Дата окончания экспертизы) \_\_\_\_\_

Сот-медициналық сарапшының қорытындысы (Заключение  
судебно-медицинского эксперта изложено на) \_\_\_\_\_ парақта жазылған  
(листах)

A4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 173-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 173-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**МОЛЕКУЛАРЛЫ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ САРАПТАМА**  
**САРАПШЫСЫНЫҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ**  
**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА**  
**МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**  
№

Қаулы, анықтама негізінде (на основании постановления, определения)

сот-медициналық зертханасының молекулалы-генетикалық бөлімінде (в  
молекулярно-генетическом отделе судебно-медицинской лаборатории)

сот-медициналық сарапшы (лар) (судебно-медицинский эксперт(ы))

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты, жұмыс өтілі, санаты, ғылыми  
дәрежесі мен атағы

(должность, фамилия, имя, отчество стаж, категория, ученая  
степень и звание)

сараптама жүргізді (произвел(и) экспертизу) \_\_\_\_\_

ҚР ҚІЖК 83-бабында көзделген сарапшының құқықтары мен міндеттері  
түсіндірілді (Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 83  
УПК РК разъяснены). Көрінеу жалған қорытынды берген үшін ҚР ҚК  
352-бабы бойынша жауапкершілік туралы ескертілді (об ответственности  
за дачу заведомо ложного заключения по ст. 352 УК РК предупрежден(ы)).

Сот-медициналық сарапшы (лар) (судебно-медицинский эксперт(ы)) \_\_\_\_\_  
(қолы)

Сараптаманың басталған күні (Дата начала экспертизы) \_\_\_\_\_  
Сараптаманың аяқталған күні (Дата окончания экспертизы) \_\_\_\_\_

Сот-медициналық сарапшының қорытындысы (Заключение  
судебно-медицинского эксперта изложено на) \_\_\_\_\_ парақта жазылған  
(листах)

A4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 173-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 173-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ЗАТТАЙ АЙҒАҚТАРДЫ СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ АКТІСІ**  
**АКТ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**  
**ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ**  
№

негізінде (на основании) \_\_\_\_\_

сот-медициналық зертханасында (в судебно-медицинской лаборатории) \_\_\_\_\_

сот-медициналық сарапшы(лар) (судебно-медицинский эксперт(ы))

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты, жұмыс өтілі, санаты, ғылыми  
дәрежесі мен атағы  
(должность, фамилия, имя, отчество стаж, категория, ученая  
степень и звание)

зерттеу жүргізді (произвел(и) исследование) \_\_\_\_\_



Сот-медициналық сарапшы(лар) (судебно-медицинский эксперт(ы) \_\_\_\_\_  
(қолы)

Зерттеудің басталған күні (Дата начала исследования) \_\_\_\_\_  
ерттеудің аяқталған күні (Дата окончания исследования) \_\_\_\_\_

Сот-медициналық зерттеу актісі (Акт судебно-медицинского исследования  
изложен на) \_\_\_\_\_ парақта жазылған (листах)

A4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 176/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 176/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**СОТ-ГИСТОЛОГИЯЛЫҚ САРАПТАМА**  
**САРАПШЫСЫНЫҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ**  
**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА**  
**СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**  
№

Қаулы негізінде, сот-медициналық сарапшының жолдамасы бойынша (на,  
основании постановления, по направлению судебно-медицинского  
эксперта) \_\_\_\_\_  
сот-гистологиялық бөлімінде (бөлімшесінде) (в судебно-гистологическом  
отделе (отделении) \_\_\_\_\_

сот-медициналық сарапшы (лар) (судебно-медицинский эксперт(ы)

\_\_\_\_\_ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты, жұмыс өтілі, санаты, ғылыми  
дәрежесі мен атағы (должность, фамилия, имя, отчество стаж,  
категория, ученая степень и звание)

\_\_\_\_\_ сараптама жүргізді (произвел(и) экспертизу) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ жіберілген объектілер тізбесі, олардың саны (перечень  
направленных объектов, их количество)

\_\_\_\_\_ мәйіттен (от трупа) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ қайтыс болған адамның тегі, аты, әкесінің аты, жасы

(фамилия, имя, отчество, возраст умершего)  
мақсатымен (с целью) \_\_\_\_\_

Алдын-ала сот-медициналық диагнозы (предварительный  
судебно-медицинский диагноз) \_\_\_\_\_  
Мәйітті сараптау күні, уақыты (Дата, время экспертизы трупа)  
\_\_\_\_\_

Сарапшының қорытындысы (заключение эксперта) № \_\_\_\_\_  
Объектілердің бөлімге (бөлімшеге) түскен күні (Дата поступления  
объектов в отделение) \_\_\_\_\_

ҚР ҚІЖК 83-бабында көзделген сарапшының құқықтары мен міндеттері  
түсіндірілді (Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 83  
УПК РК разъяснены). Көрінеу жалған қорытынды берген үшін ҚР ҚК  
352-бабы бойынша жауапкершілік туралы ескертілді (об ответственности  
за дачу заведомо ложного заключения по ст. 352 УК РК предупрежден(ы)).

Сот-медициналық сарапшы(лар) (судебно медицинский эксперт(ы))

\_\_\_\_\_  
(қолы)

Сараптаманың басталған күні (Дата начала экспертизы) \_\_\_\_\_  
Сараптаманың аяқталған күні (Дата окончания экспертизы) \_\_\_\_\_

Сот-медициналық сарапшының қорытындысы (Заключение  
судебно-медицинского эксперта изложено на) \_\_\_\_\_ парақта жазылған  
(листах).

A4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 177/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 177/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ХИМИЯЛЫҚ - ТОКСИКОЛОГИЯЛЫҚ САРАПТАМА**  
**САРАПШЫСЫНЫҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ**  
**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА**

ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

№

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қаулы негізінде, сот-медициналық сарапшының жолдамасы бойынша  
(на основании постановления, по направлению судебно-медицинского  
эксперта)\_\_\_\_\_

химиялық-токсикологиялық бөлімінде (бөлімшесінде)

(в химико-токсикологическом отделе

(отделении))\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ сот-медициналық сарапшы (лар) (судебно-медицинский эксперт (ы)

\_\_\_\_\_ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты, жұмыс өтілі, санаты, ғылыми дәрежесі мен атағы (должность, фамилия, имя, отчество, стаж, категория, ученая степень и звание)

\_\_\_\_\_ сараптама жүргізді (произвел (и)

экспертизу)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ объектілердің атауы (наименование объектов)

\_\_\_\_\_ мәйіттен немесе тірі адамнан, астың сызу керек (от трупа или живого лица, подчеркнуть) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ қайтыс болған немесе тірі адамның тегі, аты, әкесінің аты, жасы (фамилия, имя, отчество, возраст умершего или живого лица) астың сызу керек заты, оның ішінде этил спирті анықтау мақсатымен (с целью определения вещества, в том числе этилового спирта) сот-медициналық диагнозы (судебно-медицинский диагноз)

\_\_\_\_\_ Қайтыс болған күні (Дата наступления смерти)

\_\_\_\_\_ Мәйітті сараптау күні мен қорытындының нөмірі (Дата экспертизы трупа и номер заключения)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Объектілердің бөлімге (бөлімшеге) түскен күні (Дата поступления объектов в отдел (отделение))\_\_\_\_\_

ҚР ҚІЖК 83- бабында көзделген сарапшының құқықтары мен міндеттері түсіндірілді (Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 83 УПК РК разъяснены). Көрінеу жалған қорытынды берген үшін ҚР ҚК 352 бабы бойынша жауапкершілік туралы ескертілді (Об ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 352 УК РК предупрежден (-ы)).

Сот-медициналық сарапшы (-лар) (судебно-медицинский эксперт

(-ы) \_\_\_\_\_

(қолы)

Сараптаманың басталған күні (Дата начала экспертизы) \_\_\_\_\_

Сараптаманың аяқталған күні (Дата окончания экспертизы) \_\_\_\_\_

Сот-медициналық сарапшының қорытындысы (Заключение судебно-медицинского эксперта изложено на) \_\_\_\_\_ парақта жазылған (листах).

A4 форматы  
Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 177-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 177-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ХИМИЯЛЫҚ -ТОКСИКОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ  
АКТІСІ  
АКТ  
ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ  
№**

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Негізінде (на основании)

\_\_\_\_\_

химиялық-токсикологиялық бөлімінде (бөлімшесінде) (в химико-токсикологическом отделе (отделении)) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

сот-медициналық сарапшы (судебно-медицинский эксперт)

\_\_\_\_\_

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты, жұмыс өтілі,  
санаты, ғылыми дәрежесі мен атағы  
(должность, фамилия, имя, отчество, стаж, категория,  
ученая степень и звание)

\_\_\_\_\_

Зерттеу жүргізді (произвел  
исследование) \_\_\_\_\_  
объектілердің атауы (наименование объектов)

Кімнен (От)

тегі, аты, әкесінің аты, жасы (фамилия, имя, отчество, возраст )  
анықтау мақсатымен (с целью определения )

объектілерді алған күні және уақыты (Дата и время забора  
объектов) \_\_\_\_\_  
объектілер бөліміне (бөлімшеге) түскен күні (Дата поступления объектов в отдел (отделение) \_\_\_\_\_

Зерттеудің басталған күні (Дата начала  
исследования) \_\_\_\_\_  
Зерттеудің аяқталған күні (Дата окончания  
исследования) \_\_\_\_\_

Химиялық-токсикологиялық зерттеу актісі  
(Акт химико-токсикологического исследования изложен на) \_\_\_\_\_  
парақта жазылған (листах).

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 178/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 178/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Сот-медициналық зертханаға  
ЖОЛДАМА  
НАПРАВЛЕНИЕ  
в судебно-медицинскую лабораторию**

Зерттеу үшін жіберіледі (Направляется для исследования) \_\_\_\_\_ кімнен (от) \_\_\_\_\_

(қайтыс болған адамның (куәланушының) тегі, аты, әкесінің аты, туған жылы, жынысы)  
(фамилия, имя, отчество умершего (свидетельствуемого), год рождения, пол) \_\_\_\_\_

Сараптама тағайындаған органның атауы  
(Наименование органа назначившего экспертизу)

**Зерттеуге жіберілген объектілердің тізімі**  
**Перечень объектов направленных на исследование**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Қорытынды (Заключение) № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ материалды алу күні, сағаты (дата, часы  
взятия материала) \_\_\_\_\_

Бекіту сұйықтығы егер консервілеу жүргізілсе (Фиксирующая жидкость  
если производилось консервирование)

Таңба қалатын мөрмен мөрленген (Отпечатано печатью с оттиском)

Істің қысқаша мән-жайы (Краткие обстоятельства дела) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ сот-медициналық диагнозы (   
судебно-медицинский диагноз) \_\_\_\_\_

Зерттеу кезінде шешілуі тиіс сұрақтар (Вопросы, подлежащие разрешению  
при исследовании) \_\_\_\_\_

20\_\_ ж. (г.) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Сот-медициналық сарапшының тегі, аты, әкесінің аты қолы  
(фамилия, имя, отчество судебно-медицинского эксперта) (подпись)

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 179/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы  
Наименование организации

Медицинская документация  
Форма № 179/у утверждена приказом  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

**ХИМИЯЛЫҚ-ТОКСИКОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУГЕ  
ЖОЛДАМА  
НАПРАВЛЕНИЕ  
НА ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Мәйіттің материалы жеберіледі (Направляется материал от трупа) \_\_\_\_\_

қайтыс болған адамның тегі, аты, әкесінің аты, туған жылы, жынысы  
(фамилия, имя, отчество умершего, год рождения, пол)

Сараптама тағайындаған органның атауы  
(Наименование органа назначившего экспертизу)

(в) \_\_\_\_\_ банкарда (банках) \_\_\_\_\_ сауыттарда  
(флаконах) \_\_\_\_\_

№ 1 Банканың ішінде (содержит) \_\_\_\_\_ № 4 Банка \_\_\_\_\_

№ 2 Банка \_\_\_\_\_ № 5 Банка \_\_\_\_\_

№ 3 Банка \_\_\_\_\_ № 6 Банка \_\_\_\_\_

№ 1 сауыт (флакон) \_\_\_\_\_ № 2 сауыт (флакон) \_\_\_\_\_

II. Қолданылған консервант үлгісі  
(Образец примененного консерванта) \_\_\_\_\_ мл.

Таңба қалдыратын мөрмен мөрленген  
(Опечатано печатью с оттиском) \_\_\_\_\_

Қайтыс болу күні (Дата смерти) 20 жылғы (года) \_\_\_\_\_ Мәйітті ашу күні

(Дата вскрытия трупа) 20 жылғы (года) \_\_\_\_\_

«Сот медициналық сарапшының қорытындысы» («Заключение  
судебно-медицинского эксперта») № \_\_\_\_\_

Істің қысқаша мән-жайы (Краткие обстоятельства дела)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Клиникалық диагноз (егер стационарда қайтыс болса) дәрі-дәрмектік  
көрсетілген көмек (препараттар, олардың концентраттары және көлемі),

(клинический диагноз (если умер в стационаре), оказанная медикаментозная помощь (препараты, их концентрации и объемы))

сот-мединалық диагнозы (судебно-медицинский диагноз) \_\_\_\_\_

химиялық-токсикологиялық зерттеу кезінде шешілуі тиіс сұрақтар (Вопросы подлежащие разрешению при химико-токсикологическом исследовании) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20 жылғы (года).

Сот медициналық сарапшының тегі, \_\_\_\_\_ (қолы)  
аты, әкесінің аты \_\_\_\_\_ (подпись)  
(Фамилия, имя, отчество судебно-медицинского эксперта)

A4 форматы  
Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 180/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 180/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**СОТ-ГИСТОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУГЕ ЖОЛДАМА**  
**НАПРАВЛЕНИЕ НА СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қаулының негізінде сот-мединалық сарапшының жолдамасы бойынша (на основании постановления, по направлению судебно-медицинского эксперта)



Мәйіттің жолданған материал

(Направляется материал от трупа) \_\_\_\_\_

қайтыс болған адамның тегі, аты, әкесінің аты  
(фамилия, имя, отчество умершего)

Қайтыс болған күні (Дата смерти) \_\_\_\_\_

жылы, айы, күні, сағаты, минуты  
(год, месяц, число, час, минута)

Туған жылы, жынысы (год рождения, пол) \_\_\_\_\_

Мәйітті ашу күні мен сағаты (Дата и час вскрытия трупа) \_\_\_\_\_

Қорытынды (Заключение) № \_\_\_\_\_

Істің қысқаша мән-жайы (Краткие обстоятельства дела) \_\_\_\_\_

Клиникалық диагноз (егер стационарда қайтыс болса, стационарда болған уақыты) (Клинический диагноз (если умер в стационаре, время пребывания в стационаре)) \_\_\_\_\_

Сот-медициналық диагнозы (Судебно-медицинский диагноз) \_\_\_\_\_

Зерттеу мақсаты (Цель исследования): диагнозды растау (подтверждение диагноза) - 1; диагноз қою (установление диагноза) - 2; жарақаттардың сипаты мен тірі кезінде пайда болуын анықтау (определение характера и прижизненности повреждений) - 3; басқалар (прочие) - 4 \_\_\_\_\_  
астын сызыңыз (подчеркнуть)

Бекіту сұйықтығы (Фиксирующая жидкость) \_\_\_\_\_

Кесектері зерттеуге жолданған ағзалар мен тіндердің макроскопиялық өзгерістерін қысқаша сипаттау (Краткое описание макроскопических изменений органов и тканей, кусочки которых направлены на исследование) \_\_\_\_\_

Жарақаттардың тері қабатындағы орны (жаралар, қанталаулар, сырылулар, электр белгілері және т.б.) мен олардың мәйіт дақтарына қатысты орналасуы (Локализация повреждений на коже (раны, кровоподтеки, ссадины, электрометки и т. п.) и их расположение по отношению к трупным пятнам) \_\_\_\_\_

Зерттеуге жіберілген кесекшелердің тізімі (Перечень кусочков, направленных на исследование):

	Кесектер саны	Ерекше белгілері (кесектер пішіні, орналасуы мен т.б.) Особые отметки
--	---------------	---

Ағзалар (қандай бөлімдері) Органы (какие отделы)	Количество кусочков	(форма кусочков, локализация и т.п.)
Ми қабықтарымен (Мозг с оболочками) ми қыртысы, қыртыс асты облысы (кора, подкорковая область) ми діңі (ствол) жұлын (спиной мозг)		
Жүрек (Сердце)		
Қолка (Аорта)		
Өкпе (Легкое)		
Тыныс жолдары (Дыхательные пути) көмекей (гортань) кеңірдек (трахея) бронхтар (бронхи)		
Бауыр (Печень)		
Бүйрек (Почка)		
Көк бауыр (Селезенка)		
Ішек (Кишечник)		
Эндокриндік бездері (Эндокринные железы) гипофиз бүйрекбездері: оң (правый) (надпочечники) сол (левый) қалақанша без (щитовидная железа) зобтық безі (зобная железа) жыныстық бездер (половые железы) ұйқыбез (поджелудочная железа)		
Тері (Кожа)		
Басқа ағзалар мен тіндер, оның ішінде микробөлшектер (Другие органы и ткани, в том числе микрочастицы)		
Ағзалар таңбалары (Отпечатки органов)		
Сүртінділер (Мазки)		

Материал із қалдыратын мөрмен мөрленген  
(Материал опечатан печатью с оттиском) \_\_\_\_\_  
20 жылғы (года) \_\_\_\_\_  
сарапшының тегі, аты, әкенің аты, (қолы) (фамилия, имя, отчество  
судебно-медицинского эксперта (подпись))  
Ескертпе: гистологиялық зерттеу үшін органдар түрін алу зерттеу мақсатына байланысты. (Примечание: взятие для гистологического исследования тех или иных органов зависит от цели исследования).

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 181/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 181/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Сот - медициналық мәйітханасында мәйіттерді тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации трупов в судебно-медицинском морге**

20__ жылғы(года) "__" _____ басталды (начат) Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық Журналды медициналық тіркеуші (мейірбике, фельдшер немесе зертханашы) толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.	20__ жылғы(года) "__" _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала Журнал заполняет медицинский регистратор (медицинская сестра, фельдшер или лаборант). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью организации и подписан руководителем. По использованию передается в архив.
---	--

Р/с ("Сот- медициналық сарапшы қорытындысының №" ) п/п ("Заключение судебно- медицинского эксперта №")	Қайтыс болған адамның тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество умершего	Мәйіт мәйітханаға әкелінді Труп доставлен в морг		Туған күні Дата рождения	Жынысы Пол	Қайтыс болған адамның тұрақты мекенжайы мен төлқұжатының нөмірі Место постоянного жительства и номер удостоверения личности умершего
		уақыты время	күні дата			
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Мәйіт мәйітханаға қайдан әкелінді (үйден, көше-ден, т. б.) Откуда труп доставлен в морг (из дома, с улицы и пр.)	Сараптама жүргізу туралы қаулыны кім, қашан шығарды Кем и когда вынесено постановление о производстве экспертизы	Сот-медициналық сарапшының ТАӘ және сараптама жүргізілген уақыты ФИО судебно-медицинского эксперта и время проведения экспертизы	Қайтыс болу себебі (дәрігерлік куәлікке сәйкес қайтыс болуы туралы қысқаша диагнозы, перинаталдық өлім жөніндегі дәрігерлік куәлік ) Причина смерти (краткий диагноз в соответствии с врачебным свидетельством о смерти, врачебным свидетельством о перинатальной смерти)	Түпкілікті диагнозы Окончательный диагноз
8	9	10	11	12

продолжение таблицы

Зертханаға зерттеуге жіберілген заттардың тізбесі Перечень объектов, направленных для лабораторного исследования	"Сот медициналық сарапшының қорытындысы" аяқталған күні Дата окончания "Заключения судебно-медицинского эксперта"	"Сот медициналық сарапшының қорытындысы" қашан және кімге жіберілді немесе берілді. Қолға алғаны туралы қолхат Когда и кому направлено или передано "Заключение судебно-медицинского эксперта". Расписка в получении	Мәйіттің берілген немесе жерленген күні, қайтыс болғаны туралы куәлік № (АХАЖ) Дата выдачи или погребения трупа, № свидетельства о смерти (ЗАГС)	Мәйіт кімге берілді (тегі, аты, әкесінің аты, жеке басын куәландыратын құжаттың №, тұрақты мекенжайы), жерленген жері Кому выдан труп (фамилия, имя, отчество, № документа, удостоверяющего личность, место постоянного жительства), место погребения
13	14	15	16	17

A4 форматы  
Формат A4

--	--

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 182/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 182/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Куәландырудың сот-медициналық сараптамаларын тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации судебно-медицинских экспертиз свидетельствуемых**

20__ жылғы (года) "__" _____ басталды (начат) Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық Журналды бөлім (бөлімше) меңгерушісінің бақылауымен орта медициналық персонал толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.	20__ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала Журнал заполняется средним медицинским персоналом под контролем заведующего отделом (отделением). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью и подписан руководителем организации. По использованию передается в архив.
--	---

"Сот- медициналық сарапшы қорытындысының" нөмірі Номер "Заключения судебно- медицинского эксперта"	Куәланушының тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество свидетельст- вуемого	Жынысы Пол	Туған күні Дата рожде- ния	Жеке куәлігі, берілген күні, қандай ұйыммен және қашан берілген Документ удостове- ряющий личность, когда и кем выдан	Жұмыс орны; кәсібі Место работы, должность	Үйінің мекенжайы , тұратын орны Домашний адрес, место прожи- вания	Сараптамаға кім жіберді Кем направлен на экспертизу
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Сараптаманың жүргізілген күні, уақыты Дата, время проведения экспертизы	Сараптаманың аяқталған күні Дата окончания экспертизы	Қосымша тексеру әдісі Дополнительные методы обследования	Сараптаманың нәтижелері Результаты экспертизы	Сот-медициналық сарапшының ТАӘ ФИО судебно-медицинского эксперта	"Сарапшының қорытындысын" алған адамның тегі, лауазымы, қызметтік куәлігінің №, оның қолы, күні (немесе пошта түбіртегінің № мен күні). Фамилия, должность, № служебного удостоверения лица, получившего "Заключение эксперта", его подпись, дата (или № и дата почтовой квитанции)
9	10	11	12	13	14

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 182-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 182-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Медициналық құжаттама бойынша сот-медициналық  
сараптамаларды тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации судебно-медицинских экспертиз по медицинской  
документации**

20__ жылғы (года) "__" _____ басталды (начат) Журналды толтыру жөніндегі	20__ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала.
--	---

<p>нұсқаулық. Журналды бөлім (бөлімше) меңгерушісінің бақылауымен орта медициналық персонал толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.</p>	<p>Журнал заполняется средним медицинским персоналом под контролем заведующего отделом (отделением). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью и подписан руководителем организации. По использованию передается в архив.</p>
---	--

"Сот-медициналық сарапшы қорытындысының" нөмірі Номер "Заключения судебно-медицинского эксперта"	Жәбірленушінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество потерпевшего	Туған күні Дата рождения	Сараптама жүргізу үшін негіздеме Основание для проведения экспертизы	Түскен құжаттардың тізбесі Перечень представленных документов
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Сараптаманың басталған күні Дата начала экспертизы	Сараптаманың аяқталған күні Дата окончания экспертизы	Сараптаманың нәтижелері Результаты экспертизы	Сот-медициналық сарапшының тегі Фамилия судебно-медицинского эксперта	"Сарапшының қорытындысын" алған адамның тегі, лауазымы, қызметтік куәлігінің №, оның қолы, күні (немесе пошта түбіртегінің № мен күні) Фамилия, должность, № служебного удостоверения лица, получившего "Заключения эксперта", его подпись, дата (или № и дата почтовой квитанции)
6	7	8	9	10

A4 форматы  
Формат А4

	<p>ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 182-2/е нысанды медициналық құжаттама</p>

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 182-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
---	---

**Жыныстық жағдайлар (қылмыстар) бойынша сот-медициналық  
 сараптамаларды тіркеу  
 ЖУРНАЛЫ  
 ЖУРНАЛ  
 регистрации судебно-медицинских экспертиз по половым  
 состояниям, преступлениям**

20__ жылғы (года) "__" _____ басталды (начат) Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық Журналды бөлім (бөлімше) меңгерушісінің бақылауымен орта медициналық персонал толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.	20__ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала Журнал заполняется средним медицинским персоналом под контролем заведующего отделом (отделением). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью и подписан руководителем организации. По использованию передается в архив.
--	--

"Сот-медициналық сарапшы қорытындысының" нөмірі Номер "Заключения судебно-медицинского эксперта"	Куәланушының тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество свидетельст-вуемого	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Жеке куәлігі, қандай ұйыммен және қашан берілген Документ удостоверяющий личность, когда и кем выдан	Жұмыс орны, лауазымы Место работы, должность	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	Сараптамаға кім жіберді Кем направлен на экспертизу
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

							"Сарапшының қорытындысын" алған адамның тегі, лауазымы, қызметтік
--	--	--	--	--	--	--	---



Сараптаманың жүргізілген күні және уақыты Дата, время проведения экспертизы	Сараптаманың аяқталған күні Дата окончания экспертизы	Зерттеу жүргізу барысында алынған нысандардың тізбесі Перечень объектов, изъятых при проведении экспертизы	Сараптаманың нәтижелері Результаты экспертизы	Сот- медициналық сарапшының тегі Фамилия судебно- медицинского эксперта	куәлігінің №, оның қолы, күні (немесе пошта түбіртегінің № мен күні) Фамилия, должность, № служебного удостоверения лица, получившего "Заключения эксперта", его подпись, дата (или № и дата почтовой квитанции)
9	10	11	12	13	14

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 182-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 182-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Сот-медициналық куәландыруды тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации судебно-медицинских освидетельствований**

20__ жылғы (года) "__" _____ басталды (начат) Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық. Журналды бөлім (бөлімше) меңгерушісінің бақылауымен орта медициналық персонал толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен	20__ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала. Журнал заполняется средним медицинским персоналом под контролем заведующего отделом (отделением). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью и подписан руководителем
--	--

бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.	организации. По использованию передается в архив.
--	--

"Сот-медициналық куәландыру актісі" нөмірі Номер "Акта судебно-медицинского освидетельствования"	Куәланушының тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество освидетельствуемого	Туған күні Дата рождения	Жеке куәлігі, қандай ұйыммен және қашан берілген Документ удостоверяющий личность, когда и кем выдан	Куәландыру жүргізу үшін негіздеме Основание для проведения освидетельствования	Түскен құжаттардың тізбесі Перечень представленных документов
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Куәландырудың басталған күні Дата начала освидетельствования	Куәландырудың аяқталған күні Дата окончания освидетельствования	Куәландырудың нәтижелері Результаты освидетельствования	Сот-медициналық сарапшының тегі Фамилия судебно-медицинского эксперта	"Сот-медициналық куәландыру актісін" алған адамның тегі, лауазымы, қызметтік куәлігінің №, оның қолы, күні (немесе пошта түбіртегінің № мен күні) Фамилия, должность, лица, получившего "Акт судебно-медицинского освидетельствования", его подпись, дата (или № и дата почтовой квитанции)
7	8	9	10	11

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 183/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 183/у Утверждена приказом

Ұйымның атауы  
Наименование организации

и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

Комиссиялық сот-медициналық сараптамаларды тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации комиссионных судебно-медицинских экспертиз

20__ жылғы(года) " __ " _____ басталды (начат) Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық Журналды медициналық тіркеуші (мейірбике, фельдшер немесе зертханашы) толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.	20__ жылғы(года) " __ " _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала Журнал заполняет медицинский регистратор (медицинская сестра, фельдшер или лаборант). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью организации и подписан руководителем. По использованию передается в архив.
---	--

"Сот-медициналық сарапшы қорытындысының" нөмірі Номер "Заключения судебно-медицинского эксперта"	Жәбірленушілер мен айыпталушылардың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество потерпевших, обвиняемых	Туған күні Дата рождения	Сараптама жүргізу үшін негіздеме Основание для проведения экспертизы	Материалдардың түскен күні Дата поступления материалов	Ұсынылған құжаттардың тізбесі Перечень представленных документов	Сараптама жүргізу мақсаты Цель проведения экспертизы
1	2		3	4	5	6

продолжение таблицы

Комиссия құрамы Состав комиссии	Іс бойынша баяндамашы Докладчик по делу	Сараптаманың басталған күні Дата начала экспертизы	Сараптаманың аяқталған күні Дата окончания экспертизы	Сараптама нәтижелерінің қысқаша мазмұны Краткое	"Сарапшының қорытындысын", оған ілеспе құжатты және іс материалдарын алған адамның тегі, аты, әке-сінің аты және қолы (пошта түбіртегінің № және күні) Дата, фамилия, имя, отчество и подпись лица, получившего "Заключение эксперта",
------------------------------------	--	---	--	--	---

				изложение результатов экспертизы	сопроводительный документ к нему и материалы дела (№ и дата почтовой квитанции)
7	8	9	10	11	12

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 183-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 183-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Қайталау және қосымша сот-медициналық сараптамаларды тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации повторных и дополнительных  
судебно-медицинских экспертиз**

20__ жылғы(года) "__" _____ басталды (начат) Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық Журналды медициналық тіркеуші (мейірбике, фельдшер немесе зертханашы) толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.	20__ жылғы(года) "__" _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала Журнал заполняет медицинский регистратор (медицинская сестра, фельдшер или лаборант). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью организации и подписан руководителем. По использованию передается в архив.
---	---

"Сот-медициналық сарапшы қорытындысының" нөмірі Номер	Жәбірленушілер мен айыпталушылардың тегі, аты, әкесінің аты	Туған күні	Сараптама жүргізу үшін негіздеме Основание	Материалдардың түскен күні Дата	Ұсынылған құжаттардың тізбесі Перечень	Сараптама жүргізу мақсаты Цель
--	---	------------	---	------------------------------------	---	-----------------------------------

"Заключения судебно-медицинского эксперта"	Фамилия, имя, отчество потерпевших, обвиняемых	Дата рождения	для проведения экспертизы	поступления материалов	представленных документов	проведения экспертизы
1	2		3	4	5	6

продолжение таблицы

Комиссия құрамы Состав комиссии	Сараптаманың басталған күні Дата начала экспертизы	Сараптаманың аяқталған күні Дата окончания экспертизы	Сараптама нәтижелерінің қысқаша мазмұны Краткое изложение результатов экспертизы	"Сарапшының қорытындысын", оған ілеспе құжатты және іс материалдарын алған адамның тегі, аты, әкесінің аты және қолы (пошта түбіртегінің № және күні) Дата, фамилия, имя, отчество и подпись лица, получившего "Заключение эксперта", опроводительный документ к нему и материалы дела (№ и дата почтовой квитанции)
7	8	9	10	11

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 184/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 184/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Зертханада заттай айғақтар мен олардың құжаттарын тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации вещественных доказательств и документов  
к ним в лаборатории**

20__ жылғы(года) "__" _____ басталды (начат) Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық.	20__ жылғы(года) "__" _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала
---	---

Журналды медициналық тіркеуші (мейірбике, фельдшер немесе зертханашы) толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.

Журнал заполняет медицинский регистратор (медицинская сестра, фельдшер или лаборант). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью организации и подписан руководителем. По использованию передается в архив.

р/с "№ Сот-медициналық сарапшының қорытындысы" п/п "Заключения судебно-медицинского эксперта"	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество потерпевших, обвиняемых	Туған күні Дата рождения	Сараптама жүргізу үшін негіздеме Основание для проведения экспертизы	Заттай айғақтар мен құжаттардың түскен күні Дата поступления вещественных доказательств и документов	Түскен құжаттардың, салыстыруға жіберілген заттай айғақтармен үлгілердің тізбесі Перечень поступивших документов, вещественных доказательств образцов, представленных для сравнения	Істің қысқаша мән-жайы Краткие обстоятельства дела
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Сараптаманың мақсаты Цель экспертизы	Сот-медициналық сарапшының тегі Фамилия судебно-медицинского эксперта	Сараптаманы жүргізілу мерзімі Сроки производства экспертизы		Сараптама нәтижелерін қысқаша мазмұндау Краткое изложение результатов экспертизы	"Сарапшының қорытындысы" мен заттай айғақтары алған (немесе пошта түбіртегінің нөмірі мен күні) адамның тегі, аты, әкесінің аты, қолы және күні Дата, фамилия, имя, отчество и подпись лица, получившего "Заключение эксперта" и вещественные доказательства (или номер и дата почтовой квитанции)
		басталуы начало	аяқталуы окончание		
8	9	10	11	12	13

A4 форматы  
Формат A4

--	--

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 184-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 184-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Зертханада заттай айғақтардың сот-медициналық зерттеуін тіркеу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**регистрации судебно-медицинских исследований  
вещественных доказательств в лаборатории**

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начат) Журналды толтыру жәніндегі нұсқаулық Журналды бөлім (бөлімше) меңгерушісінің бақылауымен орта медициналық персонал толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.		20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала Журнал заполняется средним медицинским персоналом под контролем заведующего отделом (отделением). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью организации и подписан руководителем. По использованию передается в архив.
---	--	---

«Сот- медициналық зерттеу актісі» нөмері Номер «Акта судебно- медицинского исследования»	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Зерттеу жүргізу үшін негіздеме Основание для проведения исследования	Ұсынылған заттай айғақтардың тізбесі Перечень представленных вещественных доказательств	Істің қысқаша мән-жайы Краткие обстоятельства дела
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Зерттеудің басталған күні Дата начала исследования	Зерттеудің аяқталған күні Дата окончания исследования	Зерттеу нәтижелері Результаты исследования	Сот-медициналық сарапшының тегі Фамилия судебно-медицинского эксперта	«Сот-медициналық зерттеу актісін» және заттай айғақтарды алған адамның тегі, лауазымы, оның қолы, күні (немесе пошта түбіртегінің № мен күні) Фамилия, должность, лица, получившего «Акт судебно-медицинского исследования» и вещественные доказательства и его подпись, дата (или номер и дата почтовой квитанции)
7	8	9	10	11

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 185/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 185/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Сот-биологиялық бөлімде (бөлімшеде) жұғынды және тампон  
зерттеулерді тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации исследований мазков и тампонов  
в судебно-биологическом отделе (отделении)**

20__ жылғы(года) "__" _____ басталды (начат) Журналды толтыру туралы нұсқау Журналды медицина тіркеуші (медбике, фельдшер немесе лаборант) толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрімен мөрленуі және ұйым жетекшісінің қолымен	20__ жылғы(года) "__" _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала Журнал заполняет медицинский регистратор (медицинская сестра, фельдшер или лаборант). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прош нурован, опечатан печатью
---	---



бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.	организации и подписан руководителем. По использованию передается в архив.
---	---

Р/с № № п/ п	Жағынды, тығын және т.б. кімдікі (тегі, аты, әкесінің аты) Принадлежность мазков, тампонов и пр. (фамилия, имя, отчество)	Туылған күні Дата рождения	Жолдама № мен күні № и дата направления	Түскен күні Дата поступления	Зерттеу күні Дата исследования	
					Басталуы начало	Аяқталуы окончание
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Түскен жағындының, тығынның және т.б. түрі Вид поступившего мазка, тампона и пр.	Жағындыны, тығынды және т.б. жолдаған сот-медициналық сарапшының тегі Фамилия судебно-медицинского эксперта, направившего мазок, тампон и пр.	Зерттеу нәтижелері Результаты исследования	Сот-медициналық сарапшының тегі Фамилия судебно-медицинского эксперта
8	9	10	11

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 186/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 186/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Сот-биологиялық бөлімде (бөлімшеде) мәйіт қанын  
зерттеуді тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации исследований трупной крови в  
судебно-биологическом отделе (отделении)**

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
 басталды (начат)

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
 аяқталды (окончен)

<p>Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық.                  Журналды бөлім (бөлімше) меңгерушісінің бақылауымен орта медициналық персонал толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.                  Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.</p>	<p>Указания по заполнению журнала                  Журнал заполняется средним медицинским персоналом под контролем заведующего отделом (отделением).                  Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью и подписан руководителем организации.                  По использованию передается в архив.</p>
--	--

Р/с № п /п	Қаны алынған қайтыс болған адамның тегі, аты, әкесінің аты, жасы Фамилия, имя, отчество, возраст умершего лица, у оторого взята кровь	Қанды жолдаған сот-медициналық сарапшының тегі Фамилия судебно-медицинского эксперта, направившего кровь	"Сот-медициналық сарапшы қрытындысының нөмірі Номер "Заключения судебно-медицинского эксперта"	қайтыс болған күн дата смерти	қанның бөлімшеге түскен күні дата поступления крови в отделение	қанның зерттелген күні дата исследования крови
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Түскен қанның орама, мөлшері, жағдайы Упаковка, количество, состояние поступившей крови	Серологиялық жүйелерді зерттеу Исследование серологических систем						
	изосарысулары изосыворотки		тест-эритроциттер тест-эритроциты		иммундық сарысулар иммунные сыворотки		
	анти-А	анти-В	А	В	анти-А	анти-В	анти-Н
8	9	10	11	12	13	14	15

продолжение таблицы

Иммундық сарысулар		Жүйелер бойынша зерттеулер	Зерттеу жүргізген сот-медициналық сарапшының қолы
--------------------	--	----------------------------	---

Иммунные сыворотки			Басқа жүйелер Другие системы								нәтижелері Результаты исследования по системам	Подпись судебно-медицинского эксперта, проводившего исследование
анти А	анти В	анти Н										
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 186-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 186-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Тірі адамдардың қанын сот-биологиялық бөлімде (бөлімшеде)  
зерттеуді тіркеу**

**ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ**

**регистрации исследований крови живых лиц в судебно -  
биологическом отделе (отделении)**

20__ жылғы (года) "__" _____ басталды (начат) Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық. Журналды бөлім (бөлімше) меңгерушісінің бақылауымен орта медициналық персонал толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.	20__ жылғы(года) "__" _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала Журнал заполняется средним медицинским персоналом под контролем заведующего отделом (отделением). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью и подписан руководителем организации. По использованию передается в архив.
---	---

	Зерттелуші тұлғаның тегі,	Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы мен №, қандай ұйым	Кан жіберген сот-медициналық сарапшының тегі	Жазықтық ағы қан тобы	Зерттеуге алынған қосымша үлгілерді
--	------------------------------	--	--	-----------------------------	--

Р/с № п/п	аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество обследуемого лица	және қашан берген Наименование и № документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан	фамилия судебно- медицинского эксперта направившего кровь	Группа крови на плоскости	тізімі Перечень образцов, дополнительно изъятых на исследование
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Күні Дата		Серологиялық жүйелерді зерттеу Исследование серологических систем							
қан алу взятия крови	зерттеу исследования	ABO				M	N	P	Резус
		a-A	a-B	A	B	a-M	a-N	a-P	a-D
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Иммундық сарысулар Иммунные сыворотки			Басқа жүйелер Другие системы							Жүйелер бойынша зерттеу нәтижелері Результаты исследования по системам		Зерттеу жүргізген сот-медициналық сарапшының қолы Подпись судебно-медицинского эксперта, проводившего исследование
анти А	анти В	анти Н										
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 186-2/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 186-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Тірі адамдардың қанын молекулярлы-генетикалық бөлімде  
зерттеуді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации исследований крови живых лиц  
в молекулярно-генетическом отделе

20__ жылғы (года) "__" _____ басталды (начат) Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық. Журналды бөлім (бөлімше) меңгерушісінің бақылауымен орта медициналық персонал толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.	20__ жылғы(года) "__" _____ ақталды (окончен) Указания по заполнению журнала Журнал заполняется средним медицинским персоналом под контролем заведующего отделом (отделением). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью и подписан руководителем организации. По использованию передается в архив.
--	---

Р/ с № № п/ п	Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество исследуемого	Туған күні Дата рождения	Жеке куәлігі, қандай ұйым және қашан берген Документ удостоверяющий личность, когда и кем выдан	Сараптама жүргізу үшін негіздеме Основание для проведения экспертизы	Қан алу күні Дата забора крови	Қан алған адамның қолы Подпись лица, изъявшего кровь
1	2	3	4	5	6	7

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 188/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 188/у Утверждена приказом

Ұйымның атауы  
Наименование организации

и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

**САРАПШЫНЫҢ (ЛАРЫНЫҢ) ҚОРЫТЫНДЫСЫ  
ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА (ЭКСПЕРТОВ)**

№

Қаулы негізінде (на основании) \_\_\_\_\_

от) \_\_\_\_ күні 20\_\_ жылғы(года) түскен (поступившего) \_\_\_\_\_  
үй-жайында (в помещении) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Сот-медициналық  
комиссиясының құрамы төмендегідей: төраға (судебно-медицинская экспертная комиссия в составе:  
председателя) \_\_\_\_\_

ТАӘ, лауазымы, мамандығы, жұмыс өтілі, санаты, ғылыми дәрежесі мен  
атағы (ФИО, занимаемая должность, специальность, стаж, категория,  
ученая степень и звание)

мүшелері (членов) \_\_\_\_\_

ТАӘ, лауазымы, мамандығы, жұмыс өтілі, санаты, ғылыми  
дәрежесі мен атағы (ФИО, занимаемая должность, специальность, стаж,  
категория, ученая степень и звание)

\_\_\_\_\_ және іс бойынша баяндамашы (и докладчика по делу): \_\_\_\_\_

ТАӘ, лауазымы, мамандығы, жұмыс өтілі, санаты, ғылыми дәрежесі мен  
атағы (ФИО, занимаемая должность, специальность, стаж, категория,  
ученая степень и звание)

Факт бойынша, іс материалдары бойынша сараптама жүргізді (произвел  
(и) экспертизу по факту, материалам дела)

\_\_\_\_\_ істің атауы (наименование дела)

ҚРІЖК 83-бапта көзделген сарапшының құқықтары мен міндеттері  
түсіндірілді (Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 83  
УПК РК разъяснены). Көрінеу жалған қорытынды бергені үшін ҚР ҚК  
352-бабы бойынша жауапкершілік туралы ескертілді (об ответственности  
за дачу заведомо ложного заключения по ст. 352 УК РК предупрежден(ы)).

Сот-медициналық сарапшылары (судебно-медицинские эксперты) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
қолдары (подписи)

Сараптаманың басталған күні (Дата начала экспертизы) \_\_\_\_\_

Сараптаманың аяқталған күні (Дата окончания экспертизы) \_\_\_\_\_

Сарапшының қорытындысы  
(Заключение эксперта изложено на) \_\_\_\_\_ парақта жазылған (листах).

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 189/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 189/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Сот-медициналық сарапшының қорытындысына орай консультация  
алуға, рентгенологиялық зерттеуге**

**ЖОЛДАМА**

№ \_\_\_\_\_

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на консультацию, рентгенологическое исследование к заключению  
судебно-медицинского эксперта**

Жіберіледі (направляется в) \_\_\_\_\_

Медицина ұйымының атауы  
(наименование медицинской организации) \_\_\_\_\_

дәрігерге (к врачу) \_\_\_\_\_

қандай маманға (по какой специальности)

азамат(-ша) (гражданин(-ка))

тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

қаралуға (для) \_\_\_\_\_

зерттеу мақсаты (цель исследования) \_\_\_\_\_

Диагнозы (диагноз) \_\_\_\_\_

Сот-медициналық сарапшының жұмыс орны (Место работы  
судебно-медицинского эксперта)

Зерттеудің нәтижесін және қорытындыны мынадай мекенжайға жіберуіңізді  
сұраймын (Результаты обследования и заключение прошу отправить по

адресу) \_\_\_\_\_

Сот-медициналық сарапшы (Судебно-медицинский эксперт) \_\_\_\_\_

тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_ қолы (подпись) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылы (года) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 190/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 190/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Сот-гистологиялық бөлімде (бөлімшеде) материалдар мен  
құжаттарды тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации материалов и документов в  
судебно-гистологическом отделе (отделении)**

20__ жылғы(года) "__" _____ басталды (начат) Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық. Журналды медициналық тіркеуші (мейірбике, фельдшер немесе зертханашы) толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.	20__ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала Журнал заполняет медицинский регистратор (медицинская сестра, фельдшер или лаборант). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью организации и подписан руководителем. По использованию передается в архив.
--	--

							Кесектердің тізімімен қоса
--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------



Р/с ("Сот-медициналық сарапшы қорытындысының" нөмірі) п/п ("Заключение судебно-медицинского эксперта №")	Түскен күні Дата поступления	Сараптама жүргізу үшін негіздеме Основание для проведения экспертизы	Қайтыс болған адамның тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество умершего	Туған күні Дата рождения	Қайтыс болған күні Дата смерти	жіберілген материалдың сипаттамасы, олардың саны Описание присланного материала с перечнем кусочков, их количество
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Зерттеу жүргізген дәрігер мен зертханашының тегі Фамилия врача и лаборанта, производивших исследование	Сараптама жүргізудің басталған күні Дата начала проведения экспертизы	Сараптама жүргізудің аяқталған күні Дата окончания проведения экспертизы	Дайындалған препараттар саны, бояу әдістері Количество изготовленных препаратов, методы окраски	Зерттеу нәтижесі (сот-гистологиялық диагнозы, қорытындысы) Результат исследования (судебно-гистологический диагноз, выводы)
8	9	10	11	12

продолжение таблицы

"Сот-медициналық сарапшының қорытындысын" алған адамның қолы мен күні Дата и подпись лица, получившего "Заключение судебно-медицинского эксперта"	Ағзалар мен тіндер кесектерінің шығындалуы немесе қалдықтары туралы деректер Данные об израсходовании или остатке кусочков органов, тканей			Гистологиялық зерттеу жүргізілмей ылғалды мұрағатта қалдырылды Оставлены влажным архивом без проведения гистологического исследования
	"Сарапшы қорытындысы-мен" бірге берілген Переданы вместе с "Заключением эксперта"	Бөлімде қалдырылды Оставлены в отделении	Жойылды (қашан) Уничтожены (когда)	
13	14	15	16	17

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 191/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 191/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Мәйітханада киімдерді, заттай айғақтарды, бағалы  
заттар мен құжаттарды тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации носильных вещей, вещественных доказательств,  
ценностей и документов в морге**

20__ жылғы (года) "__" _____ басталды (начат) Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық. Журналды бөлім (бөлімше) меңгерушісінің бақылауымен орта медициналық персонал толтырады. Нөмірленген журнал беттері тігілуі, мөрмен мөрленуі және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Пайдаланып болған соң мұрағатқа өткізіледі.	20__ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончен) Указания по заполнению журнала Журнал заполняется средним медицинским персоналом под контролем заведующего отделом (отделением). Журнал с пронумерованными листами, должен быть прошнурован, опечатан печатью и подписан руководителем организации. По использованию передается в архив.
---	--

Р/с № № п/п	Түскен күні Дата поступ- ления	Қайтыс болған адамның тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество умершего	Мәйітті кім жеткізді Кем доставлен труп	Мәйітпен бірге әкелінген киімдердің, заттай айғақтар мен басқа заттардың тізімі және олардың қысқаша сипаттамасы Перечень и краткое описание носильных вещей, вещественных доказательств и других предметов, доставленных с трупом	Мәйітпен бірге әкелінген құжаттар мен бағалы заттардың тізімі және олардың қысқаша сипаттамасы Перечень и краткое описание документов и ценностей доставленных с трупом
1	2	3	4	5	6

№ 191/е.н. артқы беті      Разворот ф. № 191/у

Тегі, аты, әкесінің аты, қолы		Берілген заттардың, құжаттардың,	
----------------------------------	--	--	--

Фамилия, имя, отчество, подпись лица			бағалы заттарды, заттай айғақ ардың тізімі, алушы туралы мәліметтер: тегі, аты, әкесінің аты, төлқұжатының атауы мен №, тұрақты мекенжайы, алушының қолы, күні	
мәйітті, заттарды, ұжаттарды, бағалы заттарды әкелген адам доставившего труп, вещи, документы, ценности	мәйітті, заттарды, құжаттарды, бағалы заттарды қабылдап алған адам принявшего труп, вещи, документы, ценности	Мәйітпен бірге әкелінген заттарды, құжаттарды, бағалы заттарды, заттай айғақтарды беру негіздемесі Основание, для выдачи вещей, документов, ценностей, вещественных доказательств, доставленных с трупом	Перечень выданных вещей, документов, ценностей, вещественных доказательств, сведения о получателе: фамилия, имя, отчество, наименование и № личного документа, постоянное местожительство, подпись получателя, дата	Мәйітханадан алынбаған киімдер, айғақ заттар, құжаттар, бағалы заттар мен басқа заттардың тағдыры туралы мәліметтер Сведения о судьбе носильных вещей, вещественных доказательств, документов, ценностей и других предметов, не взятых из морга
7	8	9	10	11

Приложение 6 к приказу  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года

Сноска. Приложение 6 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 200/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 200/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

(№ \_\_\_\_\_ сериялы бақылаудағы сарысудың қайта  
өндірілуінің параметрлерін зерттеу нәтижелерін)

**БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ**

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА**

(контроль воспроизводимости результатов исследования  
параметров контрольной сыворотки серии № \_\_\_\_\_)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_ бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_  
палата \_\_\_\_\_ учаске (участок) \_\_\_\_\_  
мединалық карта (медицинская карта) № \_\_\_\_\_

С

+2S | -----

+1S | .....

X | \_ \_ \_ \_ \_

-1S | .....

-2S | -----

| \_ \_ \_ \_ \_ Күні (Д)  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 ..... ай күндері (дни месяца)

С – компоненттер қанықтығы (концентрация компонентов);  
Д – зерттеу күні (дата исследования);

Тексеру мағыналары (Контрольные значения):

X – орта арифметикалық мөлшер (средняя арифметическая  
величина);

S – орта квадраттық ауытқу (среднеквадратическое отклонение);

Шартты белгілер (Условные обозначения):

- компоненттер (мысалы, глюкоза \_\_\_\_\_; несепнәр xxxxxxxx)  
компонентов (например, глюкоза \_\_\_\_\_; мочеви́на xxxxxxxx)

- айлар (қаңтар – қызыл түспен; ақпан – көк және тағы басқа)  
месяцев (январь – красным цветом; февраль – синим и так далее)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 201/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 201/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ҚАН ТАЛДАУЫНА ЖОЛДАУ**  
**НАПРАВЛЕНИЕ НА АНАЛИЗ КРОВИ**  
№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (год) “\_\_” \_\_\_\_\_  
жолданған күні (дата направления)

Пациент \_\_\_\_\_  
ТАӘ (ФИО)

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Зерттеуге жіберілсін (Исследование направить) \_\_\_\_\_  
қайда (куда) кімге  
(кому)

\_\_\_\_\_ ^ \_\_\_\_\_ ^ \_\_\_\_\_  
Компоненттер (Компоненты)  + Орындалу қажеттілігін  
Элементтер (Элементы) белгілеу  
(Пометка потребности исполнения)

\_\_\_\_\_

Keңейтілген қан талдауы (развернутый анализ крови)	+
немесе (или)	
Қан кету уақыты (время кровотечения)	+
Қан ұю уақыты (время свертывания)	+
Гемоглобин	+
Эритроциттер (эритроциты)	+
Түстік көрсеткіш (цветной показатель)	+
Ретикулоциттер (ретикулоциты)	+
Эритроцитометриялық иін (эритроцитометрическая кривая)	+
Эритроциттердің осмостық резистенттілігі	

(осмотическая резистентность эритроцитов) +  
Тромбоциттер (тромбоциты) +  
Лейкоциттер (лейкоциты) +  
Эритроциттердің шөгу жылдамдығы (скорость оседания эритроцитов) +

Өтінімге жауапты (Ответственный за заявку) \_\_\_\_\_  
қолы анық (подпись разборчиво)

Форма

A5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 202/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 202/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

### Қанды биохимиялық генетикалық скринингке жолдау Направление крови на биохимический генетический скрининг

Ұйымның атауы және мекенжайы \_\_\_\_\_

(Название и адрес организации)

АФП, в-ХГЧ, РАРР-А, НЭ жолдау (керегін сыз)

(Направление на АФП, в-ХГЧ, РАРР-А, НЭ (нужное подчеркнуть))

Қан алу күні (Дата забора крови) \_\_\_\_\_

Жүкті әйелдің ТАӘ. (ФИО беременной) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Салмағы (Вес) \_\_\_\_\_

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_

Телефоны (Телефон) \_\_\_\_\_

Соңғы етеккір күні \_\_\_\_\_ жүктілік мерзімі \_\_\_\_\_ апта (күні, айы, жылы)

(Дата последней менструации) (срок беременности) недель (день, месяц, год)

#### 1 триместрде ультрадыбыстық зерттеу:

Ультразвуковое исследование 1 триместра:

УДЗ күні \_\_\_\_\_ жүктілік мерзімі \_\_\_\_\_ апта

(Дата УЗИ) (срок беременности) (недель)

ҚТК (құйымшақ-төбе көлемі) \_\_\_\_\_ (мм)

КТР(копчико-теменной размер)

ЖКҚ (жаға кеңістігінің қалыңдығы)\_\_\_\_\_ (мм)

ТВП (толщина воротникового пространства)

**2 триместрде ультрадыбыстық зерттеу:**

**Ультразвуковое исследование 2 триместра:**

УДЗ күні \_\_\_\_\_ жүктілік мерзімі \_\_\_\_\_ апта

(Дата УЗИ) (срок беременности) (недель)

БПК (бипариеталдық көлем)\_\_\_\_\_ (мм)

БПР(бипариетальный размер)

Қосымша мәліметтер:

Дополнительные сведения

Шылым шегу \_\_\_\_\_

(Курение)

Егіз, үш егізек \_\_\_\_\_

(Двойня, тройня)

Қант диабеті \_\_\_\_\_

(Сахарный диабет)

Экстракорпоралдық ұрықтандыру \_\_\_\_\_

(Экстракорпоральное оплодотворение)

Сыртартпадағы Даун синдромы \_\_\_\_\_

(Синдром Дауна в анамнезе)

Сыртартпадағы Эдвардс синдромы \_\_\_\_\_

(Синдром Эдвардса в анамнезе)

Сыртартпадағы невралдық түтік ақауы \_\_\_\_\_

(Дефекты нервной трубки в анамнезе)

Дәрігер \_\_\_\_\_

(Врач) \_\_\_\_\_ ТАӘ, қолы, дербес мөрі (ФИО, подпись, личная печать)

Ұйым \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

(Организация)

Жіберу күні \_\_\_\_\_

(Дата направления)

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 204/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 204/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Микробиологиялық зерттеуге (алғашқы рет, қайталап)

**ЖОЛДАМА**

**НАПРАВЛЕНИЕ**

на микробиологическое исследование (первичное, повторное)

№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_ сағат (час) \_\_\_\_ минут.  
материалды алу күні мен уақыты (дата и время взятия материала)

(в) \_\_\_\_\_ зертханаға (лабораторию)  
Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
медициналық карта (медицинская карта) № \_\_\_\_\_ ұйым (организация)

Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_ палата \_\_\_\_\_ учаске  
(участок) \_\_\_\_\_

Тұрақты мекенжайы (уақытша болса, тексерілуші кімнің үйінде тұрып  
жатыр, ТАӘ көрсетіңіз) (Адрес постоянного места жительства,  
временного с указанием ФИО у которого проживает обследуемый)

Жұмыс, оқу орны (балалар мекемесінің, мектептің атауы) (Место работы,  
учебы (наименование детского учреждения, школы) \_\_\_\_\_

Диагнозы, ауырған күні (Диагноз, дата заболевания): \_\_\_\_\_

Зерттелу көрсеткіштері: науқас, бұрын ауырған, реконвалесцент,  
бактерия тасушы, түйісуші, профилактикалық зерттеу (Показания к  
обследованию: больной, переболевший, реконвалесцент,  
бактерионоситель, контактный, профилактическое обследование)

\_\_\_\_\_ астын сызыңыз, толықтырып жазыңыз (подчеркнуть, вписать)

Материал: қан, несеп, нәжіс, қақырық, дуоденум сұйықтығы, жұлын сұйық  
ығы, пунктат, жарадан аққан сұйықтық, ірің, жалқық, секциялық  
материал, сілемейлі жағындысы, қырынды және басқалар (Материал:  
кровь, моча, кал, мокрота, дуоденальное содержимое, спинномозговая  
жидкость, пунктат, раневое отделяемое, гной, выпот, секционный  
материал, мазок со слизистых, соскоб и др.)

\_\_\_\_\_ астын сызып, материал қайдан келгенін көрсетіп жазыңыз  
(подчеркнуть, вписать, указав, откуда получен материал)

Зерттеудің мақсаты мен атауы (Цель и наименование исследования):

\_\_\_\_\_ қандай инфекциялық ауруларға зерттеу керек (на какие инфекции  
исследовать)



Материалды жіберген адамның лауазымы, тегі, қолы (Должность, фамилия, подпись лица, направляющего материал) \_\_\_\_\_

A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 205/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 205/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
<b>Санитариялық-микробиологиялық зерттеуге ЖОЛДАМА НАПРАВЛЕНИЕ на санитарно-микробиологическое исследование</b>	
Тіркеу (Регистрационный) № ____ Материал жіберілетін СЭС зертханасының және басқалардың атауы (Наименование лаборатории СЭС и другие, в которую направляется материал)	
Үлгілердің атауы мен саны (Наименование и число образцов)	
Ыдысы, орауы, маркіленуі (Тара, упаковка, маркировка) _____	
Іріктеу орны, күні, уақыты, НТҚ-ның атауы (Место, дата и время отбора, наименование НТД) _____	
Зерттеу мақсаты (Цель исследования): _____	
Зерттеу айғақтары: ағымды санитариялық бақылау ретінде, эпид. көрсеткіштер бойынша (астын сызыңыз немесе толықтырып жазыңыз) (Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного надзора, по эпид. показаниям (подчеркнуть или дописать)) _____	
Үлгіні іріктеп алған адамның лауазымы, тегі (Должность, фамилия лица, отбравшего образец) _____	

продолжение

A5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 205/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 205/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
<b>Санитариялық-микробиологиялық зерттеу НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ санитарно-микробиологического исследования</b>	
Тіркеу (Регистрационный) № _____ Зерттеу жүргізген СЭС зертханасының және басқалардың атауы (Наименование лаборатории СЭС и др. проводившей исследования) _____	
Үлгінің атауы (Наименование образца) _____	
Үлгі іріктеу орын (Место отбора образца) _____	
Зерттеу мақсаты (Цель исследования на): _____	
Материалдың зертханаға түскен күні (Дата поступления материала в лабораторию) _____	
Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____	
_____	
_____	
(НТҚ-ға сай, НТҚ-ға сай емес, жоқ) (Соответствует НТД, не соответствует НТД, отсутствует)	
Жауап берілген күн (Дата выдачи ответа) 20__ жылғы (года) _____	
Дәрігердің тегі, қолы (Фамилия, подпись врача) _____	

Приложение-6

Форма

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО — —	А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_— —
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 206/е нысанды медициналық құжаттама	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 206/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 206/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907	Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 206/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907
<p>Антиглобулиндік тестіге (тікелей сынама, тікелей емес сынама) ЖОЛДАМА (керегінің астын сызыңыз) НАПРАВЛЕНИЕ на антиглобулиновый тест (прямой, непрямой) (нужное подчеркнуть) № _____ Зертханаға (В лабораторию) _____</p> <p>Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____</p> <p>Туған күні (Дата рождения) _____ Ұйым (организация) _____ Бөлімше (отделение) _____ палата _____ учаске (участок) _____ медициналық карта (медицинская карта) № _____ Диагнозы _____</p> <p>Зерттелушінің қан тобы (Группа крови исследуемого) _____</p> <p>Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____</p>	<p>Антиглобулиндік тестіге ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ на антиглобулиновый тест № _____ 20__ жылғы (года) _____ қан алынған күн (дата взятия крови) Зертханаға (В лабораторию) _____</p> <p>Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____</p> <p>Туған күні (Дата рождения) _____ Ұйым (Организация) _____ Бөлімше (отделение) _____ палата _____ учаске (участок) _____ медициналық карта (медицинская карта) № _____</p> <p>НӘТИЖЕСІ (РЕЗУЛЬТАТ): Тікелей сынама (Прямая проба) _____</p> <p>оң, теріс (положительная, отрицательная) Тікелей емес сынама (Непрямая проба) _____</p> <p>оң, теріс (положительная, отрицательная) Титрі (Титр) _____ 20__ жылғы (года) «__» _____ талдауды беру күні (дата выдачи анализа)</p>		

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

A4 форматы Формат A4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды – _____ Код организации по ОКПО	A4 форматы Формат A4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО ____ –
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 207/е нысанды медициналық құжаттама	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 207/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 207/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907	Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 207/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907
<p>Қанды иммуногематологиялық зерттеуге (қан тобы, резус-тиістілік, антиэритроциттік антиденелер) ЖОЛДАМА (керегінің астын сызыңыз) НАПРАВЛЕНИЕ на иммуногематологические исследования крови (группа крови, резус-принадлежность, антиэритроцитарные антитела) (нужное подчеркнуть) № _____ 20__ жылғы (года) _____ Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____ _____ Туған күні (Дата рождения) _____ Ұйым (Организация) _____ Бөлімше (Отделение) _____ палата _____ учаске (участок) _____ Медициналық карта (Медицинская карта) № _____ _____ Диагнозы _____ _____ Зерттелушінің қан тобы (Группа крови исследуемого) _____ Қан тобын анықтаған дәрігердің тегі (</p>	<p>Қанды иммуногематологиялық зерттеудің НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ иммуногематологических исследований крови № _____ 20__ жылғы (года) _____ Зертхана (Лаборатория) _____ Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____ _____ Туған күні (Дата рождения) _____ Ұйым (Организация) _____ Бөлімше (отделение) _____ палата (палата) _____ учаске (участок) _____ Медициналық карта (Медицинская карта) № _____ ABO жүйесі (Группа крови) _____ Резус тиістілігі (Резус принадлежность) _____ _____ Rh-Нг антидененің бар болуы (титрі): _____ Наличие Rh-Нг антител (титр) ABO антидененің бар болуы (титрі) _____ Наличие ABO антител (титр)</p>		

Фамилия врача, определявшего группу крови ) \_\_\_\_\_

Бұрын қан құйылды ма (қан құю күндерін және қандай реакция бергенін көрсетіңіз) (Переливалась ли кровь ранее (указать даты и реакцию на переливание)) \_\_\_\_\_

---

---

---

20\_\_ жылғы (года) «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_

Талдауды беру күні (дата выдачи анализа)

Дәрігер-зертханашының қолы (Подпись врача-лаборанта) \_\_\_\_\_

Сыртартпада неше жүктілік болған (Сколько в анамнезе беременностей) \_\_\_\_\_

Гемолиз ауруымен балалар туылды ма (сары аурудың ауыр түрі, туа біткен әмбебап ісіну және т.б.) (Рождались ли дети с гемолитической болезнью (тяжелая желтуха, врожденный универсальный отек и др.) \_\_\_\_\_

астын сызыңыз, жазыңыз (подчеркнуть, вписать)

Қайталап түсік тастау мен өлі туған балалар болды ма (Имелись ли повторные выкидыши и мертворожденные дети) \_\_\_\_\_

жазыңыз (вписать)

Қанды зерттеуге алған дәрігердің қолы \_\_\_\_\_ (Подпись врача, взявшего кровь на исследование)

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 208/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 208/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ГЛЮКОЗАНЫҢ ТӘУЛІКТІК ЭКСКРЕЦИЯСЫН**

**ТАЛДАУ**

**АНАЛИЗ**

**СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ ГЛЮКОЗЫ**

№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ сағ. (час.)

қан алынған күн, уақыт (дата, время взятия крови)

Пациент \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО)

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_

Зерттеу жіберілсін (Исследование направить): \_\_\_\_\_

қайда (куда)

кімге (кому)

Аш қарынға глюкоза концентрациясы \_\_\_\_\_ л/ммоль/л

(Концентрация глюкозы крови натощак)

Тәуліктік диурез (Диурез за сутки) \_\_\_\_\_ л.

Пациент несебіндегі концентрация Бірліктер Нормасы

(Концентрация в моче пациента) (Единицы) (Норма)

\_\_\_\_\_ л/ммоль/л 0,06 – 0,83

\_\_\_\_\_ л/г/л 0,01 – 0,150

Пациенттің несебіндегі тәуліктік экскреция нормасы (норма)

(суточная экскреция с мочей пациента)

г/ммоль/г (менее) 2,78- ден (до) 0,5-ке дейін

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

талдау берілген күн

(дата выдачи анализа) 20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

орындаушының қолы (подпись исполнителя)

продолжение

A5 форматы

Формат A5

--	--

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код учреждения по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 210/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 210/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**НЕСЕП ТАЛДАУЫ**

**АНАЛИЗ МОЧИ**

№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ сағ. (час.)

биоматериалдың алынған күні, уақыты (дата, время взятия биоматериала)

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған күні, айы, жылы (Число, месяц, год рождения) \_\_\_\_\_

Маманға жіберілді (Направлен специалисту) \_\_\_\_\_

1. Физикалық-химиялық қасиеттер

Физико-химические свойства

Көлемі (Количество) \_\_\_\_\_ Түсі (Цвет) \_\_\_\_\_

Тұнықтығы (Прозрачность) \_\_\_\_\_

Салыстырмалы тығыздығы (Относительная плотность) \_\_\_\_\_

Реакциясы (Реакция) \_\_\_\_\_ Нәруыз (белок) \_\_\_\_\_

Глюкоза \_\_\_\_\_ Билирубин \_\_\_\_\_

Уробилиноидтар (Уробилиноиды) \_\_\_\_\_

2. Микроспиялық зерттеу

Микроскопическое исследование

Жалпақ эпителий (Плоский эпителий) \_\_\_\_\_

Ауыспалы (Переходный) \_\_\_\_\_

Бүйректің (Почечный) \_\_\_\_\_

Лейкоциттер (Лейкоциты) \_\_\_\_\_

Эритроциттер (Эритроциты):

өзгермеген (неизмененные) \_\_\_\_\_

өзгерген (измененные) \_\_\_\_\_

Цилиндрлер (Цилиндры): гиалинді (гиалиновые) \_\_\_\_\_

балауыз тәрізді (восковидные) \_\_\_\_\_

түйіршікті (зернистые) \_\_\_\_\_

эпителиалды (эпителиальные) \_\_\_\_\_

лейкоциттік (лейкоцитарные) \_\_\_\_\_

эритроциттік (эритроцитарные) \_\_\_\_\_

пигменттік (пигментные) \_\_\_\_\_

Сілемей (Слизь) \_\_\_\_\_

Тұздар (Соли) \_\_\_\_\_

Бактериялар (Бактерии) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_

талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

А6 форматы  
Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 211/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 211/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ЗИМНИЦКИЙ БОЙЫНША НЕСЕП ТАЛДАУЫ**  
**АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ**  
№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_  
биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_ бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_  
палата \_\_\_\_\_ учаске (участок) \_\_\_\_\_  
медициналық карта (медицинская карта) № \_\_\_\_\_  
Қабылданған сұйықтың мөлшері (Количество принятой жидкости) \_\_\_\_\_

Өлшем нөмірі Номер порции	Сағаттар Часы	Салыстырмалы тығыздық Относительная плотность	Несеп мөлшері литрмен Количество мочи в л.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Күндізгі диурез (Дневной диурез) \_\_\_\_\_ л  
Түнгі диурез (Ночной диурез) \_\_\_\_\_ л  
Жалпы диурез (Общий диурез) \_\_\_\_\_ л





20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
(дата выдачи анализа)

Орындаушының қолы (Подпись  
исполнителя) \_\_\_\_\_  
талдау берілген күн

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 215/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 215/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Несептің пішіндік элементтері санын анықтау

**ТАЛДАУ**

**АНАЛИЗ**

определение количества форменных элементов мочи

№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_

биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

Әдіс (По методу) \_\_\_\_\_

қай әдіс екенін көрсетіңіз (указать метод)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_

Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_

палата \_\_\_\_\_ учаске (участок) \_\_\_\_\_

медициналық карта (медицинская карта) № \_\_\_\_\_

	Нәтижелері Результаты	Нормасы Норма
Лейкоциттер (Лейкоциты)		
Эритроциттер (Эритроциты)		
Цилиндрлер (Цилиндры)		

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

А6 форматы  
Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 216/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 216/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ҚАҚЫРЫҚТЫ ЭКСПРЕСС ЗЕРТТЕУ  
(АЛГОРИТМДІК ТАЛДАУ)  
ЭКСПРЕСС-ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ  
(АЛГОРИТМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)**

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
Дәрігердің тағайындауы бойынша (по назначению врача) \_\_\_\_\_  
Пульмонологиялық диагнозы (Пульмонологический диагноз) \_\_\_\_\_

КҮНІ

(ЧИСЛО)

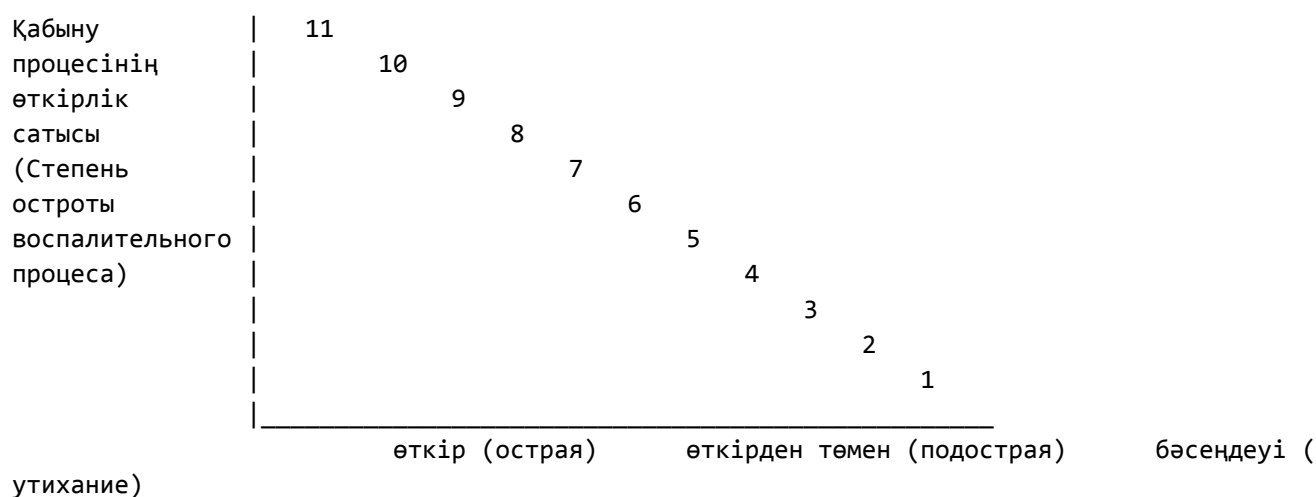
Тәуліктік қақырық мөлшелері (Количество мокроты в сутки)	Аз (Мало) 1	Орта мөлшерде (Среднее кол-во) 2	Көп (Много) 3	
Қақырық сипаттамасы (Характер мокроты)	Сілемейлі (Слизистая) 1	Сілемейлі-іріңді (Слизисто-гнойная) 2	іріңді (Гнойная) 3	
Қақырықтағы лейкоциттер мөлшері (Количество лейкоцитов в мокроте)	Аз (Мало) 1	Орта мөлшерде (Среднее кол-во) 2	Көп (Много) 3	
Қақырықтағы эритроциттер мөлшері (Количество эритроцитов в мокроте)	Аз (Мало) 1	Орта мөлшерде (Среднее кол-во) 2	Көп (Много) 3	

Микро қантүкіру (Микрокровохарканье)	Аз (Мало) 1	Орта мөлшерде (Среднее кол-во) 2	Көп (Много) 3	
---	-------------------	--	---------------------	--

БАРЛЫҒЫ (ВСЕГО):

Альвеола макрофагтарының мөлшері Количество альвеолярных макрофагов	Аз (Мало) 1	Орта мөлшерде (Среднее кол-во) 2	Көп (Много) 3	
--	-------------------	--	---------------------	--

**ҚОСЫНДЫСЫ (СУММА)**



	Альвеолалық қақырықта липидтер болуы Липиды в альвеолярных мокротах	Эозинофилді лейкоциттер Эозинофильные лейкоциты	Куршман спиралдері Спирали Куршман	Шарко-Лейден кристалдары Кристаллы Шарко-Лейдена	Белгілердің қарқындылығы Интенсивность признаков
Аллергиялық компонент белгілері (Признаки аллергического компонента)		0; 1; 2; 3		0; 1; 2; 3	
Бітелу компонентінің белгілері (Признаки обструктивного компонента)	0; 1; 2; 3		0; 1; 2; 3		

Қосымша тағайындалымдар мен микроскопиялық табылулар (Дополнительные назначения и микроскопические находки) \_\_\_\_\_

Зертханашы ТАӘ (ФИО лаборанта)

Күні (Дата) \_\_\_\_\_

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 216-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 216-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ҚАҚЫРЫҚ ТАЛДАУЫ  
АНАЛИЗ МОКРОТЫ**

Тегі, аты, әкенің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_

Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_

Түсі (Цвет) \_\_\_\_\_ Сипаты (Характер) \_\_\_\_\_

Қоспалар (Примеси) \_\_\_\_\_

Консистенция \_\_\_\_\_

216-1/е нысанының артқы беті  
Оборотная сторона формы 216-1/у

**МИКРОСКОПИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ  
МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Эпителий (эпителий) _____ Альвеолалық макурофагтар (Альвеолярные макрофаги) _____	Талшықтар (Волокна) _____ серпімді (эластические) _____ коралл тәрізді (коралловидные) _____ әкке айналған
---	--

Лейкоциттер (Лейкоциты) _____	(обызвествленные) _____
Эритроциттер (Эритроциты) _____	Туберкулез микобактериясы
Эозинофилдер (Эозинофилы) _____	(Микобактерии туберкулеза) _____
_____	Саңырауқұлақтар (Грибы) _____
_____	Басқа флора
_____	(Прочая флора) _____
_____	_____

Куршман спиралдері (Спирали Куршмана) \_\_\_\_\_  
 Шарко-Лейден кристаллдары (Кристаллы Шарко-Лейдена) \_\_\_\_\_  
 Типсіздік белгілері бар жасушалар (Клетки с признаками атипии) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_  
 Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа)

А6 форматы  
 Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 216-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 216-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ПЛЕВРАЛЫҚ СҰЙЫҚТЫҒЫНЫҢ ТАЛДАУЫ**  
**АНАЛИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ**

№ \_\_\_\_\_

Күні (Дата) \_\_\_\_\_  
 Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_  
 ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
 Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
 Мөлшері (Количество) \_\_\_\_\_ Түсі (Цвет) \_\_\_\_\_  
 Лайлылығы (Мутность) \_\_\_\_\_  
 Үлестік салмағы (Уд. вес) \_\_\_\_\_ Ривальт сынамасы (Проба Ривальта) \_\_\_\_\_  
 Нәруыз (белок) \_\_\_\_\_  
 Микроскопиялық зерттеу (Микроскопическое исследование):  
 Лейкоциттер (Лейкоциты) \_\_\_\_\_

Эритроциттер (Эритроциты) \_\_\_\_\_  
 Эпителий \_\_\_\_\_  
 Сілемей (Слизь) \_\_\_\_\_  
 Формуласы (Формула): \_\_\_\_\_  
 Нейтрофилдер (Нейтрофилы) \_\_\_\_\_  
 Эозинофилдер (Эозинофилы) \_\_\_\_\_  
 Лимфоциттер (Лимфоциты) \_\_\_\_\_  
 Полибласттар (Полибласты) \_\_\_\_\_  
 Макрофагтар (Макрофаги) \_\_\_\_\_  
 Мезотелий жасушалары (Клетки мезотелия) \_\_\_\_\_  
 Типсіз жасушалар (Атипичные клетки) \_\_\_\_\_  
 Туберкулез микобактериялары (Микобактерии туберкулеза) (ВК) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_  
 Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа)

A5 форматы  
 Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 217/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 217/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ҚҰЫҚ АСТЫ БЕЗІ СЕКРЕТІНІҢ ТАЛДАУЫ**  
**АНАЛИЗ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ**  
 № \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_  
 биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_ бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_

палата \_\_\_\_\_ учаске (участок) \_\_\_\_\_

медициналық карта (медицинская карта) № \_\_\_\_\_

Көлемі (Количество) \_\_\_\_\_

Түсі (Цвет) \_\_\_\_\_

Тұнықтығы (Прозрачность) \_\_\_\_\_

Консистенциясы \_\_\_\_\_

Лейкоциттер (Лейкоциты) \_\_\_\_\_

Эритроциттер (Эритроциты) \_\_\_\_\_  
 Эпителий (Эпителии) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Макрофагтар (Макрофаги) \_\_\_\_\_  
 Лецитин түйіршіктері (Лецитиновые зерна) \_\_\_\_\_  
 Амилоид денешіктері (Амилоидные тельца) \_\_\_\_\_  
 Сперматозоидтар (Сперматозоиды) \_\_\_\_\_  
 Трихомонадалар (Трихомонады) \_\_\_\_\_  
 Гонококктар (Гонококки) \_\_\_\_\_  
 Басқа флора (Прочая флора) \_\_\_\_\_  
 Типсіздік белгісі бар жасушалар (Клетки с признаками атипии) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
 талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 218/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 218/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектен бөлінген сұйықтар**

**ТАЛДАУЫ**

**АНАЛИЗ**

**отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки**

№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_

**биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)**

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_



Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_ бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_  
 палата \_\_\_\_\_ учаске (участок) \_\_\_\_\_  
 медициналық карта (медицинская карта) № \_\_\_\_\_

	БӨЛІНГЕН СҮЙЫҚТЫҚ: ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ:			
	жатырдан, жатыр мойнынан (матки, шейки)	үрпі каналынан (мочеиспус- кательного канала)	қынаптан (влагалища)	тік ішектен (прямой кишки)
эпителий				
лейкоциттер (лейкоциты)				
эритроциттер (эритроциты)				
микрофлора				
трихомонадалар (трихомонады)				
гонококктар (гонококки)				
гарднереллалар (гарднереллы)				
уреаплазмалар (уреаплазма)				
микоплазмалар (микоплазма)				
кандидалар (кандида)				
типсіздік белгілері бар жасушалар (клетки с признаками атипии)				

20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_  
 (талдау берілген күн (дата выдачи анализа))

A5 форматы  
 Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 219/е нысанды медициналық құжаттама	
	Медицинская документация Форма № 219/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения	

Ұйымның атауы  
Наименование организации

Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

**КОПРОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ**  
**КОПРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

№ \_\_\_\_\_

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Маманға жіберілді (Направлен специалисту) \_\_\_\_\_

1. Макроскопиялық зерттеу

Макроскопическое исследование

Пішіні (Форма) \_\_\_\_\_ Консистенциясы \_\_\_\_\_

Түсі (Цвет) \_\_\_\_\_ Иісі (Запах) \_\_\_\_\_

Сілемейдің болуы (Наличие слизи) \_\_\_\_\_ Ірің (Гноя) \_\_\_\_\_

**2. Химиялық зерттеу**

**Химическое исследование**

1. Қанға реакциясы (Реакция на кровь) \_\_\_\_\_

2. Трибуле реакциясы (Реакция Трибуле):

сірке қышқылымен (с уксусной кислотой) \_\_\_\_\_

үш хлорлы сірке қышқылымен (с трихлоруксусной кислотой) \_\_\_\_\_

сулемамен (с сулемой) \_\_\_\_\_

3. Стеркобиллинге реакциясы (Р. на стеркобилин) \_\_\_\_\_

4. Билирубинге реакциясы (Р. на билирубин) \_\_\_\_\_

**3. Микроскопиялық зерттеу**

**Микроскопическое исследование**

1. Дәнекер тіні (Соединительная ткань) \_\_\_\_\_

2. Бұлшық ет талшықтары (Мышечные волокна) \_\_\_\_\_

3. Бейтарап май (Нейтральный жир) \_\_\_\_\_

4. Май қышқылдары (Жирные кислоты) \_\_\_\_\_

5. Сабындар (Мыла) \_\_\_\_\_

6. Қорытылмайтын талшық (Непереваримая клетчатка) \_\_\_\_\_

7. Қорытылатын талшық (Переваримая клетчатка) \_\_\_\_\_

8. Крахмал \_\_\_\_\_

9. Йодофильді бактериялар (Йодоф. бактерии) \_\_\_\_\_

10. Сілемей (Слизь) \_\_\_\_\_

11. Лейкоциттер (Лейкоциты) \_\_\_\_\_

12. Эритроциттер (Эритроциты) \_\_\_\_\_

13. Эпителий \_\_\_\_\_

14. Қарапайымдар (Простейшие) \_\_\_\_\_

15. Глист жұмыртқалары (Яйца глист) \_\_\_\_\_

16. Ашытқы санырауқұлақшалар (Дрожжевые грибки) \_\_\_\_\_

17. Қорытылмаған ас қалдықтары (Остатки непереваренной пищи) \_\_\_\_\_

Талдау жүргізген (Анализ проводил) \_\_\_\_\_

Күні (Дата) 20\_\_ ж. (г.) "\_\_\_" \_\_\_\_\_

продолжение

A7 форматы

Формат A7

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 220/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 220/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
<b>Гельминттер жұмыртқасы, жасырын қан, стеркобилин, билирубин</b> <b>НӘЖІС ТАЛДАУЫ</b> <b>АНАЛИЗ КАЛА</b> <b>яйца гельминтов, скрытая кровь, стеркобилин, билирубин</b> № _____	
20__ жылғы (года) _____ сағ.(час.) _____ мин	
биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)	
Тегі,А.Ә. (Фамилия, И. О.) _____	
Туған күні (Дата рождения) _____	
Ұйым (Организация) _____	
Бөлімше (отделение) _____ палата (палата) _____ учаске (участок)	
_____ Медициналық қарта (Медицинская карта) № _____	
Гельминттер жұмыртқасы (Яйца гельминтов) _____	
_____	
Қарапайымдар (Простейшие) _____	
_____	
Жасырын қанға реакциясы (Реакция на скрытую кровь): _____	
_____	
Стеркобилинге реакциясы (Реакция на стеркобилин) _____	
_____	
Билирубинге реакциясы (Реакция на билирубин) _____	
_____	
20__ ж. (г.) "__" _____	Қолы (Подпись) _____
талдау берілген күн (дата выдачи анализа)	

A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 221/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 221/у Утверждена приказом

Ұйымның атауы  
Наименование организации

и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

**АСҚАЗАН СҰЙЫҚТЫҒЫНЫҢ ТАЛДАУЫ**  
**фракциялық зерттеу**  
**АНАЛИЗ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО**  
**фракционное исследование**  
№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)  
Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_  
Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_ бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_  
палата \_\_\_\_\_ учаске (участок) \_\_\_\_\_  
медициналық қарта (медицинская карта) № \_\_\_\_\_

**Ширатқыш енгізгенше (Базальдық секреция)**  
**До введения стимулятора (Базальная секреция)**

Үлестің № № порции	Селдің көлемі мл. Количество сока в мл.	р Н	Титрлік бірліктер (ммоль/л НСІ) Титрационные единицы (ммоль/л НСІ)				сілемей слизь	өт желчь	қан кровь	п е п с и н		
			Жалпы қышқылдық Общая кислотность	Еркін тұз қышқылы Свободная соляная кислота	Байланған тұз қышқылы Связанная соляная кислота	Қышқыл қалдығы Кислотный остаток						
1												
2												
3												
4												

Тұз қышқылының дебит-сағаты (Дебит-час соляной кислоты)  
\_\_\_\_\_ ммоль/сағ.(час)

Еркін тұз қышқылының дебит-сағаты (Дебит-час свободной соляной  
кислоты) \_\_\_\_\_ ммоль/сағ.(час)

Ширатқыш енгізгеннен кейін (Ширатылған секреция)  
После введения стимулятора (Стимулированная секреция)

Ширатқыш (Стимулятор): \_\_\_\_\_

5													
6													
7													
8													

Тұз қышқылының дебит-сағаты (Дебит-час соляной кислоты)

\_\_\_\_\_ ммоль/сағ.(час)

Еркін тұз қышқылының дебит-сағаты (Дебит-час свободной соляной кислоты) \_\_\_\_\_ ммоль/сағ.(час)

Тұнба микроскопиясы (Микроскопия осадка): \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 222/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 222/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ҰЛТАБАРДЫ СҮҢГІЛЕУ ҚАРТАСЫ  
КАРТА ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ**

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

материал алынған күн (дата взятия материала)

Зерттелушінің ТАӘ (ФИО обследуемого) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Тексерілу күні (Дата обследования) \_\_\_\_\_

Маманға жіберілді (Направлен специалисту) \_\_\_\_\_

Асқазан сұйықтығы (Содержимое желудка) \_\_\_\_\_ мл.

еркін НСІ(свободная НСІ) \_\_\_\_\_ ммоль/л;

жалпы қышқылдық (общая к-ть) \_\_\_\_\_ ммоль/л

Фаза	Фазаларды сипаттау Описание фаз	
------	------------------------------------	--

1 фаза	<p>Сүңгі ұлтабарға ___ минуттан кейін кірді немесе 20 мл. 0,5% NaHCO<sub>3</sub>; 10 мл. 0,1 ммоль/л HCl жібергеннен кейін (Зонд вошел в дуоденум через _____ мин. или после: введения 20 мл. 5% NaHCO<sub>3</sub> или 15 мл. 0,1 моль/л HCl)</p> <p>Рентгенмен тексеру-иә, жоқ. Асқазанның пилориялық бөлімнің құрысу, антральді бөлімінде тонус болмауы. (Контроль рентгена-да, нет. Спазм пилоритического отдела желудка, атония антрального отдела желудка)</p>	<p>30 мин.</p> <p>Алтын-сары түсті (золо - тисто-желтый цвет)</p>
Өт "А" (Желчь "А")	<p>Минутына _____ мл. алынды, жылдамдығы _____ мл. өт үзіліспен; үзіліссіз ағып шықты. Түсі ашық сары, қою-сары, алтын-сары. Мөлдір, лай сілемей қауызымен (Получено мл.____, за мин., скорость _____ мл.мин. Желчь оттекала непрерывно, прерывисто. Цвет светло-желтый, темно-желтый, золотисто-желтый. Прозрачная, мутная, с хлопьями слизи). рН _____ Билирубин индексі (Билирубиновый индекс) _____ бірлік (ед.) Салыстырмалы тығыздығы (Относительная плотность) _____ Микроскопия _____</p>	<p>15-20 мл.</p> <p>1 мл/мин тоқтаусыз (непрерывно) Бил.инд. 100 бірлік (ед.) 1.010-1.012 Рн 7, 2-7,4</p>

II кезең (фаза)	Алынды (Получено) мл. _____ (за) _____ мин.ішінде	2-6 мин.
-----------------	---	----------

III кезең (фаза)	Алынды (Получено) мл. _____ (за) _____ мин.ішінде	3-5 мин.
Өт "AI" (Желчь "AI")	Түсі ашық сары, қою-сары, алтын-сары (Цвет светло-, темно-, золотисто-желтый) Мөлдір, лай, сілемейлі қауызмен (Прозрачная, мутная, с хлопьями слизи)	3-4 мин.

Алынды (Получено) мл. \_\_\_\_\_ (за) \_\_\_\_\_ мин. Ішінде 40-50 мл.  
Бөліну жылдамдығы (Скорость выделения) \_\_\_\_\_ мл/мин. 20-30 мин. 2-3 мл/мин.

Өт бірқалыпты, үзіліспен бөлінеді, түсі қою сары, қоңыр, қою қоңыр, жасылтым, жасыл. Мөлдір, лай, сілемейлі қауызды тұнбамен (Желчь выделяется равномерно, прерывисто. Цвет темно-желтый, коричневый, темно-коричневый,

зеленоватый, зеленый. Прозрачная, мутная,  
с хлопьями слизи с осадком)

IV кезең (фаза)

pH \_\_\_\_\_ Билирубин индексі (Билирубиновый  
индекс) \_\_\_\_\_ бірлік (ед.)

Рефлекс жоқ (рефлекса нет) Микроскопия

pH 6,5-7,3

300- 400

бірлік

(ед.)

1.01.6-

1.032

Алынды (Получено) мл. \_\_\_\_\_ (за) \_\_\_\_\_  
мин.ішінде

1 мл/мин.

Мөлдір

Бөліну жылдамдығы (Скорость выделения) \_\_\_\_\_  
мл/мин

Өт бірқалыпты, үзіліспен, тамшылып (Желчь  
выделяется равномерно, бірқалыпты прерывисто,  
каплями) бөлінеді

(проз-

рачная)

V кезең (фаза)

Түсі ашық-, қою-, лимон-сары, жасылтым. Мөлдір,  
лай, сілемейлі қауызымен

pH 7,5-8,2

1.007-1.010

(Цвет светло-, темно-, лимонно-, желтый,  
зеленоватый)

Прозрачная, мутная, с хлопьями слизи)

Бил.индексі

pH \_\_\_\_\_ Билирубин индексі (Билирубиновый  
индекс) \_\_\_\_\_ бірлік (ед.)

60-70

бірлік

Микроскопия \_\_\_\_\_

(ед.)

Орындаушының қолы

(Подпись исполнителя) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 222-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 222-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ДУОДЕНАЛ СҰЙЫҚТЫҒЫНЫҢ ТАЛДАУЫ**  
**АНАЛИЗ ДУОДЕНАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО**

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ 3. Жынысы: ер, әйел  
(астын сызыңыз) (Пол: муж, жен (подчеркнуть))

4. Жіберген бөлімше, бөлме (Направившее отделение, кабинет) \_\_\_\_\_

5. Дуоденал сұйықтығын талдау (Анализ дуоденального содержимого) \_\_\_\_\_

6. "А" өлшемі (Порция "А") \_\_\_\_\_

7. "В" өлшемі (Порция "В") \_\_\_\_\_

8. "С" өлшемі (Порция "С") \_\_\_\_\_

Орындаушының қолы (Подпись исполнителя) \_\_\_\_\_

форматы А5

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 223/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 223/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ЖҰЛЫН СҰЙЫҚТЫҒЫНЫҢ ТАЛДАУЫ**  
**АНАЛИЗ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ**

№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_

**биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)**

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_ бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_

палата \_\_\_\_\_ учаске (участок) \_\_\_\_\_

медициналық карта (медицинская карта) № \_\_\_\_\_

Көлемі (Количество) \_\_\_\_\_



Түсі (Цвет) \_\_\_\_\_  
 центрифугалауға дейін (до центрифугирования)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ центрифугалаудан кейін (после центрифугирования)  
 Ксантохромия \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Мөлдірлігі (Прозрачность) \_\_\_\_\_  
 центрифугалауға дейін (до центрифугирования)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ центрифугалаудан кейін (после центрифугирования)  
 Цитоз \_\_\_\_\_  
 Химиялық зерттеу (химическое исследование)  
 Нәруыз (белок) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Таката-Ара реакциясы (Реакция Таката-Ара) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ланге реакциясы (Реакция Ланге) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Ликворограмма**

Лимфоциттер (Лимфоциты) \_\_\_\_\_  
 Эозинофилдер (Эозинофилы) \_\_\_\_\_  
 Нейтрофилдер (Нейтрофилы) \_\_\_\_\_  
 Макрофагтар (Макрофаги) \_\_\_\_\_  
 Өзгерген жасушалар (Измененные клетки) \_\_\_\_\_  
 Полибласттар (Полибласты) \_\_\_\_\_  
 Плазмоциттер (Плазмоциты) \_\_\_\_\_  
 Арахноидэндотелий жасушалары (Клетки арахноидэндотелия) \_\_\_\_\_  
 Эпендима жасушалары (Клетки эпендимы) \_\_\_\_\_  
 Түйіршікті шарлар (Зернистые шары) \_\_\_\_\_  
 Эритроциттер (Эритроциты) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_  
 талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 224/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 224/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ҚАН ТАЛДАУЫ**  
**АНАЛИЗ КРОВИ**  
№ \_\_\_\_\_  
**кеңейтілген (развернутый)**

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Зерттеуге жіберілсін (Исследование направить): \_\_\_\_\_

қайда (куда)

кімге (кому)

Компонеттер, элементтер Компоненты, элементы	Физиологиялық зерттеулер шегі Пределы физиологических исследований	С: мөлшер бірліктері Единицы величин СИ	Нәтижелер Результаты
Гемоглобин Е (М) Ә(Ж)	130,0-160,0 120,0-140,0	г/л г/л	
Эритроциттер Е (М) (Эритроциты) Ә(Ж)	4,0-5,0 3,9 -4,7	$10^{12}/л$ $10^{12}/л$	
Түсті көрсеткіш (Цвет. показатель)	0,85-1,05		
Ретикулоциттер (Ретикулоциты)	2-10	%	
Тромбоциттер (Тромбоциты)	180,0-320,0	$10^9/л$	
Лейкоциттер (Лейкоциты)	4,0-9,0	$10^9/л$	
нейтрофилдер нейтрофилы	Промиелоциттер (Промиелоциты)		
	Миелоциттер (Миелоциты)		
	Метамиелоциттер (Метамиелоциты)		
	Таяқшяядролы (Палочкоядерные)	1-4 (0,04-0,30)	% ( $10^9/л$ )

	Сегмент ядролы (Сегментоядерные)	47-72 (2,00-5,50)	% (10 <sup>9</sup> /л)	
Эозинофилдер (Эозинофилы)		0,5-5 (0,02-0,3)	% (10 <sup>9</sup> /л)	
Базофилдер (Базофилы)		0-1 (0,00-0,065)	% (10 <sup>9</sup> /л)	
Моноциттер (Моноциты)		2-9 (0,09-0,60)	% (10 <sup>9</sup> /л)	
Лимфоциттер (Лимфоциты)		18-40 (1,20-3,00)	% (10 <sup>9</sup> /л)	
Плазмалық клеткалар (Плазматические клетки)		0 (0)	% (10 <sup>9</sup> /л)	
Эритроциттердің шөгу жылдамдығы (Скорость оседания эритроцитов) E (М) Ә. (Ж)		2-10 2-15	мм/сағ. (час) мм/сағ. (час)	

**Эритроциттердің морфологиясы**  
**Морфология эритроцитов**

Анизоцитоз макроциттер, микроциттер \_\_\_\_\_  
(Анизоцитоз макроциты, микроциты)  
Пойкилоциттер (Пойкилоциты) \_\_\_\_\_  
Базофилді түйіршіктігі бар эритроцитоз (Эритроцитоз с базофильной зернистостью) \_\_\_\_\_  
Полихроматология \_\_\_\_\_  
Жолли денешіктері, Кебот сақиналары (Тельца Жолли, кольца Кебота) \_\_\_\_\_  
Эритро-нормобластар (100-лейкоцитке) Эритро-нормобласты (на 100 лейкоцитов) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Мегалобластар (мегалобласты) \_\_\_\_\_

**Лейкоциттердің морфологиясы**  
**Морфология лейкоцитов**

Ядролар гиперсегментациясы (Гиперсегментация ядер) \_\_\_\_\_  
Уытты түйіршіктік (Токсогенная зернистость) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_  
Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа) \_\_\_\_\_ Орындаушының қолы  
(Подпись исполнителя)

Формат А4

--	--

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 227/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 227/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**СҮЙЕК КЕМІГІ ПУНКТАТЫНЫҢ ТАЛДАУЫ**  
№ \_\_\_\_\_  
**АНАЛИЗ ПУНКТАТА КОСТНОГО МОЗГА**  
20\_\_ жылғы (года) “\_\_” \_\_\_\_\_  
материал алынған күн (дата взятия материала)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_

Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_

Бөлім (отделение) \_\_\_\_\_ палата \_\_\_\_\_

Учаске (Участок) \_\_\_\_\_ медициналық картасы (мед.карта) \_\_\_\_\_

Инемен тесу \_\_\_\_\_ Алынды (Получено) \_\_\_\_\_

Миелокарициттердің саны (Количество миелокарицитов) \_\_\_\_\_

мөлшері (норма) 50,0-150,0 мың 1 мкл-де (тыс. в 1 мкл). (50,0-150,0x10<sup>9</sup> /л)

Мегакарициттердің саны (Количество мегакарицитов) \_\_\_\_\_

мөлшері (норма) 23,0-103,0 мкл-де (в мкл) (0,023-0,103x10<sup>9</sup>/л)

Миелобласттар Миелобласты	Промиелоциттер Промиелоциты	Миелоциттер Миелоциты	Мегамиелоциттер Мегамиелоциты	Таяқша ядролы Палочко- ядерные	Сегмент ядролы Сегменто- ядерные
	б				
	э				
	н				

продолжение таблицы

Базофилдер Базофилы	Эозинофилдер Эозинофилы	Лимфобласттар Лимфобласты	Пролимфоциттер Пролимфоциты	Лимфо- циттер Лимфо- циты	Промоно- циттер Промоноциты	Моно- циттер Моноциты

продолжение таблицы

Эритро- бласттар Эритро- бласты	Пронормо- циттер Пронормоциты	Базо- фильді нормо- бласттар Нормобласты базофильные	Полихрома- тофильді нормоциттер Нормоциты полихромато- фильные	Оксифильді нормоциттер Нормоциты оксифильные	Мегакарио- циттер Мегакарио- циты	Плазмалық клеткалар Плазма- тические клетки

Ескертпе (Примечание)

Сүйек кемігінің индексі/костно-мозговой индекс	
Лейкоэритробластық қатынас/лейкоэритробластическое отношение	
Қызыл қанның жетілу индексі/индекс созревания красной крови	

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

20 жылғы (года) “\_\_\_” \_\_\_\_\_  
берілу күні (дата выдачи)

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 228/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 228/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ҚАНЫҢ БИОХИМИЯЛЫҚ ТАЛДАУЫ**  
**БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ**

№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_  
материал алынған күн (дата взятия материала)

Пациент \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО)

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_

Зерттеу жіберілсін (Исследование направить): \_\_\_\_\_  
қайда (куда)

\_\_\_\_\_ кімге (кому)

Компонент	Нәтижелер Результаты
Жалпы нәруыз (Общий белок)	
Альбумин	
Несепнәр (Мочевина)	
Креатинин	
Несеп қышқылы (Мочевая кислота)	
Глюкоза	
Жалпы кальций (Кальций общий)	
Йондалған кальций (Кальций иониз.)	
Калий	
Натрий	
Хлоридтер (Хлориды)	
Темір (Железо)	
Магний	
Мыс (Медь)	
Церулоплазмин	

АлаТ	
АсаТ	
Билирубин жалпы (общий)	
Билирубин тура (прямой)	
Тимол сынамаcы (Тимоловая проба)	
ГГТП	
Сілті фосфатазасы (Щелочная фосфатаза)	
Холестерин	
Холестерин ЛПВН	
Холестерин ЛПНП	
Үшглицеридтер (Триглицериды)	
Липопротеидтер (Липопротеиды)	
Амилаза жалпы (общая)	
Креатинкиназа	
Липаза	
ЛДГ жалпы (общая)	
Серомукрид	

20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_  
талдау берілген күн \_\_\_\_\_ дәрігер (врач)  
(дата выдачи анализа)

А5 форматы Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО		
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 230/е нысанды медициналық құжаттама		
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 230/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907		
<b>БИОХИМИЯЛЫҚ ТАЛДАУ РЕБЕРГ СЫНАМАСЫ</b> <b>БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБА РЕБЕРГА</b>			
№ _____			
20 материал Пациент	ж. (г.) алынған	"__" күн	(дата взятия материала)
			Т. А. Ә. (Ф. И. О.)
Туған Зерттеуге	күні жіберілсін	(Дата Исследование	рождения) направить):
			кайда (куда)
			кімге (кому)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)	Бірліктер (Единицы)	Қалыпты мөлшерлер (Нормативные величины)
Креатиннің (Концентрация қанда (крови)	креатинина _____ мкмоль/л _____ ммоль/л	концентрациясы (в): М 44 - 88 Ж 44 - 100 4,0 - 17.7 0,5 - 2,0
несепте (моче)		
Несептегі креатининнің (Содержание креатинина в моче _____ ммоль/сут)	мөлшері _____ ммоль/сут	_____ ммоль/тәу
Тәуліктік диурез (Диурез	за	_____ мл. _____ сутки)
Минуттық диурез (Минутный		_____ мл. _____ диурез)
Шумақшалық сүзілу (Клубочковая	_____ мл/мин	80 - 100 фльтрация)
Каналдық (Канальцевая)		реабсорбция
реабсорбция	_____ %	97 -99
20__ жылғы (года)	"__"	_____
талдау берілген күн (дата выдачи анализа) орындаушының қолы (подпись исполнителя)		

продолжение

А6 форматы Формат А6	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 232/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 232/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
<b>ҚАН ТАЛДАУЫ</b> <b>ГЛЮКОЗАМЕН ЖҮКТЕУГЕ ТӨЗІМДІЛІК СЫНАМАСЫ</b> <b>АНАЛИЗ КРОВИ</b> <b>ПРОБА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НАГРУЗКЕ ГЛЮКОЗОЙ</b> № _____	
20__ жылғы (года) "__" _____ материал алынған күн (дата взятия материала)	
Пациент _____ ТАӘ (ФИО)	
Туған күні (Дата рождения) _____	
Зерттеуге жіберілсін (Исследование направить): _____ қайда (куда)	
_____	
кімге (кому)	
_____	



		Глюкозаның концентрациясы (Концентрация глюкозы в) (ммоль/л)	
Зерттеуді орындау уақыты (Время исполнения исследования)	қанда (крови)	несепте (моче)	
Аш қарынға (Натощак)			
<hr/>			
Бірінші жүктеме (Нагрузка первая)			
Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)			
Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)			
Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)			
Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)			
<hr/>			
Екінші жүктеме (Нагрузка вторая)			
Бірінші жүктемеден кейін (После первой нагрузки через) ..... мин			
<hr/>			
Жүктемеден. (Через).....,.....мин. кейін (мин после нагрузки)			
<hr/>			
жүктемеден. (через).....мин. кейін (мин после нагрузки)			
жүктемеден. (через).....мин. кейін (мин после нагрузки)			
жүктемеден. (через).....мин. кейін (мин после нагрузки)			
жүктемеден. (через).....мин. кейін (мин после нагрузки)			
жүктемеден. (через).....мин. кейін (мин после нагрузки)			
жүктемеден. (через).....мин. кейін (мин после нагрузки)			
<hr/>			
20__ жылғы (года) " __ " _____			
талдау берілген күн (дата выдачи анализа) орындаушының қолы (подпись исполнителя)			

А6 форматы  
Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 233/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 233/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
<b>НЕСЕППЕН ФОСФОР, КАЛЬЦИЙ, ОКСАЛАТТАРДЫҢ ТӘУЛІКТІК ЭКСКРЕЦИЯСЫ СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ С МОЧОЙ ФОСФОРА, КАЛЬЦИЯ, ОКСАЛАТОВ</b>	
20__ жылғы (года) " __ " _____ материал алынған күн (дата взятия материала)	
Пациент ТАӘ (ФИО) _____	
Жынысы (Пол) _____ Туған күні (Дата рождения) _____	
Зерттеуге жіберілсін (исследование направить): _____	

қайда (куда)												
кімге (кому)												
Тәуліктік диурез (Диурез за сутки) _____ мл Концентрациясы (Концентрация): фосфордың (фосфора) _____ ммоль/л кальцийдің (кальция) _____ ммоль/л												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Компоненттің атауы (Название компонента)</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Концентрациясы (Концентрация (ммоль/л))</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">фосфордың (фосфора) _____ ммоль/тәулігіне (сутки)</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">12,9 – 42,0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">кальцийдің (кальция) _____ ммоль/тәулігіне сутки</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">2,5 – 7,5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">оксалаттардың (оксалатов) _____ мг/тәулігіне сутки</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">20-45</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">20 ж.(г.) " __ " _____</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа)</td> <td style="padding: 5px;">орындаушының қолы (подпись исполнителя)</td> </tr> </tbody> </table>	Компоненттің атауы (Название компонента)	Концентрациясы (Концентрация (ммоль/л))	фосфордың (фосфора) _____ ммоль/тәулігіне (сутки)	12,9 – 42,0	кальцийдің (кальция) _____ ммоль/тәулігіне сутки	2,5 – 7,5	оксалаттардың (оксалатов) _____ мг/тәулігіне сутки	20-45	20 ж.(г.) " __ " _____		Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа)	орындаушының қолы (подпись исполнителя)
Компоненттің атауы (Название компонента)	Концентрациясы (Концентрация (ммоль/л))											
фосфордың (фосфора) _____ ммоль/тәулігіне (сутки)	12,9 – 42,0											
кальцийдің (кальция) _____ ммоль/тәулігіне сутки	2,5 – 7,5											
оксалаттардың (оксалатов) _____ мг/тәулігіне сутки	20-45											
20 ж.(г.) " __ " _____												
Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа)	орындаушының қолы (подпись исполнителя)											

продолжение

A5 форматы

Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 234/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 234/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
<b>Электролиттер мөлшеріне          ҚАН ТАЛДАУЫ          АНАЛИЗ КРОВИ          содержания электролитов          № _____</b>	
20__ жылғы (года) " __ " _____ Қан алу күні, уақыты (дата, время взятия крови) Пациент _____ <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">ТАӘ (ФИО)</div> Туған күні (Дата рождения) _____ Зерттеуге жіберілсін (Исследование направить) _____ <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">қайда (куда)</div>	
кімге (кому)	

Сарысуда (в сыворотке):		
Калий	_____	3,5 – 5,1
Натрий	_____	136,0 – 146,0
Кальций	_____	2.2 – 2.55
Йондалған кальций (Ионизированный кальций)	_____	
Несепте (в моче):		
Натрий	_____	40,0 – 220 (ммоль/л))
		Тәуліктік экскреция (суточная экскреция) (ммоль/тәу.) (ммоль/сут.)
Калий	_____	25 – 125
Кальций	_____	2,5 – 7,5
20 ж.(г.) "___" _____		
Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа)		орындаушының қолы (подпись исполнителя)

Форма

A5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 235/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 235/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Гормондар мен медиаторлардың мөлшерін анықтау**

**ҚАН ТАЛДАУЫ**

**АНАЛИЗ КРОВИ**

**содержание гормонов и медиаторов**

№ \_\_\_\_\_

Тексерілушінің ТАӘ (ФИО) обследуемого \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_  
Қан алу күні (Дата забора крови) \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года)  
Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_ палата \_\_\_\_\_

	Нәтижесі Результат
ЛГ	
ФСГ	
Пролактин	
Эстрадиол	
Прогестерон	
Жалпы тестостерон (Общий тестостерон)	

20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_  
талдау берілген күн (дата выдачи анализа) \_\_\_\_\_  
орындаушы (исполнитель) \_\_\_\_\_

A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 236/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 236/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ГОРМОНЫ ДАР МЕН МЕДИАТОРЛАР МӨЛШЕРІНЕ  
НЕСЕП ТАЛДАУЫ  
АНАЛИЗ МОЧИ  
НА СОДЕРЖАНИЕ ГОРМОНОВ И МЕДИАТОРОВ  
№ \_\_\_\_\_  
20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
талдау берілген күн (дата выдачи анализа)**

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_ бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_ палата \_\_\_\_\_

учаске (участок) \_\_\_\_\_ мед. карта № \_\_\_\_\_  
Тәуліктік диурез (Суточный диурез) \_\_\_\_\_ л

Артқы беті / Обратная сторона)

	ИЖ бірліктері Единицы СИ	
	Нәтиже Результат	Норма
17 - оксикортикостероидтер жалпы (17 - оксикортикостероиды суммарные)		
Еркін (свободные)		
17 - кетостероидтер жалпы (17 - кетостероиды суммарные)		

Прегнандиол		
Эстрогендер (Эстрогены) жалпы (суммарные)		
Эстрон		
Эстрадиол		
Эстриол		
Адреналин		
Норадреналин		
Дофамин		
ДОФА		
Ванилил бадам қышқылы (Ванилил миндальная кислота)		
5 - оксиндолил - сірке қышқылы (5 - оксиндолил уксусная кислота)		
20__ жылғы (года) _____ талдау берілген күн (дата выдачи анализа) Қолы (Подпись) _____		

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан РеспубликасыДенсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 237/е нысанды медициналық құжаттама
--	--

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 237/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907
---	--

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Коагуологиялық зерттеу**  
**ҚАН ТАЛДАУЫ**  
**АНАЛИЗ КРОВИ**  
**коагулогические исследования**

№ \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы (года) «\_\_\_» \_\_\_\_\_  
 материал алынған күн (дата взятия материала)

Пациент \_\_\_\_\_  
 ТАӘ (ФИО)

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
 Зерттеуге жіберілсін (Исследование направить): \_\_\_\_\_  
 қайда (куда) \_\_\_\_\_  
 кімге (кому) \_\_\_\_\_

Зерттеу, компонент Исследование, компонент	Пациентті зертеу бақылау нәтижелері үлгісін Результаты исследования образца пациента контрольного				
1	2				
	күндерімен			по датам	

Гематокрит \_\_\_\_\_  
 Тромбоциттер (Тромбоциты) \_\_\_\_\_  
 Мөлшері (Количество) \_\_\_\_\_  
 Адгезия \_\_\_\_\_  
 Агрегация \_\_\_\_\_  
 Айви бойынша қан кету ұзақтығы  
 (Длительность кровотечения по Айви) \_\_\_\_\_  
 I кезең (фаза)  
 (протром-      Ли-Уайт  
 бин              бойынша  
 құрылуы)      пробиркадағы  
                     ұю уақыты  
 (протром-      (Время свер-  
 бинообра-      тывания по  
 зование)      Ли-Уайту  
                     в пробирке)

силиконсыз (несиликон.) \_\_\_\_\_  
 силиконды (силиконир.) \_\_\_\_\_  
 Аутокоагу-  
 лограмма  
 (АКТ)  
 6 минутқа (на 6 мин.) \_\_\_\_\_  
 8 минутқа (на 8 мин) \_\_\_\_\_  
 10 минутқа (на 10 мин) \_\_\_\_\_  
 Каолин-ке-  
 фалин  
 уақыты  
 (Каолин-ке-  
 фалиновое  
 время (АПТВ) \_\_\_\_\_

II кезең (фаза)

(тромбин Протромбин  
 құрулуы) индексі  
 (тромбино- (Протромби-  
 образование) новый индекс) \_\_\_\_\_

№ 237/е нысанның артқы беті  
 обратная сторона формы № 237/у

1	2					
	күндерімен по датам					

III кезең (фаза) Фибриноген А \_\_\_\_\_  
 ( ф и б р и н Т р о м б и н  
 қ ұ р ы л у ы ) у а қ ы т ы  
 ( ф и б р и н о - ( Т р о м б и н о в о е  
 образование) время) \_\_\_\_\_

П а р а к о а г у л ы а -  
 ц и я л ы қ т е с т т е р :  
 ( П а р а к о а г у л ы а -  
 ц и о н н ы е т е с т ы ) :

В-нафтолды (В-нафтоловый) \_\_\_\_\_  
 Этанолды (этаноловый) \_\_\_\_\_

сульфатты

П р о т а м и н -  
 \_\_\_\_\_  
 ( П р о т а м и н -  
 с у л ь ф а т н ы й )

IV кезең (фаза) Фибринолиз  
 Антикоа- (спонтанный) \_\_\_\_\_  
 гулянттық (зуглобулиновый) \_\_\_\_\_  
 жүйе \_\_\_\_\_  
 (Антикоа- \_\_\_\_\_  
 гулянтная \_\_\_\_\_)

з у г л о б у л и н д і  
 \_\_\_\_\_  
 Т е з і м д і л і г і

система) (Толерантность)  
 Ұйытын - Плазманың гепаринге  
 дының (плазмы к гепарину) \_\_\_\_\_  
 г е м о с т а -  
 тикалық Антитромбин 111 \_\_\_\_\_  
 қ а с и е т т е р і  
 (Гемоста- Плазминоген \_\_\_\_\_  
 тические Ретракция \_\_\_\_\_  
 с в о й с т в а  
 сгустка) Фибриназа -X111 \_\_\_\_\_

20 \_\_жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_  
 талдау берілген күн орындаушының қолы  
 (дата выдачи анализа) (подпись исполнителя)

А6 форматы  
 Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 238/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 238/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ТАЛДАУ  
 АНАЛИЗ**

№ \_\_\_\_\_

**Қанды LE- клеткаға зерттеу  
 (Исследование крови на LE - клетки)**

Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_ бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_  
 Пациенттің ТАӘ (ФИО пациента) \_\_\_\_\_  
 Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
 туған күні, айы, жылы (число, месяц, год рождения)  
 Маманға жіберілді (Направлен специалисту) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ қандай материал – көрсетіңіз (указать материал)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ орындаушы (исполнитель)

A5 форматы  
Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 239/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 239/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ**  
**РЕЗУЛЬТАТ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**  
№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_  
биоматериал әкелінген күн (дата  
доставки биоматериала)  
зерттеу күні (дата исследования)

\_\_\_\_\_

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_ Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_  
палата \_\_\_\_\_ учаске (участок) \_\_\_\_\_  
медициналық карта (медицинская карта) № \_\_\_\_\_  
Зерттегенде (При исследовании) \_\_\_\_\_  
қандай материал – көрсетіңіз (указать материал)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20\_\_ ж. (г.) "\_\_" \_\_\_\_\_  
 талдау берілген күн (дата выдачи анализа) Қолы (Подпись)

A4 форматы  
 Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың  
 химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері**  
 № \_\_\_\_\_

**Результат микробиологического исследования и определения  
 чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим  
 препаратам**

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
 биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_  
 Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
 Ұйым (организация) \_\_\_\_\_ бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_  
 палата \_\_\_\_\_ учаске (участок) \_\_\_\_\_  
 медициналық карта (медицинская карта) № \_\_\_\_\_  
 Зерттегенде (При исследовании) \_\_\_\_\_  
 қандай материал - көрсетіңіз (указать материал)

		Микроорганизмдердің атауы Наименование микроорганизмов	
Ажыратылды Выделены	1		2
	Микроорганизмдердің* сезімталдығы Чувствительность* микроорганизмов		
Препараттардың аты, олардың ЕПҰ-да болуын есепке ала	Нық емес мало-	МИҚ мкг/мл	

отырып Наименование препаратов с учетом их наличия в ЛПУ	Нық устойчив	устой- чив	Сезімтал чувстви- телен	МИК мгл/мл	Нық устойчив	Нық емес мало- устойчив	Сезімтал чувствителен
<b>Антибиотиктер Антибиотики</b>							
Пенициллин							
Метициллин							
Оксациллин							
Диклоксациллин							
Ампициллин							
Карбенициллин							
Эритромици							
Олеандомицин							
Линкомицин							
Ристомицин							
Рифамицин							
Левомецетин							
Тетрациклин							
Стрептомицин							
Канамицин							
Мономицин							
Гентамицин							
Неомицин							
Полимиксин							
Цепорин							
Цефалоспорин							
	Микроорганизмдердің* сезімталдығы Чувствительность* микроорганизмов						
	1					2	
<b>Сульфаниламидтер Сульфаниламиды</b>							
Сульфадиметоксин							
Норсульфазол							
<b>Нитрофурандар Нитрофураны</b>							
Фуразолин							





--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

20\_\_ жылғы (года) Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

\*Нәтижелерді белгілеу: дискілер әдісін қолданғанда - "+" белгісімен, сұйылту әдісін қолданғанда - минимальды ингибирлеу (тоқтату) концентрациясы (мкг/мл)  
(Результат отметить: при использовании метода дисков- знаком "+", при использовании метода разведений - указанием минимальной ингибирующей концентрации МИК (мкг/мл ))

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Перзентханалардан, ауруханалардан, шаштараздардан және  
басқалардан әкелінген материалды микробиологиялық зерттеулер  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
микробиологических исследований материала из роддомов,  
больниц, парикмахерских и прочее**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-2/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
---	---

**Иерсинниозға микробиологиялық зерттеулер**  
**ЖУРНАЛЫ**  
**ЖУРНАЛ**  
**микробиологических исследований на иерсинниоз**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы  
 Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық**  
**мөлшерін анықтаудың микробиологиялық зерттеулер**  
**ЖУРНАЛЫ**  
**ЖУРНАЛ**  
**микробиологических исследований по определению остаточных**  
**количеств антибиотиков в продуктах животноводства**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы  
 Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Ыдыстар мен қоректік орталарды бақылау  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
контроля посуды и питательных сред**

Күні Дата	Заттардың атауы Наименование средств	Нәтиже Результат	Қолы Подпись
1	2	3	4

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің  
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ  
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ  
микробиологических исследований пищевых отравлений**

Күні Дата	Тіркеу № Регист- рационный №	Өнімнің, сынаманың атауы Наименование продукта, пробы	М А Ф А М	Титтр E.coli	Протей титрі Титр протей	Сальмонеллаға шигеллаға зерттеу Исследование на сальмонеллы, шигеллы	Стафилакоккқа зерттеу Исследование на стафилококк
--------------	------------------------------------	--	-----------------------	-----------------	-----------------------------	---	--







Микроскопия	Ұқсастыру тесттері Тесты идентификации	Нәтиже Результат	Талдау аяқталған күн Дата окончания анализа	Қолы Подпись
-------------	---	---------------------	---	-----------------

1066 А4 форматы

Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 240-8/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
микробиологических исследований крови на стерильность**

Күні Дата	Тіркеу № Регистра- ционный №	ТАӘ, мекен жайы, жұмыс орны ФИО, адрес, место работы	Д и а г н о з ы	Ауырған күні Дата заболевания	Кім әкелді Кем доставлен	Зерттеу мақсаты Цель исследования
--------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

продолжение таблицы

Себулер Высевы					Микроскопия	Ұқсастыру тесттері Тесты идентификации	Талдау аяқталған күн Дата окончания анализа	Қолы Подпись
I	II	III	IV	V				

А4 форматы

Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-9/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Емдік балшықтарды микробиологиялық зерттеулердің  
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ  
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ  
микробиологических исследований лечебных грязей**

Кокк м/флорасы Кокковая м/флора			Нәтиже Результат	Талдау аяқталған күн, қолы Дата окончания анализа, подпись
Ортаның атауы Наименование среды	Микроскопия	Ұқсастыру тесттері Тесты идентификации		

Күні, уақыты Дата, время	Р/с № № п/п	Объектінің атауы, кім әкелді Наименование объекта, кем доставлено	МЖС ОМЧ		
			Сұйылту Разведение	Өскен колониялар саны Кол-во выросших колонии	Микробтық сан Микробное число

продолжение таблицы

Коли-титр				Титр perfringens		
Себілген балшық көлемі Объем засеваемой грязи	Микроскопия	Оксидаза	Глюкоза	Сұйылту Разведение	Грамм бойынша жағынды Мазок по Граму	Ұқсастыру тесттері Тесты идентификации

А4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 240-10/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-10/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Қанды безгекке зерттеулерді есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета исследований крови на малярию**

Р/с № п/ п	Әкеліну күні Дата доставки	Зерттелу күні Дата исследо- вания	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Препарат әкелінген ауданның, аурухананың атауы Наименование больницы, района откуда поступил препарат
------------------	----------------------------------	--	------------	--------------------------------	--------------------------------	--

продолжение таблицы

Зертханалық тексеруге айғақтар Показания к лабораторному обследованию		Қан алу күні Дата взятия крови	Тамшылар саны Количество капель	Жағындылар саны Количество мазков	Зерттеу нәтижесі Результат исследования
Дене қызуы көтерілген науқастар (температуралық деректер) температуриящие больные (температурные данные)	Безгек бойынша қолайсыз жерден келгендер Прибывший из неблагополучных мест по малярии				

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-11/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 240-11/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения



Р/с № п/п	Алыну күні Дата взятия	Зерттеу күні Дата исследования	Жинау орны Место забора	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Нәтижелер берілген күн Дата выдачи результатов	Зерттеу жүргізген адамның қолы Подпись лица проводившего исследования	Нәтижелерді алған адамның Т.А.Ә. Ф.И.О. лица получившего результаты
1	2	3	4	5	6	7	8	9

A4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-13/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-13/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Балықты описторх пен жалпақ лентец құрттарын жұқтыруына  
зерттеулерді есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета исследований рыбы на зараженность личинками  
описторха и широкого лентеца**

Р/с № п/п	Зерттеу жүргізілген күн Дата исследования	Суайдың аты мен орналасқан мекенжайы Название и адрес местонахождения водоема	Балық тұқымы Семейство рыбы	Балықтың салмағы Вес рыбы	Балық алынған аймақ Зона забора рыбы
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Жеке кәсіпкердің ТАӘ, мекенжайы ФИО частного предпринимателя, адрес	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы Подпись лица проводившего исследование	Нәтижені алған адамның ТАӘ ФИО лица получившего результат
7	8	9	10

A4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-14/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-14/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Уйтты күл дақылын қайта себу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
пересева токсигенной культуры дифтерии**

Себу күні Дата посева	Колониялар сипаты Характер колонии	Морфология	уреза	Цисти-наза	Крхмал	Глюкоза	Сахароза	Уйттылығы Токсичность	Түрі Тип	Күні Дата
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

A4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-15/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-15/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907



**Стафилококкты фаготиптеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
фаготипирования стафилококка**

Фаготиптеу күні Дата фаготипирования	Тіркеу № Регистрационный №	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Ажырату күні Дата выделения	Жұмыс орны Место работы
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Талдау қайдан алынды (ұйым) Откуда взят анализ (организация)	Жинау орны Место забора	Фаготиптеу нәтижесі Результат фаготипирования	Фаго-топ Фаго-группа	Аяқталу күні Дата окончания	Қолы Подпись
7	8	9	10	11	12

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-16/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-16/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**РСЭС-ке расталуға берілген культураларды тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации культур, переданных для подтверждения в РСЭС**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-17/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-17/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Безгек бойынша қолайсыз жерлерден келген адамдарды  
диспансерлік есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
диспансерного учета прибывших лиц из неблагополучных  
мест по малярии**

Р / с № п / п	Т.А.Ә . Ф.И.О .	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Қайдан және қашан келді Откуда и когда прибыл	Есепке алу күні Дата взятия на учет	Безгекке зертханалық тексерулер күні Даты лаб. обследований на малярию	Нәтижелер Результаты	Профилактикалық емдеу күндері Даты проф. лечения	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-18/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-18/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**3.01.067-97 "Ауыз су" Сан ЕменН бойынша микробиологиялық  
зерттеулердің  
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ  
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ  
микробиологических исследований по Сан ПИН 3.01.067-97  
"Вода питьевая"**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-19/е нысанды медциналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-19/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Күлге микробиологиялық зерттеулер  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
микробиологических исследований на дифтерию**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

A5 форматы Формат A5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 241/е нысанды медциналық құжаттама
--	--

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 241/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907
---	--

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Вассерман реакциясы және тағы басқа**

**ҚАН ТАЛДАУЫ**

**АНАЛИЗ КРОВИ**

**реакция Вассермана и другие**

№ \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_

**биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)**

Донордың ТАӘ (ФИО донора) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Ұйым (организация) \_\_\_\_\_

Бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_

палата \_\_\_\_\_ учаске (участок) \_\_\_\_\_

Медициналық карта (медицинская карта) № \_\_\_\_\_

Вассерман реакциясы антигендермен (Реакция Вассермана с антигенами):

кардиолипінді (кардиолипиновым) \_\_\_\_\_

арнайы емес (неспецифическим) \_\_\_\_\_

солғын трепанемалардан (из бледных трепанем) \_\_\_\_\_

(культуралық) (культуральным) \_\_\_\_\_

ВР сандық титрі (Количественный титр РВ) \_\_\_\_\_

Вассерман реакциясы (суықта) (Реакция Вассермана (на холоде) \_\_\_\_\_

Трепанемалар қозғалу реакциясы - болған жағдайда (бұдан әрі -ТҚР)

(Реакция иммобилизации трепанем при наличии - (далее - РИТ)

Иммунофлуоресценция реакциясы - болған жағдайда (бұдан әрі - ИФР)

(Реакция иммунофлуоресценции при наличии - (далее - РИФ) \_\_\_\_\_

ИФР-100 (РИФ-100) \_\_\_\_\_

ИФР-200 (РИФ-200) \_\_\_\_\_

ИФР-абсорб (РИФ-абсорб) \_\_\_\_\_

Экспресс-реакциялар (Экспресс-реакции):

Плазматест \_\_\_\_\_

ВДРЛ типті белсенсіздірілген сарысумен реакция (Типа ВДРЛ (реакция с инактивированной сывороткой)) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) \_\_\_\_\_

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

талдау берілген күні (дата выдачи анализа)

продолжение

А5 форматы Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 242/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 242/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
<b>Серологиялық зерттеулер нәтижесі</b> <b>ҚАН ТАЛДАУЫ</b> <b>АНАЛИЗ КРОВИ</b> <b>результат серологических исследований</b> № _____ _____	
Ұйым (организация) _____ Бөлімше (отделение) _____ Пациенттің ТАӘ (ФИО пациента) _____ _____	
Туған күні (Дата рождения) _____ Диагнозы _____ _____	
Қан алынған күн (Дата взятия крови) _____ Қан әкелінген күн (Дата доставки крови) _____ Бірінші немесе қайталап (Первичное или повторное)	
1) КБР антигендермен (РСК с антигенами) а) Провачек (Провачека) _____ б) Бернет (Ку қызбасы) (Бернета (лихорадка Ку)	
_____	
в) орнитоз (орнитоза) _____ г) токсоплазмоз (токсоплазмоза) _____	
2) ТКАР антигендермен (РПГА с антигенами): а) дизентерия (дизентерийными) _____ б) сальмонеллез (сальмонеллезными) _____	
_____	
в) сүзек-паратиф (тифо-паратифозными) _____ г) бөртпе сүзек (сыпно-тифозными) _____	
3) Хеддельсон реакциясы (Реакция Хеддельсона)	
_____	
4) Райт реакциясы (Реакция Райта) _____	
_____	
5) Латек-агглютинация реакциясы (Реакция латек-агглютинации	

(эхинококкоз)

6) Пауль-Буннель реакциясы (Реакция Пауль-Буннеля)

(мононуклеоз)

7) Видаль реакциясы (Реакция Видаля)

Дәрігер (Врач) \_\_\_\_\_ Мейірбике (Мед. сестра) \_\_\_\_\_  
ТАӘ қолы (ФИО, подпись) ТАӘ қолы (ФИО, подпись)

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 244/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 244/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ ТАЛДАУ**  
**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

№ \_\_\_\_\_

Биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала) 20\_\_ жылғы (года)  
"\_\_" \_\_\_\_\_

Пациенттің ТАӘ (ФИО пациента) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Диагнозы \_\_\_\_\_

№	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже Результат	Норма
1	Лейкоциттер (Лейкоциты)		
2	Нейтрофилдердің фагоцитарлық белсенділігі Фагоцитарная активность нейтрофилов		60 - 80 %
3	Фагоцитарлық сан Фагоцитарное число		5-10

4	Фагоцитоз аяқталу индексі Индекс завершенности фагоцитоза		1.0
5	НСТ+нейтрофилдер НСТ + нейтрофилы		10 %
6	НСТ+ширатылған нейтрофилдер НСТ + стимулированные нейтрофилы		40 - 80 %
7	Ширату индексі Индекс стимуляции		5- 10
8	Комплементтің гемолиздік белсенділігі Гемолитическая активность комплемента		1: 6
9	Қанда айналып жүрген иммундық кешендер Циркулирующие иммунные комплексы		1 - 6 бірлік (ед).
10	Теофиллин - резисты Теофиллин - резистентные		20 - 30 %
11	Теофиллин - сезімтал Теофиллин - чувствительные		60-68
12	Аз сараланған жасушалар: (Малодифференцированные клетки:) В-лимфоциттер (В-лимфоциты) Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты)		
13	Т-хелперлер (Т-хелперы)		
14	Т-супрессорлар (Т-супрессоры)		
15	Т- лимфоциттердің абсолюттік саны Абсолютное количество Т-лимфоцитов		
16	В-лимфоциттер (М-РОК) В-лимфоциты (М-РОК)		5-25
17	РТМП с ФГА Жосу индексі (Индекс миграции) Жосу көрсеткіші (Показатель миграции) Жосу тежелуінің индексі (Индекс миграции торможения) Жосу тежелуінің көрсеткіші (Показатель миграции торможения)		0.2 - 0.8
18	Имуноглобулин А		0.7-3.0 мг/мл
19	Имуноглобулин М		0.5 - 2.8 мг/мл
20	Имуноглобулин G		6-16 мг/мл

Ұйғарым (Заклучение) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

Орындаушының қолы (Подпись исполнителя) \_\_\_\_\_

A5 форматы  
Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 244-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 244-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

### ИММУНОГРАММА

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жынысы: ер, әйел  
(астын сызыңыз) (Пол: муж, жен.(подчеркнуть))  
Жіберген бөлімше, бөлме (Направившее отделение, кабинет) \_\_\_\_\_

### Көрсеткіштер (Показатели)

T-белсенді (Т-активные) \_\_\_\_\_ %  
T-лимфоциттер (Т-лимфоциты) \_\_\_\_\_ %  
T-хелперлер (Т-хелперы) \_\_\_\_\_ %  
T-супрессорлар (Т-супрессоры) \_\_\_\_\_ %  
Аутологиялық л-ф (Аутологичные л-ф) \_\_\_\_\_ %  
In vitro әсерінен кейінгі Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты после  
воздействия in vitro)  
Т-левамизол \_\_\_\_\_ %  
Т-тималин \_\_\_\_\_ %  
Ұйғарым (Заключение) \_\_\_\_\_

Орындаушының қолы (Подпись исполнителя) \_\_\_\_\_



A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 244-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 244-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ИММУНОГЛОБУЛИНДЕР**  
**ИММУНОГЛОБУЛИНЫ**  
Жолдама (Направление) № \_\_\_\_\_

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жынысы: ер, әйел  
(астын сызыңыз) (Пол: муж, жен) (подчеркнуть))

Бөлім (Отделение) \_\_\_\_\_

Талдауды алу күні (Дата забора анализа) \_\_\_\_\_

Талдауды беру күні (Дата выдачи анализа) \_\_\_\_\_

T-белсенді (T-активные) \_\_\_\_\_

IgG \_\_\_\_\_ г/л

IgA \_\_\_\_\_ г/л

IgM \_\_\_\_\_ г/л

ЦИК \_\_\_\_\_

Ұйғарым (Заключение) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Орындаушының қолы (Подпись исполнителя) \_\_\_\_\_

A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 244-З/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 244-З/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

антистрептолизин-0, антигиалуронидаза, антистрептокиназа,  
С-реактивті нәруыз, ревматоид факторы, церулоплазмин

ҚАН ТАЛДАУЫ

№ \_\_\_\_\_

АНАЛИЗ КРОВИ

антистрептолизин-0, антигиалуронидаза, антистрептокиназа,  
С-реактивный белок, ревматоидный фактор, церулоплазмин

20\_\_ жылғы/года “\_\_” \_\_\_\_\_ сағ.(час.) \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_  
алыну күні (дата взятия)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

Ұйым (Организация) \_\_\_\_\_

Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_

Палата \_\_\_\_\_ учаске (участок) \_\_\_\_\_

Медициналық карта (Медицинская карта) № \_\_\_\_\_

Атауы Наименование	Нәтиже (Результат)	Норма
Антистрептолизин-0		
Антагиалуронидаза		
Антистрептокиназа		
С-реактивті нәруыз С-реактивный белок		
Ваалер-Розе реакциясы Реакция Ваалер-Розе		
Ревматоид факторы Ревматоидный фактор		
Церулоплазмин		

Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы (года) “\_\_” \_\_\_\_\_

берілу күні (дата выдачи)

Форма

А6 форматы Формат А6	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 245/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 245/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ЖОЛДАМА**

**НАПРАВЛЕНИЕ**

№ \_\_\_\_\_

**Вирусты гепатиттердің маркерлеріне қанды зерттеу  
 Исследование крови на маркеры вирусных гепатитов**

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
 Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
 Мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_  
 Ұйым (организация) \_\_\_\_\_  
 бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_  
 палата \_\_\_\_\_ медициналық карта (медицинская карта) № \_\_\_\_\_  
 Қан алу күні (Дата забора крови) 20\_\_ жылғы (года)  
 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Бастапқы маркерлер (Первичные маркеры)	ИФА нәтижелері (Результаты ИФА)
АНАV YgM	
HbsAg	
a-Hbcor IgM	
a-HCV IgG	
Қосымша маркерлер (Дополнительные маркеры)	ИФА нәтижелері (Результаты ИФА)
a-HB cor JgG	
HbeAg	
a-Hbe	
a-Hbs	

a-HDV JgM	
a-HDV total	

Талдауды беру күні (Дата выдачи анализа) 20\_\_ жылғы(года) \_\_\_\_\_  
 Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_

Форма

A5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 245-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 245-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Иммуноферменттік талдау**  
**Иммуноферментный анализ**  
 № \_\_\_\_\_

Талдауды орындау күні (Дата выполнения анализа) 20 \_\_ жылғы (года) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
 Пациенттің ТАӘ (ФИО пациента) \_\_\_\_\_  
 Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Жасы (Возраст) \_\_\_\_\_  
 Бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_  
 Қан алу күні (Дата забора крови) 20\_\_ жылғы (года) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
 НӘТИЖЕСІ (РЕЗУЛЬТАТ):

Дәрігер (Врач): \_\_\_\_\_

Форма

A5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 248/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 248/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қанды экспресс-әдіспен талдау  
Анализ крови экспресс-методом  
№ \_\_\_\_\_

Науқастың ТАӘ (ФИО больного) \_\_\_\_\_  
Бөлімше (отделение) \_\_\_\_\_ жасы (возраст) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ тағайындауы бойынша (по назначению)  
НӘТИЖЕСІ (РЕЗУЛЬТАТ): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Қорытынды берілген күн \_\_\_\_\_ Зертханашы-дәрігердің қолы \_\_\_\_\_  
(Дата выдачи результата): \_\_\_\_\_ (Подпись врача-лаборанта): \_\_\_\_\_

Форма

A5 форматы Формат A5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 249/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 249/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Қанды микрореакцияға жіберу**  
**Направление крови на микрореакцию**  
№ \_\_\_\_\_

Биоматериалды алу күні (дата взятия биоматериала) \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_

Жасы (возраст) \_\_\_\_\_

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) \_\_\_\_\_

Учаскесі (Участок) \_\_\_\_\_

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 250/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 250/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Талдаулар мен олардың нәтижесін тіркеу**  
**ЖУРНАЛЫ**  
**ЖУРНАЛ**  
**регистрации анализов и их результатов**

\_\_\_\_\_ (талдаулардың аты) (название анализов)

20\_\_ жылғы (года)  
«\_\_» \_\_\_\_ басталды (начат)

20\_\_ жылғы (года)  
«\_\_» \_\_\_\_ аяқталды (окончен)

Журнал – биохимиялық, жалпы клиникалық, микробиологиялық, гематологиялық талдауларды тіркеуге және жазуға арналған.	Журнал предназначен для регистрации и записи анализов - биохимических, микробиологических, общеклинических, гематологических
6-30-бағандарда талдаулардың аты жазылады, мысалы: билирубин, холестерин және т.б. Талдаулардың аты жазылған бағандарға сәйкес келетін қарсы жолдарда (V немесе +) шартты белгісімен жолдамасына (талдауларды тіркеуге) байланысты науқастың өтуіне тиісті зерттеулер көрсетіледі. Орындалған талдаулар нәтижесін зертханашылар жұмыс журналдарынан осы журналға (зерттеу нәтижелерінің жазбасы) енгізеді.	В графах 6-30 вписываются названия анализов, например: билирубин, холестерин и т.п. В строках против соответствующих граф с названиями анализов условным знаком (V или +) отмечаются исследования, которые необходимо выполнить больному согласно направлению (регистрация анализов). Результаты выполненных анализов вносятся лаборантами в настоящий журнал (запись результатов исследования) из рабочих журналов.

Тіркеу № ( Регистрационный №)	Түскен күні (Дата поступления)	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество больного)	Жасы (Возраст)	Кім жіберді (Кем направлен)	Атауы, мен нәтижесі (Название и результат)										
					6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение:

Атауы, мен нәтижесі (Название и результат)													Ескертпе Примечание	
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		30
														31

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 251/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 251/у Утверждена приказом

Ұйымның атауы Наименование организации	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
---	--

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 252/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 252/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Микробиологиялық және паразитологиялық зерттеулерді тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации микробиологических и паразитологических  
исследований**

талдаудың атын жазыңыз (вписать название анализа)

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_\_ жылғы (года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Журнал микробиологиялық және паразитологиялық зерттеулерді тіркеуге арналған.</li> <li>- Жұмыс көлемі үлкен болғанда журналды зерттеу түрлері бойынша (энтеробактерияға, коринебактерияға, кокктарға, т.б.) жүргізуге болады.</li> <li>- Материалды қабылдауға бланк-жолдама негіз болып табылады.</li> <li>- Әр келіп түскен материалдарға кезекті тіркеу нөмірі беріледі, және</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Журнал предназначен для регистрации микробиологических и паразитологических исследований.</li> <li>- При большом объеме работы можно вести журналы по видам исследований (на энтеробактерии, коринебактерии, кокки и т.д.).</li> <li>- Основанием для приема материала на исследование служат бланки-направления.</li> <li>- Очередной регистрационный номер присваивается каждому</li> </ul>
--	--



осы нөмірмен зерттеуді аяғына дейін жеткізеді. Жұмыс журналында және бланкілерде барлық жазбалар осы нөмірмен жүргізіледі, нөмірлер айырмашылығы болмауы керек.

поступившему материалу, и под этим номером проводят исследование до завершения. Все записи в рабочем журнале и на бланках ведут под этим номером, не допуская расхождений номеров.

Материалды жинау және зертханалық зерттеулер келесі нормативтік техникалық құжаттамаларға (НТК атап өтіңіз) сәйкес жүргізіледі

- (Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить)).

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

№ 252/е-н. артқы беті  
разворот ф. № 252/у

К ү н і Д а т а	Р/ С № п/ п	Тіркеу нөмірі Регист- рацион- ный номер	Материалды жіберген ұйым Организация, направившая материал	Күні, уақыты Дата, время		Т.А.Ә. Медици- налық карта № Ф.И.О. Меди- цинская карта №	Ж а с ы В о з р а с т	Мекен- жайы Домашний адрес	Жұмыс орны, лауазымы (балалар үшін балалар мекемесінің, мектептің атауы) Место работы, должность. (для детей наименование детского учреждения, школы)
				Материалды алу Взятия материала	Зерт- ханаға түсуі Поступ- лен. в лаборат.				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

продолжение таблицы

Бөлімше, палата, учаске Отделение, палата, участок	Диагнозы, ауырған күні Диагноз, дата заболевания	Қаралуға көрсетімдер Показания к обследованию	Қаралуы: алғашқы, қайталап, тексеру мақсатымен Обследование: первичн., повторное, контрольное	Зерттелуші материал Исследуемый материал

11	12	13	14	15

продолжение таблицы

Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттеу нәтижесі* Результат исследования*	Зерттеуді жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего исследование	Жауап берілген күн Дата выдачи ответа	Жауапты алған адамның тегі Фамилия лица, получившего ответ
16	17	18	19	20

\*Паразиттік аурулар қоздырғыштарына зерттеген кезде, оң нәтиже болса, паразит түрі және инвазия (мал паразитінің адамға жұғуы) қарқындылығы көрсетіледі.

\*При исследовании на возбудителей паразитарных болезней, при положительном результате, указывается вид паразита и интенсивность инвазии.

A4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 253/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 253/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Микробиологиялық зеттеулердің  
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ  
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ  
микробиологических исследований**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

1. "Тіркеу нөмірі" атты 3-бағанда тіркеу журналындағы талдаулар нөмірі көшіріп жазылады. Талдау бар кезеңде бір нөмірмен жүргізіледі.

2. "Ортаның атауы және өсу сипаттамасы" атты 7-бағанда зерттелуші материал себілген тығыз қоректік ортаның атын және күдікті колониялардың бар - жоғын көрсетеді. Әр орта үшін жеке горизонталды жол пайдаланылады.

3. "Ұқсастыру тесттері" атты 10-17-бағандар микроорганизмдердің биологиялық қасиеттерін (ферменттік белсенділік, антигендік құрылымы, уыттылығы және т.б.) сипаттау үшін қолданылады.

4. Углеводтардың ажырауын келесі белгілермен белгілеу ұсынылады ҚГ – қышқыл мен газ пайда болуы; Қ – газсыз, қышқыл ғана пайда болуы; - - ажыраудың болмауы.

5. Басқа заттарға қатысты ферменттік белсенділігі, сонымен қатар индол мен күкіртсутегі және т.б пайда болуын (+) реакция оң; (-) реакция теріс белгілерімен белгілеген жөн.

6. "Зерттеу нәтижесі" атты 19 бағанда ажыратып алынған микроорганизмдер мен жаппай тарауын көрсетіңіз.

1. В графу 3 "Регистрационный номер" переписываются номера анализов регистрационного журнала. Анализ ведут на всех этапах под одним номером.

2. В графе 7 "Наименование среды и характер роста" отмечают название плотных питательных сред, на которые производят посев исследуемого материала, а также наличие или отсутствие подозрительных колоний. Для каждой среды используют отдельную горизонтальную строку.

3. Графы 10-17 "Тесты идентификации" служат для характеристики биологических свойств микроорганизмов (ферментативная активность, антигенная структура, токсигенность и д.р).

4. Расщепление углеводов рекомендуется отмечать следующими знаками: КГ – при образовании кислоты и газа; К – при образовании кислоты без газообразования; -- расщепление отсутствует.

5. Ферментативную активность в отношении других веществ, а также образование индола и сероводорода и т.д. целесообразно отмечать знаками: (+) – реакция положительная; (-) – реакция отрицательная.

6. В графе 19 "Результат исследования" указать вид выделенных микроорганизмов и массивность обсеменения.

---

---

Материалды жинау әдістері мен зертханалық зерттеулер келесі нормативтік техникалық құжаттамаларға (НТҚ атап өтіңіз) сәйкес жүргізіледі.

(Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить)):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_  
 9. \_\_\_\_\_  
 10. \_\_\_\_\_

Күні Дата	Р/с № № п/п	Тіркеу № регистрационный	Тексерілу- шінің туған күні ТАӘ ФИО Дата рождения обследуемого	Тексері- лушінің жұмыс орны, мекенжайы Место работы, домашний адрес обследуемого	Стационар, бөлімше, контингент Стационар, отделение, контингент	Ортаның атауы және өсу сиппа- тамасы Наиме- нование среды и харак- тер роста	Зерттелетін колониялар саны Количество изучаемых колоний
1	2	3	4	5	6	7	8

№ 253/е н. Артқы беті  
 разворот ф. 253/у

Микро- скопия	Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации									Серотиптеу Серотипирование	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн. Зерттеу жүрізген адамның қолы Дата окончания исследования. Подпись лица, проводившего исследование
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

A4 форматы  
 Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 253-1/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 253-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның атауы  
Наименование организации

Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

Шайындылардың стерильдігіне микробиологиялық зерттеулердің  
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ  
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ  
микробиологических исследований смывов на стерильность

20\_\_ жылғы/года “\_\_” \_\_\_\_\_  
басталды/начат

20\_\_ жылғы/года “\_\_” \_\_\_\_\_  
аяқталды/окончен

Тіркелген күні Дата регистрации	Тіркелу нөмірі Регистрационный номер	Зерттелетін материал Исследуемый материал	Шайынды алынған орын Место взятия смывов	Материалды стерильдеу күні Дата стерилизации материала	Материалды қолдану күні Дата использования материала
1	2	3	4	5	6

продолжение

Стерильдеу аппаратының атауы мен нөмірі Наименование и номер стерилизационного аппарата	Зерттеу нәтижесі мен жағынды микроскопиясы Результат исследования и микроскопия мазка	Зерттеу аяқталған күн Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего исследование	Ескерту Примечание
7	8	9	10	11

Форма

A4 форматы  
Формат A4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО

Қазақстан республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 253-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы: Наименование организации:	Медицинская документация Форма № 253-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу**

**Ж У Р Н А Л Ы**

**Ж У Р Н А Л**

**регистрации микробиологических исследований проб воздуха**

20 \_\_\_\_ жылғы(года) " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ басталды (начат)

20 \_\_\_\_ жылғы (года)" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ аяқталды (окончен)

1. Сапаны бақылау бөлімшесінде немесе өнімнің сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Ведется в отделении контроля качества или лицами, на которых возложен контроль качества продукции 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	--

Сынамаларды алу күні, уақыты Дата, время отбора проб	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Сынаманы алған ұйым, және әдісі Организация, место и метод отбора	Сынамалар нөмірі Номера проб	Қорек орталарның атауы Наименование питательных сред	Экспозициясы, жылдамдығы Экспозиция, скорость	Жіберілген ауаның көлемі Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение :

Мыналар зерттеледі: Исследование на:			Зерттеу нәтижелері Результаты исследования		Басқа микроорганизмдер Другие микроорганизмы	Зерттеу аяқталған күні. Зерттеу жүргізген адамның қолы, ТАӘ Дата окончания исследования. ФИО, подпись лица, проводившего исследование.
9	10	11	1 м <sup>3</sup> микроорганизмдер саны Количество микроорганизмов в 1 м <sup>3</sup>			
			Жалпы Общее	Алтын түстес стафилококк Золотистый стафилококк		
			13	14	15	16

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 254/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 254/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Микроорганизмдердің химиятерапиялық  
препараттарға сезімталдығын анықтауға арналған  
зерттеулер мен олардың нәтижесін  
ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ  
исследований и результатов определения чувствительности  
микроорганизмов к химио-терапевтическим препаратам**

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

1. "Тіркеу нөмірі" атты 3-бағанда тіркеу журналындағы нөмірге с  
йкес, талдаулар нөмірі көрсетіледі. Талдауларды барлық кезеңде бір  
нөмірмен жүргізеді.

2. Егер бұл журнал талдауларды алғашқы рет тіркеу үшін де  
қолданылса, онда 4-8-бағандар толтырылады.

3. "Микроорганизмдердің сезімталдығы" атты 9-27-бағандарда  
химиопрепараттың аты және өсу тежелген аймақтар немесе минималды  
тежеу концентрациясы (МТК) тіркеледі.

4. Журнал туберкулезге қарсы ұйымдардың зертханасында  
толтырылғанда 6 баған "Ниацин тесті" деп аталуы керек.

1. В графе 3 "Регистрационный номер" указываются номера  
анализов, соответствующие номерам регистрационного журнала. Анализ  
ведут на всех этапах под одним номером.

2. Графы 4-8 заполняется в том случае, если данный журнал  
служит и для первичной регистрации анализов.

3. В графе 9-27 "Чувствительность микроорганизмов" указываются  
названия химиопрепаратов и регистрируются зоны задержки роста или  
минимальные ингибирующие концентрации (МИК).

4. При заполнении журнала в лабораториях противотуберкулезных организаций – графа 6 должна называться – "Ниациновый тест".

Материалды жинау әдістері мен зертханалық зерттеулер келесі нормативтік техникалық құжаттамаларға (НТҚ атап өтіңіз) сәйкес жүргізіледі

. (Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить)):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

Күні Дата	Р/ с № п/ п	Тіркеу № Регист- рационный №	ТАӘ, жасы, мединалық қарта № Ф. И. О., возраст, медицинская карта №	Ұйым, бөлімше, палата Организация, отделение, палата	Диагнозы, ауырған күні Диагноз, дата заболевания	Материал	Ажыратып алынды: (микроорганизмнің аты) Выделено: (название микроорганизма)
1	2	3	4	5	6	7	8

№ 254/е н. артқы беті  
разворот ф. № 254/у

Микроорганизмдердің сезімталдығы (Чувствительность микроорганизмов)													Жауап берілген күн (Дата выдачи ответа)
													Зерттеуді жүргізген адамның қолы (Подпись лица, проводив- шего исследо- вание)





Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 ТБ-05/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма ТБ-05/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Қақырықты туберкулез микобактериясына микроскопиялық тексеруге жіберетін ЖОЛДАМА**  
**НАПРАВЛЕНИЕ**  
**на проведение микроскопического исследования мокроты на наличие микобактерии туберкулеза**

Емдеу мекемесінің атауы/Название лечебного учреждения: \_\_\_\_\_  
 Күні/Дата \_\_\_\_\_  
 Науқастың ТАӘ/ФИО больного \_\_\_\_\_ Туған күні мен жылы \_\_\_\_\_  
 Дата и год рождения \_\_\_\_\_

Жынысы/Пол      Е/М          Ә/Ж   

Мекенжайы толық/Адрес полностью: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Үлгінің бірегей коды/Идентификационный номер образца: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Науқастың аудандық тіркеу нөмірі/Районный регистрационный номер больного \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Санаты/Категория \_\_\_\_\_

Аурулардың жіктелуі/Локализация больных:          Өкпе/Легочный          Өкпеден тыс/Внелегочный

Зерттеуге жіберілу себептері/Причина для исследования: диагностика   

химиялық терапияны бақылау/контроль химиотерапии   

Ем мерзімі (ай)/Срок лечения (месяц) \_\_\_\_\_ Қақырық алынған күні/Дата сбора мокроты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Медқызметкердің ТАӘ/ФИО медработника \_\_\_\_\_

Қолы/Подпись \_\_\_\_\_

**ҚОРЫТЫНДЫЛАР (зертханада толтырылады)****РЕЗУЛЬТАТЫ (заполняются в лаборатории)**

Зертханалық реттік нөмірі (Лабораторный порядковый номер): \_\_\_\_\_

Күні Дата	Сынама Проба	Материалдың сыртқы пішіні Внешний вид материала	Қорытындылар Результаты				
			Теріс Отрицательно	1-9 куб	+	++	+++
	1	Сілемей-іріңді <input type="checkbox"/> Слизисто- гнойная Қанмен боялған <input type="checkbox"/> Окрашенная кровью Сілекей <input type="checkbox"/> Слюна					
	2	Сілемей-іріңді <input type="checkbox"/> Слизисто- гнойная Қанмен боялған <input type="checkbox"/> Окрашенная кровью Сілекей <input type="checkbox"/> Слюна					
	3	Сілемей-іріңді <input type="checkbox"/> Слизисто- гнойная Қанмен боялған <input type="checkbox"/> Окрашенная кровью Сілекей <input type="checkbox"/> Слюна					

Берілген күні/Дата выдачи: \_\_\_\_\_

Анализ жүргізген медқызметкердің ТАӘ: \_\_\_\_\_

Қолы/Подпись \_\_\_\_\_

Анализ произвел ФИО медработника \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Қорытындылармен толтырылған нысан емдеу мекемесіне жіберілуі тиіс  
Заполненная форма (с результатами) должна быть отослана в лечебную организацию*

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.
--	---

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 ТБ-06/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ-06/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ТМБ культурасын туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілерге сезімталдығын анықтауға жолдама Направление на чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам**

Левенштейн-Йенсен

Бактек

Емдеу ұйымы/Лечебная организация \_\_\_\_\_

Науқастың ТАӘ/ФИО пациента \_\_\_\_\_

Туған күні мен жылы/Дата и год рождения \_\_\_\_\_

Жынысы/Пол: Е/М  ә/Ж

Мекенжайы (толық) \_\_\_\_\_

Адрес (полностью) \_\_\_\_\_

**НАУҚАСТЫ ЖІКТЕУ  
ТИП БОЛЬНОГО**

жаңа жағдай/новый случай  қайталанған ауру/рецидив

сәтсіз ем/неудача лечения  үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва

ауыстырылған/переведен

Басқалар/Другие:  ТМБ(-) қайталанған ауру/рецидив МБТ(-)

ТМБ (-) үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва МБТ(-)

ТМБ(-) сәтсіз ем/неудача лечения МБТ(-)

Санат/Категория \_\_\_\_\_ Зерттеуге жіберілу себептері/

Причина для исследования: диагностика

химиялық терапияны бақылау/контроль химиотерапии

Диагнозы \_\_\_\_\_

Ем басталған күні/Дата начала лечения: \_\_\_\_\_

Химиялық терапия ұзақтығы (ай)/Длительность химиотерапии (месяц) \_\_\_\_

Материалды зерттеуге жіберген дәрігердің ТАӘ/ФИО врача, направляющего материал на исследование: \_\_\_\_\_

Қақырықтың жиналған күні/Дата сбора мокроты \_\_\_\_\_

Медқызметкердің қолы/Подпись медработника \_\_\_\_\_





Белгілеу: Төз - концентрациясын көрсету; С - сезімтал; Ө - өсінді  
Отмечать: Уст - указать концентрацию; Ч - чувствительный; П - пророст  
Күні/Дата: \_\_\_\_\_ Күлтурааның нөмірі/Номер культуры: \_\_\_\_\_  
Зерттеу жүргізген маманның ТАӘ/ ФИО проводившего исследование \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Қолы/Подпись \_\_\_\_\_

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 ТБ-066/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ-066/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Қақырықты Хpert МТВ/RIF-мен зертханалық зерттеуге жолдама**  
**Направление на лабораторное исследование мокроты**  
**на Хpert МТВ/RIF**

Үлгінің сәйкестендіру нөмірі № /Идентификационный номер образца № \_\_\_\_\_  
Науқастың АТН №/РН больного № \_\_\_\_\_  
Емдеу ұйымның атауы/Название лечебной организации \_\_\_\_\_  
Үлгіні зертханаға жіберу күні/Дата направления образца в лабораторию \_\_\_\_\_  
Науқастың аты-жөні/Фамилия, имя больного \_\_\_\_\_  
Туылған күні/Дата рождения \_\_\_\_\_  
Мекенжайы/Домашний адрес \_\_\_\_\_

Жынысы/Пол: Е/М  Ә/Ж

Науқасты жіктеу (белгілеу): егер А немесе Б болмаса, Хpert тестін өткізілуін негіздеу  
Тип больного (отметить): если не А и не Б, то обоснование проведения теста Хpert:

КДТ ТБ күдігі (А)/ с подозрением на МЛУ ТБ (А)

АИТВ ТБ күдігі (В)/ с подозрением на ВИЧ ТБ (В)

Осы нысанда жіберілген үлгі бөлігінің № /№ Порции образца, посылаемой с этой формой \_\_\_\_\_  
Алғашқы үлгіні жинау күні/Дата сбора первого образца \_\_\_\_\_  
Жинаушының ТАӘ/ФИО собравшего \_\_\_\_\_ Қолы/Подпись \_\_\_\_\_

**Нәтижесі (зертханада толтырылады)**  
**Результат (заполняется лабораторией)**

Сәйкестендіру нөмірі № /Идентификационный номер № \_\_\_\_\_  
Зертханалық нөмірі №/Лабораторный номер № \_\_\_\_\_  
Зертханалық атауы/Наименование лаборатории \_\_\_\_\_  
Күні/Дата \_\_\_\_\_

Р/с № № п/ п	Зерттеу күні Дата исследования	Сыртқы түрі Внешний вид*	Хpert МТВ/RIF нәтижесі (белгілеу)** Результат Хpert МТВ/RIF (отметьте) **				Ескертпе Примечание
			Теріс Отр	ТБ+	Rif+	Нәтиже анықталмаған/қателік Не опред. Результат /ошибка** *	
1							
2							
3							
4							

\*қақырықтың түрі (қанды, іріңді-сілекей немесе сілекей)/  
/внешний вид мокроты (с кровью, слизисто-гнойная или слюна)  
\*\*теріс: МБТ анықталмаған; ТБ+: МБТ анықталған, Rif-анықталмаған; Rif+:МБТ анықталған.  
Rif-резистентті; қате: нәтижесі белгісіз/қате/  
отр:МБТ не определен; ТБ+: МБТ определен Rif не определен; Rif+: МБТ определен Rif резистентный  
; ошибка: результат неизвестен/ошибка  
Нәтижесі \*\*\*анықталмаса қайталау, қате/  
/повторить, если не определен Результат / ошибка

Өткізілген күні/Дата проведения \_\_\_\_\_ Қолы/Подпись \_\_\_\_\_

(нәтижесімен бірге) толтырылған нысан тез арада дәрігерге жіберілуі тиіс  
заполненная форма (с результатом) должна немедленно отправляться клиницистам

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 ТБ-17/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ-17/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Культуралық зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы**  
**Лабораторный журнал учета культуральных исследований**

*сол жағы/левая сторона*

Р/с № № п/ п	Материалдың алынған күні (Дата сбора материала)	ТАӘ ФИО	Жынысы Пол	Туған күні мен жылы Дата и год рождения	Материал	Ұйым (бөлімше) Организация (отделение)	Мекенжайы Адрес	Санат Категория	Диагносты	Себінді жасалған күн Дата посева	Зерттеудің мақсаты Цель исследования	
											Диагностика	Бақылау Контроль

*оң жағы/правая сторона*

Культураның өскен күні Дата роста культуры	Қорытынды Результат	Микроскопиялық культураның нәтижесі Результат микроскопии с культуры	Қорытынды берілген күні Дата выдачи результатов	ДСТ-ге жіберілді (Иә/Жоқ) Направлен на ТЛЧ (Да/Нет)	Зертхана қызметкерінің тегі ФИО работника лаборатории	Ескертпелер Примечания









**Журналдың жалғасы/Продолжение журнала**

ДСТ қойылған күні Дата постновки ТЛЧ	I қатардағы ТҚП ПТП I ряда						II қатардағы ТҚП ПТП II ряда			Нәтиженің оқылған күні Дата чтения результата	Жауапты зерт қызметкерінің ТАӘ ФИО ответственного лаборантника	Ескерт-пелер Приме-чание
	S	H	R	E	Z	Am	Сm	Ofx	EtoEt E Eto			

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 ТБ-25/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ-25/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**HAIN тест және ХpertMTB/RIF нәтижелерін есепке алу журналы  
Журнал учета результатов HAIN-теста и ХpertMTB/RIF**

№ р/с № п/п	ТАӘ ФИО	Жасы Возраст	Бөлімше Отделение	Зерттеу әдістері ( Hain немесе ХpertMTB/Rif / Метод исследования (Hain или ХpertMTB/Rif	Егерде ХpertMTB/Rif онда КДТ ТБ күдікті(А)/АИТВ ТБ күдікті (В)/ Если на ХpertMTB/Rif то подозрением на МЛУ ТБ (А)/ с подозрением на ВИЧ ТБ (В)	Диагнозы

продолжение :

				Зерттеулер нәтижелері/Результаты исследования			

Культура № / № культуры	Себу күні/ Дата посева	Өскен күні/ Дата роста	Материал (дақыл, MGIT дақылы, қақырық)/ Материал (культура, культура MGIT, мокрота)	Өткізу күні/ Дата проведения	КДТ ТБ күдікті	ТБ (+/-)	R	H

BACTEC әдістерінің төзімділігін анықтау/ Определение устойчивости методом BACTEC						
Культура № / № культуры	Себу күні/ Дата посева	Сұйық ортада өскен күні / Дата роста на жидкой среде	R	H	S	E

продолжение :

Л-Й арасындағы тұрақтылықты анықтау /Определение устойчивости на среде Л-Й						Ескертпелер/ Примечания	
Төзімділікке культураның №/ № культуры на устойчивость	Себу күні/ Дата посева	Л-Йенсен ортасында өскен күні /Дата роста на среде Л-Й	R	H	S	E	Z

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 256/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 256/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Қоректік орталарды даярлау және тексеру  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
приготовления и контроля питательных сред

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
 басталды (начат)

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
 аяқталды (окончен)

<p>1.6 бағанды толтырған кезде құрғақ қоректік орталар, пептон және т.б. туралы деректер көрсетіледі.</p> <p>2.7-11 бағандарда себілген микроб клеткаларының мөлшері туралы деректер келтірілуі мүмкін.</p> <p>3. Толық есеп үшін, тексеру жүргізілуіне қарамастан, күнделікті даярланған қоректік орталар туралы деректер журналға жазылады.</p>	<p>1. При заполнении графы 6 указываются данные о сухих питательных средах, пептоне и т.д.</p> <p>2. В графах 7-11 могут приводиться данные о количестве засеваемых микробных клеток.</p> <p>3. Для полного учета в журналах ежедневно ведутся записи о количестве приготовленных питательных сред, независимо от проведения контроля.</p>
---	--

Р/с № п /п	Ортаның даярланған күні Дата приготовления среды	Тексеру күні Дата контроля	Ортаның атауы Наименование среды	Даярланған ортаның көлемі литрмен Количество приготовленной среды в литрах	Орта даярланған препараттың сериясы мен даярланған күні Серия и дата изготовления препарата, из которого приготовлена среда	Орталарды тексеруге қолданылған тесттер Тесты, применяемые для контроля сред					Жарамдылығы туралы ұйғарым Заключение о пригодности	Күні және дәрігердің қолы Дата и подпись врача
						7	8	9	10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13









продолжение таблицы

Зерттеу Исследование										Зерттеу нәтижелері Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн Зерттеуді жүргізген адамның қолы Дата окончания исследования. Подпись лица проводившего исследование
Ауа бар жағдай В аэробных условиях					Ауа жоқ жағдайда В анаэробных условиях						
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 259/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 259/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Серологиялық зерттеулерді тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации серологических исследований**

20\_\_ жылғы (года) «\_\_»\_\_\_\_ басталды (начат)  
20\_\_ жылғы (года) «\_\_»\_\_\_\_ аяқталды (окончен)

---

зерттеудің атын жазыңыз (вписать название исследований)

Үлгілерді іріктеп алу әдістері, материал жинау және зертханалық зерттеулер келесі нормативтік техникалық құжаттамаларға (атап өтіңіз) сәйкес жүргізіледі.

(Методы отбора образцов, сбора материала и их лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (перечислить))

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистра- ционный номер	Тегі, аты, әкесінің аты , медициналық карта № Фамилия, имя , отчество, медицинская карта №	Ұйым, бөлімше, палата Организация, отделение, палата	Зерттеулер нәтижелері Результаты исследований		
				МРП үшін кардиолипидік антиген кардиолипи- новый антиген для МРП	РСК үшін кардиолипидік антиген кардиолипиновый алнтиген для РСК	Трепонемдік антиген трепонемный антиген
1	2	3	4	5	6	7

продолжение:

Зерттеулер нәтижелері Результаты исследований								Зерттеу аяқталған күн Зерттеу жүргізген адамның қолы Дата окончания исследования Подпись лица проводившего исследование
Сандық титр Количествен- ный титр	1: 50	1: 100	1: 200	1: 400	1: 800	1: 1600	1: 3200	
8	9	10	11	12	13	14	15	16

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 260/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 260/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Серологиялық зерттеулерді тіркеу  
(мерезді диагностикалау)  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации серологических исследований  
(диагностика сифилиса)**

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

Күні Дата	Талдау № анализа	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Ұйым, бөлімше, палата, учаске Организация, отделение, палата, участок	Медициналық карта № Медицинская карта №	Д и а г н о з ы
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Зерттелетін материал Исследуемый материал	Вассерман реакциясы Реакция Вассермана			КС
	антигендермен (сериясын, титрін көрсетіңіз) с антигенами (указать серию, титр)			
	трепонемалық трепонемным	арнайы емес неспецифическим	кардиолипінді кардиолипиновым	
8	9	10	11	12









Үйде көмек көрсету кезіндегі атқарылған талдаулар саны ерекше белгіленеді.

анализов, выполненных по помощи на дому.

\_\_\_\_\_ жылы (год) \_\_\_\_\_ айы (месяц)

Р/с №№ п/п	Талдау аты Название анализа	ЕМДЕУ					ЛЕЧЕБНЫЕ			
		3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	2									

продолжение таблицы

ЕМДЕУ												ЛЕЧЕБНЫЕ				Барлығы Итого за	
																ай бойы месяц	жыл бойы год
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22						23	

Форма

А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 263/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 263/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**КІРІС БАҚЫЛАУ АКТІСІ**  
**АКТ ВХОДНОГО КОНТРОЛЯ**

\_\_\_\_\_ (зерттеу жүргізген зертхананың атауы)  
(наименование лаборатории проводившей исследования)  
№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ материалдың зертханаға түскен күні (дата поступления материала в лабораторию)

\_\_\_\_\_ 1.Өнім үлгісінің атауы (наименование образца продукции) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 2.Өндіруші (өндіруші мемлекет, өндіруші зауыт) (производитель, страна происхождения, завод изготовитель) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 3.Серия нөмірі (Номер серии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 4. Көзбен шолу жағдайы (Визуальное состояние) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 5. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

№	Сынақты жасау күні (Дата постановки опыта)	Зерттеудің атауы (Наименование исследования)	Нәтижесі (Результат)
1			
2			
3			

Кіріс бақылау актісін тапсырды \_\_\_\_\_  
(Акт входного контроля сдал) (күні) (тегі мен қолы)  
(дата) (фамилия и подпись)

Қабылдады \_\_\_\_\_  
(Получил) (күні) (тегі мен қолы)  
(дата) (фамилия и подпись)

Форма

A5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 № 283/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 283/у
--	---

Ұйымның атауы Наименование организации	утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от «23» ноября 2010 года № 907
---	---

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу

АКТІСІ

АКТ

приема - передачи образцов для исследования

Күні (дата) 20\_\_ жылғы (года) «\_\_» \_\_\_\_\_

Біз, төменде қол қойғандар (ТАӘ, лауазымы) (мы, нижеподписавшиеся ФИО, должность) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(зертхананың атауы (наименование лаборатории))

берілгені туралы актіледік (составили настоящий акт в том, что специалистами входного контроля передано в) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

№	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)
1	2	3	4

\_\_\_\_\_  
Қолы (Подпись)                      ТАӘ (ФИО)

\_\_\_\_\_  
Қолы (Подпись)                      ТАӘ (ФИО)

Приложение 7 к приказу  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы

Формат А6

\_\_\_\_\_

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 400/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 400/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ЖОЛДАМА  
НАПРАВЛЕНИЕ**

Тұрақты мекенжайы немесе жұмыс орны бойынша емханаға  
(В поликлинику по месту жительства или работы)

Донор \_\_\_\_\_,  
Тұрғылықты мекенжайы (проживающий по адресу) \_\_\_\_\_,  
Флюорографияға (на флюорографию) \_\_\_\_\_ күні (дата)

Қан орталығының дәрігері, медтіркеушісі  
Врач, медрегистратор Центра крови \_\_\_\_\_ қолы (подпись)

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 402/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 402/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**А Н Ы Қ Т А М А  
С П Р А В К А  
№ \_\_\_\_\_**

Серия \_\_\_\_\_  
Донор (дана донору) \_\_\_\_\_  
тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

оның (в том, что он (а) сдал (а) кровь \_\_\_\_\_ қан  
күні, айы, жылы (число, месяц, год)  
тапсырғандығы немесе (или)  
\_\_\_\_\_ бастап (с) \_\_\_\_\_ дейін (до) 20\_\_ ж. (г.)  
"\_\_" \_\_\_\_\_ тексеруде болғаны (был(а) на обследовании) туралы берілді  
астын сызу (нужное подчеркнуть)

Жұмыс орнына көрсету үшін берілді (Дана для предъявления по месту работы)

Донордың тексерілген қан тапсырған күндерінде осы күндердің орташа еңбекақысы және жұмыс орны (лауазымы) сақталады.

За работником, являющимся донором в дни обследования и дачи крови сохраняется место работы (должность) и средняя заработная плата.

Егер донор болып табылатын қызметкер жұмыс берушімен келісім бойынша қан мен оның компоненттерін тапсыру (донациялау) күндері жұмысқа шықса, оның орташа айлық еңбекақысы сақтала отырып, өзінің қалауы бойынша басқа демалыс күні беріледі не бұл күн жыл сайынғы еңбек демалысына қосылуы мүмкін.

По соглашению с работодателем работник, являющийся донором, в дни дачи (донации) крови и ее компонентов приступил к работе, ему предоставляется по его желанию другой день отдыха с сохранением за ним средней заработной платы либо этот день может быть присоединен к ежегодному трудовому отпуску.

Негіздеме: Қазақстан Республикасының Еңбек Кодексі 15.05.2007 ж.

№ 251-III 151-б. және "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" ҚР Кодексінің 18.09.2009 ж. № 193-IV ҚРЗ 167-бабы.

Основание: Трудовой Кодекс Республики Казахстан от 15.05.2007 года

№ 251- III ст.151 и Кодекс РК "О здоровье народа и системе

здравоохранения" от 18.09.2009 г № 193-IV ЗРК ст. 167.

М.О. М.П. Анықтаманы берген адам  
(Лицо, выдавшее справку) \_\_\_\_\_ қолы (подпись)

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 403/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 403/у Утверждена приказом



3) иммундау (иммунизация) \_\_\_\_\_ түрін көрсету керек (указать вид)

20\_\_ жыл(год) "\_\_" \_\_\_\_\_ дәрігер (врач) \_\_\_\_\_ қолы (подпись)

\_\_\_\_\_ кесу сызығы (линия отрыва)

№ \_\_\_\_/е н. жолдамаға (к направлению ф.\_\_\_\_\_/у

Кесу талоны

Отрывной талон

Ақылы донордың ақшалай өтемақы, өтеусіз донорға тегін түскі тамақ немесе оның ақшалай баламасы (на денежную компенсацию платному донору, бесплатный обед или его денежный эквивалент безвозмездному донору)

Ақылы донор \_\_\_\_\_ Өтеусіз донор  
Платный донор \_\_\_\_\_ Безвозмездный донор  
Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы,  
штрих-коды және басқа) (Идентификационный  
номер(марка, штрих-код и др.)

Донор

\_\_\_\_\_ тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

1. Қан, плазма, иммундық, изоиммундық плазма, қан жасушасын берді (керегінің астын сызу керек) (дал кровь, плазму, плазму иммунную, изоиммунную, клетки крови) (нужное подчеркнуть)

\_мөлшері (в количестве) \_ \_\_\_\_\_ мл

жазумен (прописью)

2. Антиденелер титрі (титр антител) \_\_\_\_\_

жазумен (прописью)

3. Иммундау курсы өтті ( прошел курс иммунизации)

\_\_\_\_\_ түрін көрсетіңіз (указать вид)

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_ Жауапты тұлға (ответственное лицо)

\_\_\_\_\_ қолы (подпись)

\_\_\_\_\_ Кассир немесе буфеттің жауапты тұлғасы толтырады (заполняется кассиром или ответственным лицом буфета)

Донорға (донору выданы (нужное указать):

\_\_\_\_\_ сомасында

жазумен (прописью)

ақшалай өтемақы (денежная компенсация в сумме) берілді (керегін көрсетіңіз) оған ақшалай балама немесе тегін түскі ас бесплатный обед или его денежный эквивалент \_\_\_\_\_

Кассир \_\_\_\_\_ қолы (подпись)

Буфетші \_\_\_\_\_ қолы (подпись)



A4 форматы  
 Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 405/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	

\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ күн сайынғы ведомостан алынған донордың қан  
 үлгісін бастапқы зертханалық зерттеу нәтижелерінің  
 жиынтық ведомосы  
 Сводная ведомость  
 результатов первичного лабораторного исследования образцов  
 крови доноров за \_\_\_\_\_  
 № \_\_\_\_\_ ежедневной ведомости

Қан және оның компоненттерін дайындау бөлімшесі (көшпелі бригада) Отделение заготовки крови и ее компонентов (выездная бригада)				Қан тестілеу бөлімшесі Отделение тестирования крови				
р/с № п/п	Донордың ТАӘ ФИО донора	Донацияның сәйкестендіру нөмірі Идентификационный номер донации	Донациялау күні Дата донации	Растау тексерісі Подтверждающее обследование			Келл	АЛТ
				AB0	Rh	Фено-тип		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Жауапты тұлға Ответственное лицо		ҚДБ меңгерушісі Заведующий ОЗК		ҚТБ меңгерушісі (13.00) Заведующий ОТК (13.00)				
Ведомосты алу күні Дата и время получения ведомости								

Қолы Подпись	
--------------	--

продолжение таблицы

Трансфузиялық инфекциялар зертханасы Лаборатория трансфузионных инфекций						Қан компоненттерін сақтау және жарамсыздыққа шығару бөлімшесі Отделение хранения и выбраковки компонентов крови		
Талдау № № анализа	Мұрағаттау № № архивации	1,2 АИТВ ВИЧ - 1,2	HBsAg	HCV	Мерез Сифилис	Жарамсыздық нәтижелері Результаты выбраковки		
						Эритроциттер Эритроциты	Тромбоциттер Тромбоциты	Плазма
10	11	12	13	14		15	16	17
Трансфузиялық инфекциялар зертханасының мең ерушісі (15.00) Заведующий лабораторией трансфузионных инфекций ( 15.00)						Қан компоненттерін сақтау және жарамсыздыққа шығару бөлімшесінің меңгерушісі (18.00) Заведующий отделением хранения и выбраковки компонентов крови (18.00)		

Қысқартылған сөздердің тізімі: Список сокращений:	11-14-бағана Столбец 11 - 14	ТЕР - теріс нәтиже, АП - алғашқы позитивті нәтиже, ТӨ - тестілеу өтпеген (тестіленбеген) ОТР - отрицательный результат, ПП - первичнопозитивный результат, НТ - тестирование не проведено (нетестированный)
	15-17-бағана Столбец 15 - 17	Қан компоненттері жіберілді: өнім тарату бөлімшесіне - ЭКСП; карантиндеуге - КАР; кәдеге жаратуға - КЖ; қайта өңделуге - ӨНД; кідірген өнімді жеке сақтауға - ИЗОЛ; жарамсыздыққа шығару жүргізілмеді - ЖОҚ. Компоненты крови переданы - в отделение выдачи продукции - ЭКСП; - на карантинизацию - КАР; - на утилизацию - УТИЛ; - на переработку - ПЕР; - на изолированное хранение задержанной продукции - ИЗОЛ; - выбраковка не проведена - НЕТ

Аталған бөлімшелер жиынтықты біртіндеп толтырады, қан компоненттерін сақтау және жарамсыздыққа шығару бөлімшесінің мұрағатына тапсырады

Сводка последовательно заполняется указанными подразделениями и архивируется в отделении хранения и выбраковки компонентов крови

A4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 405-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**күні донорларды алдын ала зертханалық  
тексеруден өткізу ведомосы  
Ведомость предварительного лабораторного  
обследования доноров за \_\_\_\_\_**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 405-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Үлгілерді трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосы \_\_\_\_\_**  
**Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов на трансфузионные инфекции за \_\_\_\_**

№	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Донордың ТАӘ ФИО донора	Донация нөмірі Номер донации	Туған жылы Год рождения	Бөлімше Отделение	Қанды тапсыру күні Дата донации
1	2	3	4	5	6	7
Жауапты тұлға Ответственное лицо					Трансфузиялық инфекцияларды зертханалық зерттеу бөлімінің меңгерушісі (қолы) Заведующий отделением лабораторных исследований трансфузионных инфекций (подпись)	
Ведомости алған күні мен уақыты Дата и время получения ведомости						

продолжение:

Трансфузиялық инфекцияларды зертханалық зерттеу бөлімшесі Отделение лабораторных исследований трансфузионных инфекций						Ескертпе Примечание
Қорытынды нәтижені алған күні Дата получения окончательного результата	Қорытынды нәтижесі Интерпретация результатов исследований				Іс әрекеттер алгоритмі Алгоритм действий	
	АИТВ-1,2	HBsAg	HCV	Мерез Сифилис		
8	9	10	11	12	13	14
Трансфузиялық инфекцияларды зертханалық зерттеу бөлімінің меңгерушісі (қолы) Заведующий отделением лабораторных исследований трансфузионных инфекций (подпись)						

Ведомости электрондық және қағаз тасымалдауышта жүргізуге болады  
 Возможно ведение ведомости как в электронном виде, так и на бумажном носителе

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
-------------------------	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 405-3/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

## Қанды жеке және арнайы іріктеуге

### ЖОЛДАМА

#### НАПРАВЛЕНИЕ

#### на индивидуальный и специальный подбор крови

1. ТАӘ (Ф И О) \_\_\_\_\_

2. Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

3. АВО жүйесі (Группа крови по системе АВО) \_\_\_\_\_

4. Резус-тиістілігі (Резус принадлежность) \_\_\_\_\_

5. Диагнозы (Диагноз) \_\_\_\_\_

6. Қанды жеке іріктеу қажеттілігі неден туындады (Чем вызвана  
необходимость индивидуального подбора крови)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Бұрын қанның трансфузиясы жүргізілді ме (Проводились ли раньше  
трансфузии крови) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(оның күні мен ағымын көрсетіңіз/указать даты и как они  
протекали)

8. Реципиентте гемолиздік ауруы бар балалар туылды ма ( ауыр түрде  
сары ауру, туа біткен әмбебап ісік т.б.)

(Рождались ли дети у реципиента с гемолитической болезнью (тяжелая  
желтуха, врожденный универсальный отек, прочее) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Сыртартпада неше рет жүкті болды, түсік тастау болда ма (Сколько в  
анамнезе беременностей, были ли выкидыши) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Қажетті трансфузиологиялық ортаның мөлшері, болжамды трансфузия  
күні (Количество требуемой трансфузионной среды и ориентировочная  
дата трансфузии)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Емдеуші дәрігердің ТАӘ (ФИО лечащего врача) \_\_\_\_\_
12. Емдеуші дәрігердің телефоны (Телефон лечащего врача) \_\_\_\_\_
13. Қанды жеке дара іріктеуге жіберген күні  
(Дата направления крови для подбора) \_\_\_\_\_

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 406/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 406/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**АҚЫЛЫ ДОНОРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ**  
**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПЛАТНОГО ДОНОРА**

Тегі (Фамилия) \_\_\_\_\_

Аты (Имя) \_\_\_\_\_ Әкесінің аты (Отчество) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_ Кәсібі (Профессия) \_\_\_\_\_

Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі \_\_\_\_\_  
(Номер документа удостоверяющего личность)

Әскери билет сериясы (Военный билет серии) \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Мекенжайы мен телефоны (Адрес и телефон) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ерекше белгілері Особые отметки	Донорлық түрі Вид донорства
генотип (ABO, Rh-Нч,HLA) күні қолы дата подпись	антиденелер титрі (титр антител) күні қолы дата подпись

Келгеніңізге рахмет!  
Спасибо, что Вы пришли!

Донордың сауалнамасы

Анкета донора

1. Соңғы 10 күн ішінде тісіңізді жұлғыздыңыз ба немесе емдеттіңіз бе? \_\_\_\_\_  
(Производились ли за последние 10 дней лечение и удаление зубов?)
2. Соңғы айда дәрі қабылдадыңыз ба? \_\_\_\_\_
3. (Принимали ли за последний месяц лекарства? ) \_\_\_\_\_
4. Соңғы жылда екпелер жүргізілді ме (Производились ли прививки в последний год?) \_\_\_\_\_
5. Сіз қазір дәрігердің бақылауында тұрсыз ба? (Наблюдаетесь ли Вы сейчас у врача?) \_\_\_\_\_

6. Сізге дәрілер егілді ме? (Производили ли Вам инъекции лекарств?) \_\_\_\_\_
7. Сіз құлағыңызды тескіздіңіз бе, акупунктура немесе тату (денеңізге сурет) жасатқыздыңыз ба? \_\_\_\_\_  
(Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?)
8. Сізге қан немесе плазма құйылды ма? \_\_\_\_\_
9. (Получали ли Вы переливание крови или плазмы?)
10. Сізге хирургиялық операциялар жасалды ма? \_\_\_\_\_  
(Подвергались ли Вы хирургической операции?)

Соңғы жылда гепатитпен, сарыаурумен ауырған адаммен байланысыңыз болды ма? \_\_\_\_\_  
(Были ли Вы в контакте с больным гепатитом, желтухой в течении года?)

Сізде жуықта немесе бұдан бұрын болды ма (Были ли у Вас когда-нибудь или недавно):

1. Соңғы 3 жылда шетелге шықтыңыз ба? Елдің атын атаңыз. \_\_\_\_\_  
(Выезд за рубеж за последние 3 года? Назовите страну?)
2. Қан тапсырдыңыз ба? Соңғы тапсырған күнді көрсетіңіз? \_\_\_\_\_  
(Кроводачи? Укажите дату последней?)
3. Қан тапсырудан шеттетілдіңіз бе? Күнін және себебін көрсетіңіз?  
(Были ли отводы от кроводач? Укажите дату и причину отвода?)
4. Соңғы 2 айда кездейсоқ жыныстық қатынастар болды ма? \_\_\_\_\_  
(Были ли случайные половые связи за последние 2 мес.?)

Мен Сауалнаманың барлық сұрақтарын түсіндім, бұл деректердің мен және науқастардың денсаулығы үшін маңызын

түсіне отырып жауап бердім.

(Я правильно понял (а) все вопросы Анкеты и ответил (а) осознавая значимость этой информации для меня и здоровья больных).

Донордың қолы (Подпись донора) \_\_\_\_\_

Күні (Дата) \_\_\_\_\_

#### ДОНОРДЫҢ ИММУНДАУҒА КЕЛІСІМІ

«Иммундау өткізу бағдарламасымен танысқаннан кейін, \_\_\_\_\_  
антиденесімен иммундауға келісім беремін.»

Күні

Қолы

#### СОГЛАСИЕ ДОНОРА НА ИММУНИЗАЦИЮ

«Ознакомившись с программой проведения иммунизации  
\_\_\_\_\_ антигеном, даю согласие на иммунизацию»

Дата

Подпись

Донорлар есебіне жазылу күні  
Дата зачисления в доноры

Осы кезеңде алынған барлық:  
Всего в этот период взято:  
қан (кровь)

Қан тапсыру саны  
(Число  
кроводач) \_\_\_\_\_

20__ ж (г.) «__» _____ Есептен шығарылу күні мен себебі (Дата и причина снятия с учета) _____ _____ _____ _____	_____мл. плазма (плазмы) _____мл. лейкоцититы _____ (10) 9, тромбоцититы _____ (10)11, сүйек кемігі (костного мозга) _____ мл (10) 9.	Плазмаферездер саны (Число плазмаферезов) _____ Цитоферездер саны (Число цитоферезов) _____ Миелоэксфузиялар саны (Число миелоэксфузий) _____ Қолы (Подпись)
---	--	--

**АЛҒАШҚЫ ТЕКСЕРУ  
ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

1. Сыртартпа

1.1. Тұқым қуалаушылығы (Наследственность) \_\_\_\_\_

1.2. Ауырған аурулары (оның ішінде операциялар) және оның болған уақыты (Перенесенные заболевания (в том, числе операции) и их давность) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.3. Қан және оның компоненттерінің трансфузиялары (Трансфузии крови и ее компонентов) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.4. Екпелер, егулер және олардың болған уақыты (Прививки, вакцинации и их давность) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Донорды тексерудің нәтижелері (Результаты обследования донора)

Объективті деректер (Объективные данные):	күні дата					
Шағымы (Жалобы)						
Склерасы (Склера)						
Тері қабаты (Кожные покровы)						
Ауыз қуысының сілемейлі қабығы (Слизистые полости рта)						
Артериялық қысым (мм. с. б.) (Артериальное давление (мм. рт. ст.))						

Тамыр соғуының жиілігі (минутына соққы) (Частота пульса (ударов в минуту))						
Тамыр соғуының сипаты (Характер пульса)						
Тірек-қозғалыс аппараты						





Объективті деректер (Объективные данные): Шағымы (Жалобы) Склерасы (Склера) Тері қабаты (Кожные покровы) Ауыз қуысының сілемейлі қабығы (Слизистые полости рта) Артериялық қысым (мм. с. б.) (Артериальное давление (мм. рт. ст.))	күні дата						

Тамыр соғуының жиілігі (минутына соққы) (Частота пульса (ударов в минуту)) Тамыр соғуының сипаты (Характер пульса) Тірек-қозғалыс аппараты (Опорно-двигательный аппарат) Лимфа түйіндері (Лимфатические узлы) Жүрек аускультациясы (Аускультация сердца) Өкпе аускультациясы (Аускультация легких) Іш қуысының ағзалары (Органы брюшной полости) Донордың қан тапсыруға, плазма(цита)ферезге, миелоэкспузияға жарамдылығы туралы дәрігердің қорытындысы ( Заключение врача о годности донора к кроводаче, плазма(цита)ферезу, миелоэкспузии) Дозасы (Доза)							

Дәрігердің қолы (Подпись врача)

5. Донорды келесі тексеру нәтижелері (Результаты последующих обследовании донора)

Объективті деректер (Объективные данные): Шағымы (Жалобы) Склерасы (Склера) Тері қабаты (Кожные покровы) Ауыз қуысының сілемейлі қабығы (Слизистые полости рта) Артериялық қысым (мм. с. б.) (Артериальное давление (мм. рт. ст.))	күні дата						

Тамыр соғуының жиілігі (минутына соққы) (Частота пульса (ударов в минуту))							

Тамыр соғуының сипаты (Характер пульса)							
Тірек-қозғалыс аппараты (Опорно-двигательный аппарат)							
Лимфа түйіндері (Лимфатические узлы)							
Жүрек аускультациясы (Аускультация сердца)							
Өкпе аускультациясы (Аускультация легких)							
Іш қуысының ағзалары (Органы брюшной полости)							
Донордың қан тапсыруға, плазма(цита)ферезге, миелоэксфузияға жарамдылығы туралы дәрігердің қорытындысы ( Заключение врача о годности донора к кроводаче, плазма(цита)ферезу, миелоэксфузии Дозасы (Доза)							

Дәрігердің қолы (Подпись врача)

6. Донорды келесі тексеру нәтижелері (Результаты последующих обследовании донора)

Объективті деректер (Объективные данные):	күні дата						
Шағымы (Жалобы)							
Склерасы (Склера)							
Тері қабаты (Кожные покровы)							
Ауыз қуысының сілемейлі қабығы (Слизистые полости рта)							
Артериялық қысым (мм. с. б.) (Артериальное давление (мм. рт. ст.))							

Тамыр соғуының жиілігі (минутына соққы) (Частота пульса (ударов в минуту))							
Тамыр соғуының сипаты (Характер пульса)							
Тірек-қозғалыс аппараты (Опорно-двигательный аппарат)							
Лимфа түйіндері (Лимфатические узлы)							
Жүрек аускультациясы (Аускультация сердца)							
Өкпе аускультациясы (Аускультация легких)							
Іш қуысының ағзалары (Органы брюшной полости)							
Донордың қан тапсыруға, плазма(цита)ферезге, миелоэксфузияға жарамдылығы туралы дәрігердің қорытындысы ( Заключение врача о годности донора к кроводаче,							

плазма(цита)ферезу, миэлоэксфузии Дозасы (Доза)							
--	--	--	--	--	--	--	--

Дәрігердің қолы (Подпись врача)

7. Донорды келесі тексеру нәтижелері (Результаты последующих обследовании донора)

Объективті деректер (Объективные данные):	күні дата						
Шағымы (Жалобы)							
Склерасы (Склера)							
Тері қабаты (Кожные покровы)							
Ауыз қуысының сілемейлі қабығы (Слизистые полости рта)							
Артериялық қысым (мм. с. б.) (Артериальное давление (мм. рт. ст.))							

Тамыр соғуының жиілігі (минутына соққы) (Частота пульса (ударов в минуту))							
Тамыр соғуының сипаты (Характер пульса)							
Тірек-қозғалыс аппараты (Опорно-двигательный аппарат)							
Лимфа түйіндері (Лимфатические узлы)							
Жүрек аускультациясы (Аускультация сердца)							
Өкпе аускультациясы (Аускультация легких)							
Іш қуысының ағзалары (Органы брюшной полости)							
Донордың қан тапсыруға, плазма(цита)ферезге, миэлоэксфузияға жарамдылығы туралы дәрігердің қорытындысы ( Заключение врача о годности донора к кроводаче, плазма(цита)ферезу, миэлоэксфузии Дозасы (Доза)							

Дәрігердің қолы (Подпись врача)

8. Қанды клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелері (Результаты клинико-лабораторных исследований крови)

жалпы клиникалық (общий клинический)						
күні дата	НВ г/л	эритроциттер эритроциты 10 <sup>12</sup> /л	түсті көрсеткіш цветной показатель	ретикулоциттер ретикулоциты %	тромбоциттер тромбоциты 10 <sup>9</sup> /л	лейкоциттер лейкоциты 10 <sup>9</sup> /л
1	2	3	4	5	6	7

--	--	--	--	--	--	--

жалпы клиникалық (общий клинический)					
лейкоцит формуласы пайызбен лейкоцитарная формула в процентах					
Метамиелоциттер Метамиелоциты	таяқшядролы палочкоядерные	сегментядролы сегментоядерные	эозинофилдер эозинофилы	базофилдер базофилы	лимфоциттер лимфоциты
8	9	10	11	12	13

9.

Талдау (анализ)					Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу (исследования на трансфузионные инфекции)	
Моноциттер Моноциты	плазмалық жасушалар лазматические клетки	ЭШЖ (мм/с) СОЭ (мм/ч)	Жазбаны енгізген тұлғаның қолы Подпись лица, внесшего запись	1,2 АИТВ 1,2 антиденелер Антитела к ВИЧ 1,2	В гепатиті вирусының (ВВГ) HBs- антигені HBs-антиген вируса гепатита В (ВГВ)	С (HCV) гепатитінің (СВГ) вирусына антиденелер Антитела к вирусу гепатита С (ВГС)
14	15	16	17	18	19	20

Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу (исследования на трансфузионные инфекции)						
Мерез қоздырғышына антиденелер Антитела к возбудителю сифилиса	АИТВ РНК ПТР ПЦР РНК ВИЧ	ВВГ ДНК ПТР ПЦР ДНК ВГВ	СВГ РНК ПТР ПЦР РНК ВГС	Зертханалық нөмір Лабораторный номер	Зерттеу күні Жауапты адамның қолы Дата исследования Подпись ответственного лица	
21	22	23	24	25	26	





14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

16.

биохимиялық зерттеулер (биохимические исследования)											басқа зерттеулер (другие исследования)				
күні дата	АЛАТ	жазған адамның қолы подпись лица, внесшего запись	жалпы нәруыз общий белок	альбуминдер альбумины	глобулиндер (глобулины)						антиденелер титрі титр антител МЕ/мл	жазған адамның қолы подпись лица, внесшего запись			
					пайызбен (в процентах)										
					г/ л										
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	

17. Қанды клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелері (Результаты клинико-лабораторных исследований крови)

жалпы клиникалық (общий клинический)								
күні дата	НВ г/ л	эритроциттер эритроциты 10 <sup>12</sup> /л	түсті көрсеткіш цветной показатель	ретикулоциттер ретикулоциты %	тромбоциттер тромбоциты 10 <sup>9</sup> /л	лейкоциттер лейкоциты 10 <sup>9</sup> /л	лей	
							Метамиелоциттер Метамиелоциты	таяқшядро палочкоядер
1	2	3	4	5	6	7	8	9

18.

Талдау (анализ)				Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу (иссле трансфузионные инфекции)						
Моноциттер Моноциты	плазмалық жасушалар лазматические клетки	ЭШЖ ( мм /с ) СОЭ ( мм	Жазбаны енгізген тұлғаның қолы Подпись	1,2	В гепатиті вирусының (ВВГ) HBs-антигені HBs-антиген	С (HCV) гепатитінің (СВГ) вирусына антиденелер Антитела к вирусу	Мерез қоздырғышына антиденелер Антитела к возбудителю сифилиса	АИТВ РНК ПТР РНК ВИЧ	ВВГ ДНК ПТР ДНК ВГВ	СВГ РНК ПТР РНК ВГС
				антиденелер Антитела						





1	2	3	4	5	6	7	8

Ескертпе (Примечание): плазма донорлары үшін 2-баған толтырылмайды (для доноров плазмы графа 2 не заполняется)

22.

Қан, сарысуы, қан жасушалары, сүйек кемігі алынуы туралы белгілер Отметка о взятии крови, плазмы, клеток крови, костного мозга							
күні дата	қан кровь(мл)	плазма (мл)	лейкоциттер лейкоциты (10 <sup>9</sup> )	тромбоциттер тромбоциты (10 <sup>11</sup> )	сүйек кемігі костный мозг мл.(10 <sup>9</sup> )	қандай мақсатпен для какой цели	қолы подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

Ескертпе (Примечание): плазма донорлары үшін 2-баған толтырылмайды (для доноров плазмы графа 2 не заполняется)

23.

Қан, сарысуы, қан жасушалары, сүйек кемігі алынуы туралы белгілер Отметка о взятии крови, плазмы, клеток крови, костного мозга							
күні дата	қан кровь(мл)	плазма (мл)	лейкоциттер лейкоциты (10 <sup>9</sup> )	тромбоциттер тромбоциты (10 <sup>11</sup> )	сүйек кемігі костный мозг мл.(10 <sup>9</sup> )	қандай мақсатпен для какой цели	қолы подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

Ескертпе (Примечание): плазма донорлары үшін 2-баған толтырылмайды (для доноров плазмы графа 2 не заполняется)

24. Плазмаферез емшарасын жүргізгеннен кейінгі донордың жағдайы (Состояние донора после проведения процедуры плазмафереза)

күні дата	АҚҚ АД мм.рт.ст.	ТӨС	тамыр соғуы пульс	дәрігердің қорытындысы мен қолы заклучения и подпись врача
1	2	3	4	5

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 407/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 407 /у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қан тобының таңбасы Марка группы крови № _____	ТЕГІН ДОНОРДЫҢ КАРТАСЫ Бастапқы, ағымдағы жылы бірінші рет, қайталап, туысы (астын сызу керек) КАРТА БЕЗВОЗМЕЗДНОГО ДОНОРА Первичный, первый раз в текущем году, повторный, родственник (подчеркнуть)
---	--

Күні (Дата) \_\_\_\_\_  
Қан алынған орын (Место забора крови) \_\_\_\_\_

ТАӘ (ФИО) _____ _____ _____ Туған жылы (Год рождения) _____ Жұмыс орны (Место работы) _____ Үйінің мекенжайы (аудан) (Домашний адрес (район)) _____ _____ Сыртартқы жинау (сбор анамнеза) _____	Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____ Келл - антигені (Келл - антиген) _____
---	---

<p>Операциялар. Гемотрансфузиялар (Операции. Гемотрансфузии) _____ Дене қызуы (температура тела) _____</p> <p>Тамыр соғуы (Пульс) _____ соққы 1 минутта (ударов в 1 минуту). АҚҚ/АД _____ мм. сын. б. (мм. рт. ст). Тері қабаты мен сілемейлі қабық (кожные покровы и видимые слизистые оболочки) _____</p>	<p>Гемоглобин _____ г/л Қолы (Подпись) _____</p> <p>Қан тобын бақылау (Контроль группы крови) _____</p> <p>Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____</p> <p>Тестілеу (ИФА тестирование на): АИТВ (ВИЧ) 1,2: _____ В гепатиті _____ С гепатиті _____ Мерез (Сифилис) _____ Қолы (Подпись) _____</p> <p>Тестілеу (ПЦР тестирование на): АИТВ (ВИЧ) 1,2: _____ В гепатиті _____ С гепатиті _____ Қолы (Подпись) _____ АЛАТ _____ Қолы (Подпись) _____</p>
<p>Донор тексерілді (донор осмотрен). Сау (Здоров) _____</p> <p>Қан/плазма беруге рұқсат етілді (Крово/плазмадача разрешена) Мөлшері (в дозе) _____ мл, Донорды қан/плазма беруден шеттету себебі (Причину отвода донора от крово/плазмадачи) _____</p> <p>Дәрігер (Врач) _____ қолы (подпись)</p> <p>Қан- плазма тапсыруды белгілеу (Отметка о крово-плазмадаче): (взято) _____ мл қан (крови) алынды (взято) _____ мл плазма алынды</p>	<p>БАДО деректері бойынша тексеру (проверка по данным ЕДИЦ): Күні (дата) _____ Қолы (Подпись) _____ Дайындалған қан компоненттері (Заготовленные компоненты крови): _____</p> <p>Қан: құюға, өңдеуге жарамды, жарамсыз (астын сызу керек) (Кровь пригодна: для переливания, на переработку, бракуется (подчеркнуть) Есептен шығарылу күні мен себебі (Дата и причина снятия с учета) 20__ жылғы (года) «__» _____ Дәрігер (Врач) _____ қолы (подпись)</p>

## Донордың сауалнамасы

Донор қанына мұқтаж пациенттерге көмектесуге ниет білдіргеніңіз үшін алғысымызды білдіреміз!

Сізге қойылған сұрақтарға («иә» немесе «жоқ» деп жауап беру) шынайы жауап беруіңізді өтінеміз, мархабат.

Осы сұрақтарға шынайы жауаптарыңыз Сіздің донор ретінде қауіпсіздігіңіз бен қаныңыз құйылатын пациенттің қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін қажет.

Донордың ТАӘ \_\_\_\_\_

Туған күні \_\_\_\_\_

Жынысы \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Мекенжайы (нақты және тіркелуі бойынша) \_\_\_\_\_

Үй телефоны \_\_\_\_\_ Ұялы телефоны \_\_\_\_\_

Қызмет телефоны \_\_\_\_\_ Жұмыс орны \_\_\_\_\_

р/с №	Сұрақтар	Жауаптары
<b>1. Денсаулығының жалпы жай-күйі және эпидемиологиялық орта</b>		
1.	Өзіңізді жақсы сезініп тұрсыз ба?	
2.	Түнде демалдыңыз ба?	
3.	Соңғы 10 күн ішінде тісіңізді жұлдырдыңыз ба?	
4.	Соңғы 48 сағат ішінде алкогольді ішімдік іштіңіз бе?	
5.	Соңғы 12 ай ішінде Сізге екпе жасалды ма? Егер де «иә» дейтін болсаңыз, қандай екенін көрсетіңіз:	
6.	Сіз соңғы 6 айда медициналық көмекке жүгіндіңіз бе?	
7.	Сізге соңғы 4 айда донор қаны немесе оның компоненттері құйылды ма?	
8.	Сізге соңғы 4 айда хирургиялық операция (оның ішінде косметологиялық) жасалды ма?	
9.	Сіз соңғы 2 аптада аспирин немесе антибиотик және де өсіру гармондары сияқты дәрілік препараттарды қабылдадыңыз ба?	
10.	Сізге соңғы 4 айда тамырішілік немесе бұлшық етішілік инъекция жасалды ма?	
11.	Соңғы 4 айда ине шаншу, татуировка, пирсинг жасалды ма?	
12.	Сізде кенеттен қызудың көтерілуі, салмақ жоғалту, естен тану, түнгі терішендік, бас ауруы болды ма?	
13.	Сіз безгекпен, туберкулезбен, бруцеллезбен, мерезбен (сифилис) ауырдыңыз ба?	
14.	Сіздің жұмысыңыздың немесе әуестігіңіздің өз өміріңізге немесе қоршаған ортаға қауіпі бар ма (транспорттық құралды басқаруда, биікте немесе су асты жағдайында болу, жоғары қуаты электрожүйемен жұмыс және т.б.)?	
15.	ЖИТС (АИТВ-инфекциясы ) және вирусты гепатиттер туралы ақпаратпен таныссыз ба?	
16.	Тегіңізді өзгеттіңіз бе? Өзгертсеңіз – алғашқысын көрсетіңіз.	
<b>2. Сіз.... төмендегідей қандай да бір қатерлі аурумен ауырдыңыз ба?</b>		
17.	Сары ауру, безгек, туберкулез, ревматизм?	
18.	Жүрек ауруы, артериялық жоғарғы және төменгі қысым?	
19.	Күрделі аллергия, астма?	
20.	Құрысу немесе жүйке жүйесінің ауруы?	
21.	Қант диабеті немесе онкологиялық аурулар тәрізді аурулар?	
<b>3. Сіз жақында немесе бұрын...?</b>		
22.	Соңғы 3 жылда шетелге шықтыңыз ба? Елді атаңыз	
23.	Бұрын-соңды донор ретінде қан тапсырдыңыз ба?	
24.	Қан тапсырудан бас тарттыңыз ба?	
<b>4. Әйелдер үшін қосымша</b>		
25.	Қазір жүктісіз бе немесе соңғы 6 айда жүктілік болды ма?	
26.	Балаңызды емшек сүтімен қоректендіресіз бе?	
<b>5. Өзін-өзі қосымша бағалау үшін</b>		

27.	<p>Өзіңізге қандай да бір дәрілік немесе есірткі құралдарының инъекциясын жүргіздіңіз бе?  Сіз бұрын сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлемақы алдыңыз ба?  Соңғы 12 айда мына адамдармен жыныстық қатынаста болдыңыз ба?  -АИТВ инфекциясы немесе вирусты гепатиті бар;  -тамыр арқылы есірткі қолданатын;  -сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлем ақы алатын немесе алғандар  -өзге еркектермен (ерлер үшін)  Жыныстық жолмен берілетін ауруға шалдықтыңыз ба?  Гепатитпен ауыратын адаммен қатынаста болдыңыз ба (отбасында немесе жұмыста)?  Кездейсоқта инеден жарақат алу және/немесе шырышты қабатқа қан тамып кету болды ма?</p>
	<p>Егер Сізде соңғы алты айда 27-тармақтың бір немесе одан көп сұрағына «иә» деп жауап беруге себеп болатын болса – құс белгісін қойыңыз</p>

Мен, осы ақпараттың мен және пациент үшін маңызды екенін сезіне отырып, сауалнамадағы барлық сұрақтарға түсініп, шынайы жауап бергенімді мәлімдеймін.

Мен, менің қаным мен оның компоненттері медициналық мақсатқа үшін қолданылуы мүмкін болғандықтан, қан мен оның компоненттерін ерікті, ешқандай мәжбүрлеусіз тапсыратындығымды растаймын.

Мен, менің қанымды АИТВ, мерезге, В және С гепатитіне және басқа да инфекцияларға тексерілетіндігіне келісімімді беремін. Осы инфекциялар маркерлеріне тексеру оң нәтиже берген жағдайда деректер диагнозды анықтау және емдеу туралы шешімді қабылдау үшін тиісті емдеу ұйымдарына беріледі.

Мен, менің қанымға зертханалық тексерулер тек пациенттің қауіпсіздігі үшін ғана жүргізілетінін түсінемін.

Мен менің дербес мәліметтерім Қан орталығының дерекқорына енгізілетіні туралы ескертілді.

Мен донорлыққа қатысу үшін жіберілетін ақпаратты алуға келісімімді беремін (иә/жоқ).

Маған жалған мәліметтер берген жағдайда, Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жауапқа тартылуым мүмкін екендігі ескертілді.

Мен тілінде дәрігер түсіндіруімен жоғарыда аталған барлық сұрақтарға түсінгенімді растаймын.

Донордың қолы \_\_\_\_\_ Дәрігердің қолы \_\_\_\_\_  
Күні \_\_\_\_\_

## Анкета донора

Благодарим Вас за желание помочь нуждающимся в донорской крови пациентам!

Пожалуйста, ответьте откровенно на предложенные Вам вопросы (отвечая на вопросы, поставьте «да» или «нет»).

Откровенные ответы на эти вопросы необходимы для обеспечения Вашей безопасности как донора и безопасности пациента, которому будет перелита Ваша кровь.

ФИО донора \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Домашний адрес (фактический и по прописке) \_\_\_\_\_

Домашний телефон \_\_\_\_\_ Мобильный телефон \_\_\_\_\_

Рабочий телефон \_\_\_\_\_ Место работы \_\_\_\_\_

№ п/п	Вопросы	Ответы
	<b>1. Общее состояние здоровья и эпидемиологическое окружение</b>	
1.	Хорошее ли у Вас общее самочувствие?	
2.	Отдыхали ли Вы ночью?	
3.	Производилось ли за последние 10 дней удаление зубов?	
4.	Употребляли ли алкоголь за последние 48 часов?	
5.	Проводились ли Вам за последние 12 месяцев прививки? Если «да», то укажите, какие:	
6.	Обращались ли Вы за медицинской помощью в последние 6 месяцев?	
7.	Вам переливали за последние 4 месяца (целесообразно если минимальный срок карантинного хранения плазмы будет так же 4 мес) донорскую кровь или ее компоненты?	
8.	Вам проводили за последние 4 месяца хирургические операции (в том числе косметологические?)	
9.	Принимали ли Вы за последние 2 недели лекарственные препараты, включая аспирин или антибиотики, а также гормоны роста?	
10.	Делали ли Вам за последние 4 месяца внутривенные или внутримышечные инъекции?	
11.	Делали ли Вам за последние 4 месяца иглоукалывание, татуировки, пирсинг?	
12.	Были ли у Вас случаи немотивированного подъема температуры, потери веса, обмороки, ночные поты, головная боль?	
13.	Болели ли Вы малярией, туберкулезом, бруцеллезом, сифилисом?	
14.	Связана ли Ваша работа или хобби с опасностью для своей жизни или окружающих (управление транспортным средством, нахождение в высотных или подводных условиях, работа с электросетями под высоким напряжением и т.д.).	
15.	Вы ознакомлены с информацией о СПИДе (ВИЧ-инфекция) и вирусных гепатитах?	
16.	Меняли ли Вы фамилию? Если да – укажите предыдущую.	
	<b>2. Были ли у Вас когда-либо серьезные заболевания, такие как:</b>	
17.	Желтуха, малярия, туберкулез, ревматизм?	
18.	Болезнь сердца, высокое или низкое артериальное давление?	
19.	Тяжелая аллергия, астма?	
20.	Судороги или заболевания нервной системы?	
21.	Хронические болезни, такие как диабет или онкологические заболевания?	
	<b>3. Были ли у Вас:</b>	
22.	Выезд за рубеж за последние 3 года? Назовите страну?	
23.	Сдавали ли Вы когда-нибудь кровь как донор?	
24.	Были ли отводы от дачи крови?	
	<b>4. Дополнительно для женщин:</b>	
25.	Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 месяцев?	

26.	Кормите ли Вы грудью?	
<b>5. Дополнительно для самооценки:</b>		
27.	<p>Производили ли Вы себе когда либо инъекции каких-либо лекарственных или наркотических средств?</p> <p>Принимали ли Вы когда нибудь плату за услуги сексуального характера?</p> <p>За последние 12 месяцев были ли у Вас сексуальные связи с лицами, которые:</p> <p>-инфицированы ВИЧ или вирусом гепатита</p> <p>-внутривенно принимали наркотические средства</p> <p>-получают или получали плату за услуги сексуального характера</p> <p>-с другими мужчинами? (для мужчин)</p> <p>Переносили ли Вы заболевания, передающиеся половым путем?</p> <p>Имели ли Вы контакты с больным гепатитом (в семье или на работе)?</p> <p>Имело ли место попадание крови другого человека на Вашу слизистую оболочку или укол инъекционной иглой?</p>	
	<b>Если у Вас за последние шесть месяцев имеется причина ответить « да» на один или более вопросов пункта 27 - поставьте галочку</b>	

Я заявляю, что полностью понял(а) все вопросы анкеты и ответил(а) на них правдиво, осознавая значимость этой информации для меня и здоровья пациента.

Я подтверждаю, что даю кровь или ее компоненты добровольно, без принуждения и моя кровь или ее компоненты могут быть использованы для медицинских целей.

Я даю согласие на то, что моя кровь будет обследована на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С и другие инфекции. В случае получения положительных результатов тестов на маркеры данных инфекций сведения будут переданы в соответствующие медицинские организации для уточнения диагноза и принятия решения о лечении.

Я понимаю, что лабораторные исследования моей крови проводятся исключительно в целях безопасности пациентов.

Я предупрежден о включении моей персональной информации в базу данных Центра крови.

Я согласен на получение информационных рассылок с целью приглашения для участия в донорстве (да/нет).

Я предупрежден(а), что в случае предоставления недостоверных сведений могу быть привлечен (а) к ответственности в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Я подтверждаю, что полностью понял(а) все перечисленные выше вопросы, которые были разъяснены мне на \_\_\_\_\_ языке врачом \_\_\_\_\_

Подпись донора \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	<p>КҰЖЖ бойынша ұйым коды</p> <p>Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы</p> <p>Денсаулық сақтау министрлігі</p> <p>Министерство здравоохранения</p> <p>Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасы</p> <p>Денсаулық сақтау министрінің м.а.</p> <p>2010 жылғы 23 қарашадағы № 907</p> <p>бұйрығымен бекітілген № 408/е нысанды</p> <p>медициналық құжаттама</p>



Ұйымның атауы  
Наименование организации

Медицинская документация Форма № 408/у  
Утверждена приказом  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
23 ноября 2010 года № 907

**ДОНОРЛАРДЫ ИММУНДАУ ЕМШАРАЛАРЫН ТІРКЕУ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
РЕГИСТРАЦИИ ПРОЦЕДУР ИММУНИЗАЦИИ ДОНОРОВ**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

1. Иммулдауды жүргізуші адам толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Заполняется лицом, проводящим иммунизацию. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.
---	--

№ 408/е-н. 2-беті  
Стр. 2 ф. № 408/у

Р/с № п /п	Иммуңдалушы донор Иммуңизируемый донор		Антигеннің төлқұжаттық деректері Паспортные данные антигена				
	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Фенотип		Атауы Наимено- вание	Серия немесе затбелгі нөмірі (титр) Номер серии или номер этикетки (титр)	Бақылаушының нөмірі немесе антиген - донорының қан тобы мен резус- тиістілігі Номер контролера или группа и резус принадлежность крови донора антигена	Дайындаушының немесе антиген - донорының тегі, аты, әкесінің аты Изготовитель или фамилия, имя, отчество донора-антигена
A B O		Резус- актор	3				
1	2	3	4	5	6	7	8

№ 408/е-н. артқы беті  
разворот ф. № 408/у

Иммуңдау туралы жазба				запись об иммуңизации			

Р/с № курсы циклы № п/п курс цикл	Күні Дата	Антиген енгізу тәсіліі Способ введения антигена	Енгізілген антиген мөлшері Количество введенного антигена	Антиген енгізуге қандай реакция болды Реакция на введение антигена	Донордағы антидене титрі Титр антител у донора	Иммундауға жауапты адамның қолы Подпись ответственного за иммунизацию
9	10	11	12	13	14	15

A4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 409/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 409/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ДОНОРЛАРДЫ ИММУНДАУДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ**

**ВЕДОМОСЫ**

**ВЕДОМОСТЬ**

**УЧЕТА ИММУНИЗАЦИИ ДОНОРОВ**

20\_\_ жылы (год) \_\_\_\_\_ үшін (за)

"БЕКІТЕМІН" "УТВЕРЖДАЮ"

\_\_\_\_\_ ұйым басшысы (руководитель организации)

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_

Р/с № п/ п	Донорлар саны Количество доноров				
	бір айда барлығы всего за месяц	0.i. иммундау курсын бастағандар в т.ч. начавших курс иммунизации	курс біткен соң жіберілгендер по окончании курса направленных на		шеттетілгендер отклонено
			Плазмаферезге Плазмаферез	қан тапсыруға дачу крови	
1	2	3	4	5	6


продолжение таблицы

Антигендік материалдың атауы наименование антигенного материала	Антигендік материалдың шығысы Расход антигенного материала			
	айдың басындағы қалдық остаток на начало месяца	кіріс приход	шығыс расход	айдың соңындағы қалдық остаток на конец месяца
7	8	9	10	11

20\_\_ жыл (год) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Иммундауға жауапты адам

(Лицо, ответственное за иммунизацию) \_\_\_\_\_  
қолы (подпись)

Форма

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

## ДОНОРЛЫҚҚА ҚАТЫСУҒА НИЕТ БІЛДІРГЕН ТҰЛҒАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ

### КҮНДЕЛІГІ

### ДНЕВНИК

### УЧЕТА ЛИЦ, ОБРАТИВШИХСЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ДОНОРСТВЕ

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

<p>1. Донорларды жинақтау бөлімінде халықтың донорлыққа келуі туралы мәліметтердің негізінде және қан, плазма, қан жасушаларын өтеусіз және ақылы донациялау мәліметтердің негізінде күнделікті толтырылады</p> <p>2. Тегін және ақылы донорларға бірге жүргізіледі</p> <p>3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс</p>	<p>1. Заполняется ежедневно в отделении комплектования доноров на основании данных обращаемости населения к донорству и производших донацию крови, плазмы, клеток крови безвозмездно и платно</p> <p>2. Ведется совместно на безвозмездных и платных доноров</p> <p>3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p>
--	--

Қабылдау және жүгінулерді есепке алу Прием и учет обращений Донорлықтан шеттетілгендер Отводы от донации						
Күні Дата	Жүгінулердің барлығы Всего обращений	Қан және оның компоненттерінің донациясына дейінгі кезеңде шеттетілген жүгінулер Отведено обращений на этапе до донации крови и ее компонентов	Бірыңғай ақпараттық донорлық орталықтың деректері бойынша, оның ішінде По данным единого донорского информационного центра в том числе	Донорлықтан мүлдем шеттетету себебінен По причине абсолютных отводов от донорства	Донациялар арасындағы аралықты сақтамайтындықтан По причине несоблюдения минимального интервала между донациями	Аоғашқы зертханалық зерттеудің нәтижелері бойынша По результатам первичного лабораторно обследовани
1	2	3	4	5	6	7

Қабылдау және жүгінулерді есепке алу Прием и учет обращений Донорлықтан шеттетілгендер Отводы от донации			
Дәрігердің қабылдауында, оның ішінде	Соматикалық аурулар бойынша қабылдауда	Инфекциялық аурулар бойынша қауіп-қатер тобына жатқызу себебінен На приеме по	Өздігінен бас тарту себебінен

Врачом на приеме, в том числе	На приеме по соматическим заболеваниям	причине отнесения к группе риска по инфекционным заболеваниям	По причине самоотвода	Өзге себептер По другим причинам
8	9	10	11	12

Донацияға жіберілді Допущено к донации								
Донорлардың санаты Категория доноров								
Донацияға жіберілгеннің барлығы Всего допущены к донации			Алғашқы донорлар Первичные доноры			Қайталап келген донорлар Повторные доноры		
Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қан жасушалары (клеток крови)	Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қан жасушалары (клеток крови)	Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қан жасушалары (клеток крови)
13	14	15	16	17	18	19	20	21

Донацияға жіберілді Допущено к донации										
Донорлардың түрлері (уәждемелері) Вид доноров (по мотивации)										
Өтеусіз донациялар Безвозмездные донации					Төлемақылы донациялар Платные донации					Туыс донац Родств донә
Қан орталығында В центре крови			Көшпелі жағдайда В выездных условиях							
Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қан жасушалары (клеток крови)	Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қан жасушалары (клеток крови)	Иммундық донорлар Имунные доноры	Изоиммундық донорлар Изоиммунные доноры	3
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-1/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
---	---

**Донорлар мен науқастарды типтеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
типирования доноров и больных**

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_\_ жылғы (года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

Р/с № п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рожде- ния	Жынысы Пол	Ұлты Нацио- нальность	Мекен- жайы Адрес	Кім жіберді Кто нап- равил	Диагнозы	Қан тобы Группа крови	Фенотип
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Форма

A5 форматы  
Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**HLA-типтеу нәтижесі**  
**результат HLA-типирования**

МҰ (МО) \_\_\_\_\_

Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_

Реципиенттің немесе донордың ТАӘ (ФИО реципиента или донора) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_

ДНҚ нөмірі (Номер ДНК) \_\_\_\_\_

Зерттеу материалы (Материал для исследования) \_\_\_\_\_

Қанды алу күні (Дата забора крови) \_\_\_\_\_

Қанды қабылдау күні (Дата поступления крови) \_\_\_\_\_

HLA-	Нәтижесі (Результат)	Типтеу әдісі (Метод типирования)
A		
B		
Cw		
DRB1		
DQB1		

Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_

Бөлім меңгерушісінің қолы (Подпись заведующей отделом) \_\_\_\_\_

Талдау жасау күні (Дата постановки анализа) \_\_\_\_\_

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ЖУРНАЛ**  
**регистрации доноров с HLA-антителами**

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
басталды (начат)

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончен)

Р/с № п/п	ТАӘ ФИО	Туған жылы Дата рождения	Ұлты Национальность	Қан тобы, Rh-факторы Группа крови, Rh-фактор	Мекенжайы, телефоны Адрес, телефон	Гемотранс-фузиялық анамнез Гемотранс-фузионный анамнез
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Акушериялық анамнез Акушерский анамнез	Арнайы а/денелер Специф. а/тел	Дайын. ортасы Загот авл. среда	Мөлшері Количество в мл	Алыну күні Дата взятия	Индекс
8	9	10	11	12	13

Форма

A4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 410-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).



**HLA-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау  
нәтижесін тіркеу  
журналы  
Журнал  
регистрации результатов определения HLA-антител серологическим  
и ИФА методами**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	---

Р\с № п\п	ТАӘ ФИО	Туған жылы Дата рождения	Кім жіберді Кто направил	Диагнозы Диагноз
1	2	3	4	5

Қан тобы, Rh-факторы Группа крови, Rh-фактор	Сенсибилизация % сенсибилизации	Антиденелер түрлері Специфичность антител	Ескертпе Примечание	Қолы Подпись
6	7	8	9	10

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**SBT типтеу әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы**  
**Журнал**  
**регистрации приготовления ПЦР-смесей для SBT методики типирования**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	---

Р\с № п\п	Талдау жасаған күні Дата исследования	ДНК үлгісінің нөмірі Номер ДНК	ДНК концентрациясы Концентрация ДНК	Үлгінің штрих коды Штрих код образца	Зерттеу әдісі Методы исследования	Дәрігердің қо. Подпись врач:
1	2	3	4	5	6	7

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы  
**Журнал**  
**регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики**  
**типирования**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	---

Р\с № п\п	Талдау жасау күні Дата исследования	Үлгінің штрих коды Штрих код образца	ДНК үлгісінің нөмірі Номер ДНК	ДНК концентрациясы Концентрация ДНК	Анықталатын локустар Определяемые локусы
1	2	3	4	5	6

Қолданылған праймер фирмасы және сериясы Применяемые фирмы праймера и серия	Пайдаланылған полимеразаның түрі және сериясы Применяемый вид и серия полимеразы	Қоспа дайындаушының қолы Подпись готовившего смесь	Ескертпе Примечание
7	8	9	10

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-7/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**HLA-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	---

ДНК № р/с ДНК п/н	Бөлінген күні Дата выделения	ТАӘ немесе үлгі № ФИО или № образца	Жолдаған МҰ Направляющая МО	Диагнозы Диагноз	ДНК концентрациясы Концентрация ДНК	Қолы Подпись
1	2	3	4	5	6	7

Форма

A4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 410-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу  
ЖУРНАЛЫ**

# ЖУРНАЛ

## регистрации приема и выдачи анализов

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы(года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	--

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	---

Р/с № п/п	Күні Дата	МҰ МО	Донор немесе науқастың ТАӘ ФИО пациента или донора	Қан үлгісін зертеу мақсаты Цель исследования образца крови	Жарамсыздықтың себебі Причина брака
1	2	3	4	5	6

Курьердің қолы Подпись курьера	Қабылдаған адамның қолы Подпись принявшего	Талдау нәтижесін беру күні Дата выдачи результата анализа	Нәтижені қабылдаған адамның қолы Подпись принявшего результат	Талдау нәтижесін берген адамның қолы Подпись выдавшего результаты анализов
7	8	9	10	11

Форма

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5 Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____ Код формы по ОКУД _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____	А5 форматы Формат А5 Нысанның БҚСЖ бойынша код Код форм ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организац Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
---	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-9/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	
Ұйымның атауы Наименование организации	

Лейкоциттік антиденелерді анықтауға жолдама  
Направление на определение лейкоцитарных антител  
Материал түрі (Вид материала):

<input type="checkbox"/> CDC	<input type="checkbox"/> антикоагулянты бар қан (кровь с антикоагулянтом)
<input type="checkbox"/> ИФА	<input type="checkbox"/> антикоагулянты бар қан (кровь с антикоагулянтом)

МҰ (МО) \_\_\_\_\_  
Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_  
Реципиенттің немесе донордың ТАӘ (ФИО реципиента или донора) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Типтеу әдісі (Метод типирования):

<input type="checkbox"/> CDC	<input type="checkbox"/> сенсбилизациялау пайызы/процент сенсбилизации
<input type="checkbox"/> ELISA (ИФА)	<input type="checkbox"/> сенсбилизациялау пайызы процент сенсбилизации <input type="checkbox"/> рекшелігі/специфичность

Ұлты(Национальность) \_\_\_\_\_  
Мекенжайы, тел (Домашний адрес, тел) \_\_\_\_\_  
Диагнозы (Диагноз) \_\_\_\_\_  
Гематранфузиялық анамнез \_\_\_\_\_  
Гемотранфузионный анамнез \_\_\_\_\_  
Акушерлік сыртартқы  
(Акушерский анамнез) \_\_\_\_\_  
ABO мен Rh (ABO и Rh) \_\_\_\_\_  
Емдеуші дәрігердің ТАӘ  
(ФИО лечащего врача) \_\_\_\_\_  
Дәрігердің байланыс тел.

Лейкоциттік антиденелерді анықтау  
Результат определения лейкоцитарі  
МҰ атауы (Наименование МО) \_\_\_\_\_  
Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_  
Реципиенттің немесе донордың ТАӘ  
донора) \_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения) \_\_\_\_\_  
Қан тобы мен  
резус-тиістілігі \_\_\_\_\_  
(Группа крови и резус-фактор)  
Талдау түрі \_\_\_\_\_

(Метод определения)  
Сенсбилизация % (% сенсбилизац  
Антиденелер ерекшелігі \_\_\_\_\_  
(Специфичность антител)  
Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_  
Талдау жасалынған күн  
(Дата постановки анализа) \_\_\_\_\_

(Контактные тел. врача) \_\_\_\_\_  
Қан алынған күн мен уақыты \_\_\_\_\_  
Дата и время забора крови \_\_\_\_\_

Талдауды беру күні  
(Дата выдачи анализа) \_\_\_\_\_

Форма

A4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-10/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 410-10/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**HLA-жүйесі бойынша типтеуге жолдама**

**Направление на типирование по HLA-системе Типтеу әдісі (Метод типирования):**

Типтеу әдісін белгілеңіз: Отметьте метод типирования:	
<input type="checkbox"/> CDC	<input type="checkbox"/> гепаринді қан (гепаринизированная кровь) <input type="checkbox"/> EDTA бар қан (Кровь с EDTA)
<input type="checkbox"/> SSP	<input type="checkbox"/> EDTA бар қан (Кровь с EDTA)
<input type="checkbox"/> SBT	<input type="checkbox"/> EDTA бар қан (Кровь с EDTA)
<input type="checkbox"/> SSO	<input type="checkbox"/> EDTA бар қан (Кровь с EDTA)

МҰ (МО) \_\_\_\_\_

Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_

Реципиент немесе донордың ТАӘ (ФИО реципиента или донора) \_\_\_\_\_

Туған күні

(Дата рождения) \_\_\_\_\_

Ұлты (Национальность) \_\_\_\_\_

Мекенжайы, телефон \_\_\_\_\_  
 (Домашний адрес, телефон)  
 Диагнозы (Диагноз) \_\_\_\_\_  
 Гематрансфузиялық сыртартқы \_\_\_\_\_  
 (Гемотрансфузионный анамнез)  
 Акушерлік сыртартқы \_\_\_\_\_  
 (Акушерский анамнез)  
 Қан тобы мен резус тиістілігі \_\_\_\_\_  
 (Группа крови и резус-фактор)  
 ҚЖТ лейкоциттердің жалпы саны \_\_\_\_\_  
 (Количество лейкоцитов в ОАК)  
 Емдеуші дәрігердің ТАӘ (ФИО лечащего  
 врача) \_\_\_\_\_  
 Байланыс телефонда (Контактные телефоны) \_\_\_\_\_

—  
 Қанды алу күні мен уақыты \_\_\_\_\_  
 (Дата и время забора крови)

Форма

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5		А5 форматы Формат А5		
<table border="1"> <tr> <td>           Нысанның БҚСЖ бойынша            коды _____            Код формы по ОКУД         </td> </tr> <tr> <td>           ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды            _____            Код организации по ОКПО         </td> </tr> </table>			Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____ Код формы по ОКУД	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____ Код формы по ОКУД				
ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО				
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-11/е нысанды медициналық құжаттама	<table border="1"> <tr> <td>           Нысанның БҚСЖ бойынша            коды _____            Код формы по ОКУД         </td> </tr> <tr> <td>           ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды            _____            Код организации по ОКПО         </td> </tr> </table>	Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____ Код формы по ОКУД	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____ Код формы по ОКУД				
ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО				
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-11/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		
«Кросс-матч» үйлесімділігіне жеке сынамаға жолдама Направление на индивидуальную пробу на				



совместимость «Кросс-матч»  
 Материал түрі (Вид материала):

Реципиент	<input type="checkbox"/> антикоагулянт бар қан (кровь с антикоагулянтом)
Донор	<input type="checkbox"/> EDTA бар қан (кровь с EDTA)
	<input type="checkbox"/> литий-гепарині бар қан (кровь с литий-гепарином)

МҰ атауы (Наименование МО) \_\_\_\_\_  
 Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_  
 Реципиент  
 ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
 Қан тобы (Группа крови) \_\_\_\_\_  
 Туған түні \_\_\_\_\_  
 (Дата рождения)  
 Донор  
 ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
 Қан тобы (Группа крови) \_\_\_\_\_  
 Туған түні \_\_\_\_\_  
 (Дата рождения)  
 Талдауға жолдаған дәрігердің қолы \_\_\_\_\_  
 (Подпись направившего врача)  
 Талдауға жолдаған күні \_\_\_\_\_

Ұйымның атауы  
 Наименование  
 организации  
 «Кросс-матч» үйлесімділігіне жек  
 Результат индивидуальной пробы +  
 «Кросс-матч»  
 МҰ атауы (Наименование МО) \_\_\_\_\_  
 Бөлімше (Отделение) \_\_\_\_\_  
 Реципиент  
 ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
 Қан тобы (Группа крови) \_\_\_\_\_  
 Туған түні \_\_\_\_\_  
 (Дата рождения)  
 Донор  
 ТАӘ (ФИО) \_\_\_\_\_  
 Сынама нәтижесі \_\_\_\_\_  
 (Результат пробы)  
 Дәрігердің қолы (Подпись врача) \_\_\_\_\_  
 Талдау күні \_\_\_\_\_

Форма

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5		А5 форматы Формат А5	
Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____ Код формы по ОКУД		Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____ Код формы по ОКУД	
ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Минстерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-12/е нысанды медициналық құжаттама		
	Медицинская документация Форма № 410-12/у утверждена	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау	

Ұйымның атауы Наименование организации	приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907	министрлігі Минстерство здравоохранения Республики Казахстан	
Тромбоциттерді HLA-жүйесі бойынша арнайы іріктеу сынамасына жолдама Направление на специальный подбор тромбоцитов по HLA-системе Материал түрі (Вид материала):		Ұйымның атауы Наименование организации	
Реципиент	<input type="checkbox"/> антикоагулянты бар қан (кровь с антикоагулянтом )	Тромбоциттерді HLA-жүйесі нәти Результат специального подбо МҰ атауы (Наименование МО) _____ Бөлімше (Отделение) _____ Реципиент ТАӘ (ФИО) _____ Қан тобы (Группа крови) _____ Туған түні _____ (Дата рождения) Донор ТАӘ (ФИО) _____ Сынама нәтижесі _____ (Результат пробы) Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Талдау күні _____	
МҰ (МО) _____ Бөлімше (Отделение) _____ Реципиенттің немесе донордың ТАӘ (ФИО реципиента или донора) _____ _____ Туған күні (Дата рождения) _____ Ұлты (Национальность) _____ Мекенжайы, телефон _____ (Домашний адрес, телефон) Диагнозы (Диагноз) _____ Гематрансфузиялық сыртартқы _____ (Гемотрансфузионный анамнез) Акушерлік сыртартқы _____ (Акушерский анамнез) ABO мен Rh (ABO и Rh) _____ ҚЖТ тромбоциттерсаны _____ (Количество тромбоцитов в ОАК) Емдеуші дәрігердің ТАӘ (ФИО лечащего врача) _____ Байланыс телефондар (Контактные телефоны) _____ Қанды алған күні мен уақыты _____ (Дата и время забора крови) _____			

Форма

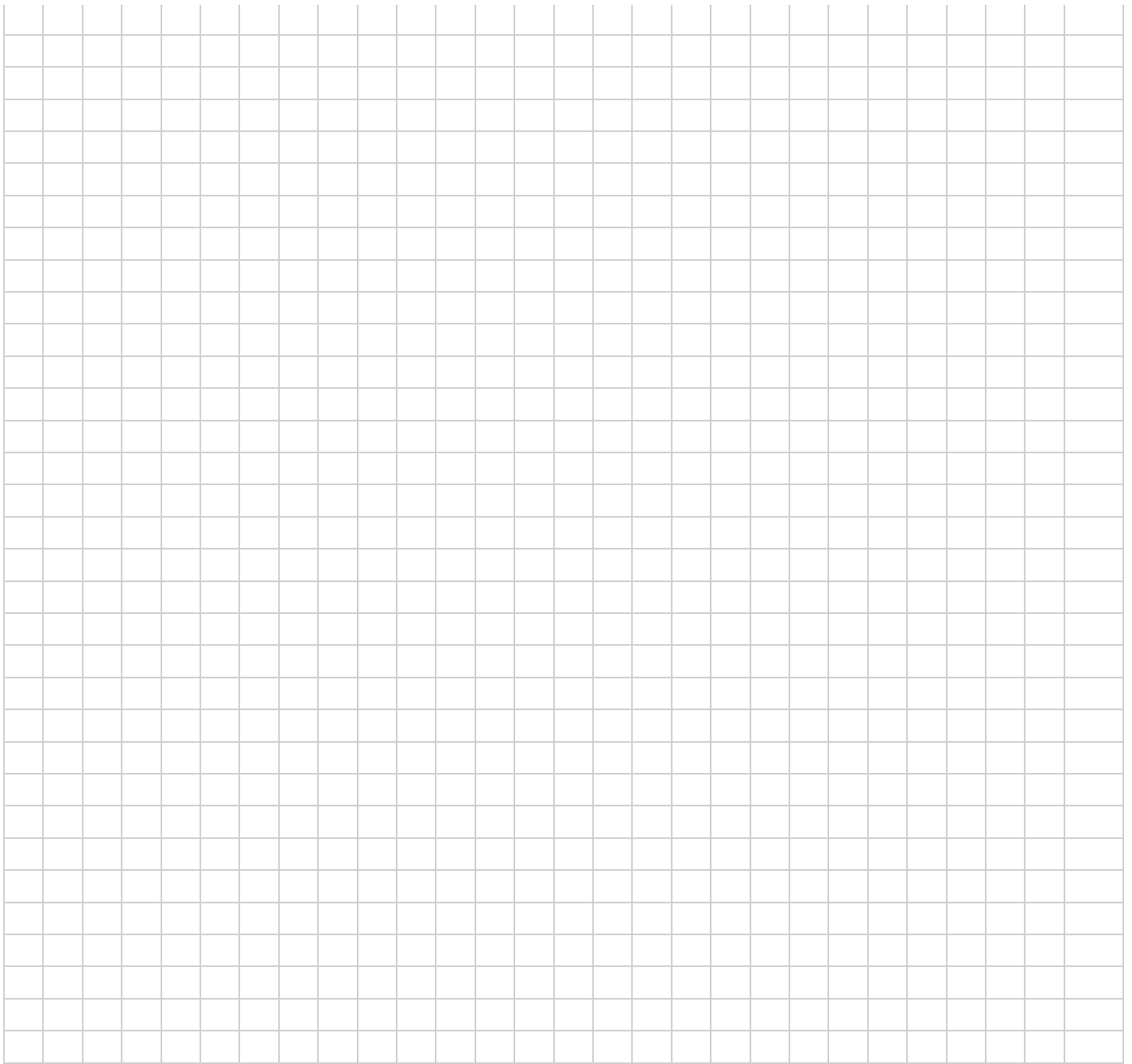
АЗ форматы Формат АЗ		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-13/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 410-13/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907











Форма

А4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-14/е нысанды медициналық құжаттама
		Медицинская документация Форма № 410-14/у утверждена

Ұйымның атауы: Наименование организации:	приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907
---	---

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**«КРОСС-МАТЧ» ҮЙЛЕСІМДІЛІГІНЕ СЫНАМА НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОБЫ НА СОВМЕСТИМОСТЬ «КРОСС-МАТЧ»**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «_____» аяқталды (окончено)
---	--

Мұрағатқа тапсырылған күні 20\_ жылғы «\_\_» \_\_\_\_\_

Рет № п/п	МҰ МО	Реципиенттің ТАӘ ФИО реципиента	Қан тобы Группа крови	Резус факторы Резус фактор	Реципиенттің HLA-фенотипі HLA-фенотип реципиенті
1	2	3	4	5	6

Донордың ТАӘ және коды ФИО и код донора	Донордың қан тобы Группа крови донора	Донордың резус факторы Резус фактор донора	Донордың HLA-фенотипі HLA-фенотип донора	Кросс-матч нәтижесі Результат кросс-матча	Ескертпе Примечание	Қолы Подпись
1	2	3	4	5	6	7

Форма

A4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 411/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 411/у утверждена



Ұйымның атауы Наименование организации	приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907
---	---

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Донор қанын дайындауды есепке алу  
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ  
учета заготовки донорской крови**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

<p>1. Жауапты адам толтырады 2. Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және ақылы доннациялар үшін бөлек есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады 3. Қан дозасы мен одан алынған компоненттердің сәйкестік нөмірі бірыңғай 4. 7 – 12-бағандары бойынша қорытынды шығарылады 5. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс</p>	<p>1. Заполняется ответственным лицом 2. При большом объеме производства допускается ведение отдельных журналов учета для безвозмездных и платных донаций 3. Доза крови и полученные из нее компоненты имеют одинаковый идентификационный номер 4. Итог подводится по графам 7 – 12 5. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p>
---	--

Реттік № Порядковый №	Донация күні Дата донации	Сәйкестік номері (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	AB0 жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе AB0	Rh факторы Rh фактор
1	2	3	4	5	6

Консервант		Дайындалған жаңа алынған қан Заготовленная кровь цельная		
Атауы Наименование	Мөлшері, мл Объем, мл	Консервантсыз, мл Без консерванта, мл	Консервантпен, мл С консервантом, мл	Зертханалық талдауға, мл На лабораторное исследование, мл
7	8	9	10	11

--	--	--	--	--	--	--

Бактериологиялық талдауға, мл Бактериологическое исследование, мл	Өндірістік жарамсыздық (қан контейнерінің ақауы, қан мөлшерінің аздылығы, қан алудың сәтсіздігі) Производственный брак (дефект гемоконтейнера, недостаток объема, неудачность забора крови)	Өнім қайда жіберілді Куда передан продукт	Эксфузияға байланысты реакциялар Реакции, связанные с эксфузией	Медициналық көмек көрсету Оказание медицинской помощи	Бригада құрамы Состав бригады	Ескертпе Примечание
12	13	14	15	16	17	18

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 411-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 411-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерінің қозғалысын есепке алу және жарамсыздыққа шығару**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров крови**

20__ жылғы(года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы(года) «__» _____ аяқталды (окончено)
--	--

<p>1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты адам толтырады</p> <p>2. Қан компоненттерінің дайындау күні 2-бағанда қойылады</p> <p>3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде тиісті бөлімдерге баған қосылады</p> <p>4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс</p>	<p>1. Заполняется лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию компонентов крови</p> <p>2. В графе 2 ставится дата заготовки компонентов крови</p> <p>3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале добавляется графа в соответствующие разделы</p> <p>4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p>
---	---

Р/с № № п/п	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО	Rh-факторы Rh-фактор	ҚДБ алынған қан компоненттерінің мөлшері (мл/доз) Количество компонентов крови, полученных из ОЗК (мл/доз)	
						Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная
1	2	3	4	5	6	7	8

ҚДБ алынған қан компоненттерінің мөлшері (мл/доз) Количество компонентов крови, полученных из ОЗК (мл/доз)						
Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	Лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная лейкофилтрованная	Мұздатылған плазма Плазма замороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановлен - ные из дозы	Ж и Лей т д

					цельной крови	л
9	10	11	12	13	14	

Берілді Передано				Карантиндеуге На карантин		
Құрамында эритроцит бар компоненттері (беру күні) Эритроцитсодержащие компоненты (дата выдачи)	Қандай бөлімшеге В какое отделение	Плазма (беру күні) Плазма (дата выдачи)	Қандай бөлімшеге В какое отделение	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер (беру күні) Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови (дата выдачи)	Қандай бөлімшеге В какое отделение	Жаңа мұздатылған плазма (күні) Плазма свежемороженная (дата )
16	17	18	19	20	21	22

Жоюға На уничтожение				Өңдеуге На переработку		Ескертпе Примечание
Құрамында эритроцит бар компоненттері (күні) Эритроцитсодержащие компоненты	Плазма (күні) Плазма (дата )	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер (күні) Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови (дата )	Акт № № акта	Жаңа мұздатылған плазма (күні) Плазма свежемороженная (дата )	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер (күні) (Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови (дата )	
23	24	25	26	27	28	29

Форма

A4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 412/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 412/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Донор қаны компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді  
есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета производства компонентов донорской крови методом  
плазмацитафереза**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

<p>1. Жауапты адам толтырады</p> <p>2. Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және ақылы доннациялар үшін бөлек есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады</p> <p>3. Мультикомпонентті донациямен алынған компоненттердің сәйкестік нөмірі бірыңғай</p> <p>4. 7 - 27, 32-бағандары бойынша қорытынды шығарылады</p> <p>5. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша баған қолданылуы ықтимал</p> <p>6. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс</p>	<p>1. Заполняется ответственным лицом</p> <p>2. При большом объеме производства допускается ведение отдельных журналов учета для безвозмездных и платных донаций</p> <p>3. При мультикомпонентной донации полученные компоненты имеют одинаковый идентификационный номер</p> <p>4. Итог подводится по графам 7 - 27, 32</p> <p>5. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале допускается применение дополнительной графы</p> <p>6. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p>
--	--

Реттік №	Донация күні Дата донации	Сәйкестік номері (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh факторы Rh фактор
1	2	3	4	5	6

Жаңа алынған қанның консервантпен бірге мөлшері, мл Объем цельной крови с консервантом, мл					Талдауға алынған қан, мл Кровь на анализы, мл	Консервант , мл (CPD, CPD-A, Цитрат Na 4%)	Қосымша ерітінді , мл (SAGM,	Реинфузия мөлшері, мл Объем реинфузии , мл
Дискретті плазмаферез Плазмаферез дискретный		Аппаратты Аппаратный						
1-реттік 1- кратный	2-реттік 2-х кратный	Плазмаферез	Цитаферез	Плазма / Цитаферез				
7	8	9	10	11	12	13	14	15

Алынған қан компонентері (мөлшері / жасушалар саны) Полученные компоненты крови (объем / число клеток)									
Аферездік плазма (дискретті), мл Плазма аферезная (дискретная), мл						Тромбоциттер (л / ф, аферездік) Тромбоциты (л / ф, аферезные)		Эритроциттік (л / ф, аферездік) Эритроцитная (л / ф, аферезная)	
Жаңа мұздатылған замороженная	Жаңа мұздатылған лейкофилтрленген Свежезамороженная лейкофилтрованная	Иммунды Иммунная	Антиденелер титрі Титр антител	Мұздатылған Замороженная	Жасушалар саны, x1011 Число клеток, x1011	Мөлшері , мл Объем, мл	Массасы , мл Масса, мл	Жүзінді , мл Взвесь, мл	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	

Өндірістік жарамсыздық Производственный брак		Трансфузиядан кейінгі реакция Посттрансфузионная реакция	Медициналық көмек көрсету Оказание медицинской помощи	Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передана продукция (название отделения)		Ескертпе Примечание
Мөлшері / Саны Объем / Количество	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака			Бөлімшенің атауы название отделения	Сапа бақылауы Контроль качества	
27	28	29	30	31	32	33

Форма



Р/с № / № п/п	Дайындау күні Дата выбраковки	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика- ционный номер(марка, штрих-код и др.)	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	Rh-факторы Резус фактор	Донордың ТАӘ ФИО донора
1	2	3	4	5	6

ҚДБ алынған компоненттің саны (мл/доз) Количество компонентов, полученных из ОЗК			Салыстырмалы жарамсыздық Относительный брак		
Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная	Антистафилакокк плазмасы Антистафилококковая плазма	Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные	Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная	Аферездік, иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, иммунная	Аферездік тромбоцитте Тромбоциты аферезные
7	8	9	10	11	12

Карантиндеуге берілді Передано на карантинизацию (мл/доз)		Өнімді беру бөлімшесіне берілді Передано в отделение выдачи продукции (мл/доз)		
Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная	Аферездік, иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, иммунная	Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная	Аферездік, иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, иммунная	Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные
16	17	18	19	20

--	--



Өңдеуге жіберілді На переработку (мл/доз)			Жоюға жіберілді На уничтожение (мл/доз)		
Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная	Аферездік, иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, иммунная	Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные	Аферездік. жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная	Аферездік, иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, иммунная	Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные
21	22	23	24	25	26

Форма

A4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 413/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета производства компонентов донорской крови**

20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ басталды (начато)	20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ аяқталды (окончено)
--	--

Жауапты адам толтырады	Заполняется ответственным лицом
------------------------	---------------------------------

<p>Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және ақылы доннациядан алынған компоненттерге бөлек есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады</p> <p>Қан дозасы мен одан алынған компоненттердің сәйкестік нөмірі бірыңғай</p> <p>6 – 20, 22, 25, 26-бағандары бойынша қорытынды шығарылады</p> <p>Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша баған қолданылуы ықтимал</p> <p>Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс</p> <p>* – «ерекше клиникалық көрсетілім» жағдайына нұсқайды</p>	<p>При большом объеме производства допускается ведение отдельных журналов учета для компонентов, полученных от безвозмездных и платных донаций</p> <p>Доза крови и полученные из нее компоненты имеют одинаковый идентификационный номер</p> <p>Итог подводится по графам 6 – 20, 22, 25, 26</p> <p>При производстве компонентов крови, не указанных в журнале</p> <p>допускается применение дополнительной графы</p> <p>Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p> <p>* – указывает на «особые клинические показания»</p>
--	---

Реттік № Порядковый №	Күні Дата	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группы крови по системе ABO	Rh факторы Rh фактор	Консервантпен тұрақтандырылған жаңа алынған қаннан алынған компоненттер (мл/доза) Компоненты, полученные из крови цельной, стабилизированной консервантом (мл/доза)		
					Лейкофилтрленген жаңа алынған қан* Цельная кровь* лейкофилтрованная	Плазма Плазма	
						Жаңа мұздатылған Свежезамороженная	Лейкофилтрленген жаңа мұздатылған Свежезаморожен- ная лейкофилтрос
1	2	3	4	5	6	7	8

	Плазма Плазма	Эритроциттер (эритроциттік масса - болған жағдайда (бұдан әрі - ЭМ), лейкоциттік-тромбоциттік қабат - болған жағдайда (бұдан әрі - ЛТҚ) / лейкоциттік масса - болған жағдайда (бұдан әрі - ЛМ), эритроциттік жүзінді - болған жағдайда (бұдан әрі - ЭЖ) Эритроциты (эритроцитная масса – при наличии (далее – ЭМ), лейкоцитарный слой – при наличии (далее – ЛТС / лейкоцитная масса – при наличии (далее – ЛМ), Эритроцитная взвесь – при наличии (далее – ЭВ)	
Мұздатылған Замороженная	Иммундық жаңа мұздатылған Свежезаморо-	Лейкофилтрленген иммундық жаңа мұздатылған	ЛМ алынған ЭМ ЭМ

	роженная иммунная	Свежезамороженная иммунная лейкофильтрованная		с удаленным ЛМ	ЛТҚ ЛТС
9	10	11	12	13	14

Консервантпен тұрақтандырылған жаңа алынған қаннан алынған компоненттер (мл/доза) Компоненты, полученные из крови цельной, стабилизированной консервантом (мл/доза)					
Эритроциттер (ЭМ, ЛТҚ/ЛМ, ЭЖ) Эритроциты (ЭМ, ЛТС/ЛМ, ЭВ)			Тромбоциттер Тромбоциты		
Лейкофильтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофильтрованная	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	ЛТҚ алынған эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь с удаленным ЛТС	Лейкофильтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофильтрованная	Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан Восстановленные из дозы ЦК	Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан лейкофильтрленген Восстановленные из дозы ЦК лейкофильтрованные
15	16	17	18	19	20

Өндірістік жарамсыздық Производственный брак			Өнім қайда жіберілді Куда передана продукция			Ескертпе Примечание
Қан компонентінің атауы Наименование компонента крови	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака	Бөлімше атауы Название отделения	Бактериологиялық зерттеу Бактериальное исследование	Сапа бақылауы Контроль качества	
21	22	23	24	25	26	27

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-1/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-1/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907
---	---

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Донор қанының жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу  
журналы  
Журнал  
учета производства клеточных компонентов донорской крови**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

1. Жауапты тұлға толтырады 2. 8 – 24 және 26-бағандары бойынша қорытынды шығарылады 3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша баған қолданылуы ықтимал 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс 5. * – «ерекше клиникалық көрсетілім» жағдайына нұсқайды	1. Заполняется ответственным лицом 2. Итог подводится по графам 8 – 24 и 26 3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале 4. допускается применение дополнительной графы 5. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации 6. * – указывает на «особые клинические показания»
---	---

Реттік № Порядковый № Реттік № Порядковый №	Күні Дата	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО	Rh факторы Rh фактор
1	2	3	4	5	6

Қан компоненті қайдан	Қан* және оның жасуша компоненттері өндірілді (мл/доза) Произведено крови* и ее клеточных компонентов (мл/доза)
	Эритроциттер (жаңа алынған қан*) Эритроциты (кровь цельная*)

қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения)	Емшараға дейінгі мөлшері Объем до процедуры	Лейкофилтрленген жаңа алынған қан* Кровь цельная* лейкофилтрованная	Жуылған эритроциттер (лейкофилтрленген) Эритроциты отмытые (лейкофилтрованные)	Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная	Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная	Л Э Э
7	8	9	10	11	12	

Қан\* және оның жасуша компоненттері өндірілді  
Произведено крови\* и ее клеточных компонентов

ЛТҚ ЛТС	Рәсімге дейінгі мөлшері Объем до процедуры	Тромбоциттер Тромбоциты				
		Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан Восстановленные из дозы ЦК	Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан, біріктірілген Восстановленные из дозы ЦК, пулированные			
		Лейкофилтрленген Лейкофилтрованные	Лейкофилтрленген Лейкофилтрованные	Вирустазартылған Вирусинактивированные	Лейкофилтрленген вирустазартылған Лейкофилтрованные вирусинактивированные	
15	16	17	18	19	20	21

Өндірістік жарамсыздық Производственный брак			Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передана продукция (название отделения)	Ескертпе Примечание
Қан компонентінің атауы Наименование компонента крови	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака		
25	26	27	28	29

А4 форматы  
Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 413-2/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Донор плазмасынан криопреципитатты өндіруді есепке алу журналы**  
**Журнал**  
**учета производства криопреципитата из донорской плазмы**

20__ жылғы(года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
1. Жауапты тұлға толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік № Порядковый №	Жаңа мұздатылған плазманың - болған жағдайда (бұдан әрі ЖМП) паспорты (карантинделген) Паспорт плазмы свежемороженой - при наличии (далее - СЗП) (карантинизированной)					Қан компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови	ЖМП-ны еріту күні мен режимі (t <sup>0</sup> С, уақыты) Дата и режим (t <sup>0</sup> С,	ЖМП-ны центрифугал күні мен режимі (айналым, t <sup>0</sup> С, уақыты) Дата и режим (обороты,
	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по	Rh факторы Rh фактор	ЖМП-ң бастапқы мөлшері (мл/доза) Исходный объем СЗП			

		(марка, штрих-код и др.)	системе АВ0		(мл/доза)	(название отделения)	время оттаивания СЗП	t <sup>0</sup> C, время центрифугиров СЗП
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Алынған өнімдер				Өндірістік жарамсызды Производственный бра				
Криопреципитат (карантинделген) (карантинизирован)		Супернатанттық плазма (карантинделген) Плазма супертантная (карантинизированная)						
Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передан продукт (название отделения)	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передан продукт (название отделения)	Бактериологиялық зерттеу Бактериологическое исследование	Сапа бақылауы Контроль качества	Компонент атауы Наименование компонента	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсызды Пр б
10	11	12	13	14	15	16	17	

Форма

А4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 413-3/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алу журналы Журнал учета производства плазмы свежемороженой вирусинактивированной**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

1. Жауапты тұлға толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	--

Реттік № Порядковый №	Бастапқы плазма компонентінің паспорты (плазма, л/ф плазма, біріктірілген плазма, аферезді плазма, иммунды плазма және т.б.) Паспорт исходного плазменного компонента (плазма, плазма л/ф, плазма пулированная, плазма аферезная, плазма иммунная и др.)						
	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	Компонент атауы Наименование компонента	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	Rh факторы Rh фактор	Бастапқы мөлшері, мл Исходный объем, мл
1	2	3	4	5	6	7	8

Қан компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда	ЖМП-ны еріту күні және режимі (t <sup>0</sup> C, уақыт,)	Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазма Мөлшері / Саны, мл/доза Плазма	Өндірістік жарамсыздық Производственный брак		Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы)



принят компонент крови (название отделения)	Дата и режим размораживания СЗП (t <sup>0</sup> C, время)	свезамороженная вирусинактивированная Объем / Количество , мл/доза	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака	Куда передана продукция (название отделения)	Ескертпе Примечание
9	10	11	12	13	14	15

Форма

A4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 413-4/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Мұздатылған эритроциттерді өндіруді есепке алу журналы**  
**Журнал**  
**учета производства эритроцитов замороженных**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
1. Жауапты тұлға толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

<p>Бастапқы эритроциттік компонентінің паспорты (л/ф жаңа алынған қан, л/ф эритроциттік масса, л/ф эритроциттік жүзінді және т.б.)</p> <p>Паспорт исходного эритроцитного компонента (кровь целная л/ф, эритроцитная масса л/ф, эритроцитная взвесь л/ф и др.)</p>
--

Реттік № Порядковый №	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	Компонент атауы Наименование компонента	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	Rh факторы Rh фактор	Бастапқы мөлшері, мл Исходный объем, мл
1	2	3	4	5	6	7	8

Қан компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения)	Алдын ала дайындау режимі (t <sup>0</sup> C, уақыт) Режим предварительной подготовки (t <sup>0</sup> C, время)	I-ші центрифугалау режимі (t <sup>0</sup> C, уақыт, айналым) I-ый режим центрифугирования (t <sup>0</sup> C, время, обороты)	Алынған эритроциттік концентраты I Полученный эритроцитный концентрат I		I I-ші центрифугалау режимі (t <sup>0</sup> C, уақыт, айналым) I I-ой режим центрифугирования (t <sup>0</sup> C, время, обороты)	Криопротектор (атауы, концентрациясы %, қолданған мөлшері мл) Криопротектор (наименование, концентрация %, использованный объем мл)
			Мөлшері, мл Объем, мл	Гематокрит, %		
9	10	11	12	13	14	15

Алынған эритроци концентраты I I Полученный эритроцитный концентрат I I		Мұздатылған эритроциттер Замороженные эритроциты				
Мөлшері, мл Объем, мл	Гематокрит, %	Криопротектор / жалпы көлем % Криопротектор / общий объем %	Мөлшері, мл Объем, мл	Гематокрит %	Өнім коды Код продукта	Мұздату t <sup>0</sup> C t <sup>0</sup> C замораживания
16	17	18	19	20	21	22

Форма

--	--	--	--	--	--	--

A4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-5/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы**  
**Журнал**  
**учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

<p>1. Жауапты тұлға толтырады</p> <p>2. 7 – 23 және 25-бағандары бойынша қорытынды шығарылады</p> <p>3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша баған қолданылуы мүмкін</p> <p>4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс</p> <p>5. * – «ерекше клиникалық көрсетілім» жағдайын көрсетеді</p>	<p>1. Заполняется ответственным лицом</p> <p>2. Итог подводится по графам 8 – 23 и 25</p> <p>3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале допускается применение дополнительной графы</p> <p>4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p> <p>5. * – указывает на «особые клинические показания»</p>
---	--

Реттік № Порядковый № Реттік № Порядковый №	Күні Дата	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия,	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа	Rh факторы Rh фактор	Қан компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент
--	--------------	---	--	---------------------------------------	-------------------------	---

		(марка, штрих-код и др.)	имя, отчество донора	крови по системе АВ0		крови (название отделения)
1	2	3	4	5	6	7

Сәулеленген қан\* және оның жасуша компоненттері өндірілді (мл/доза)  
Произведено облученной крови\* и ее клеточных компонентов (мл/доза)

Емшараға дейінгі мөлшері Объем до процедуры	Эритроциттер (жаңа алынған қан*) Эритроциты (кровь цельная*)				
	Лейкофилтрленген жаңа алынған қан* Кровь цельная* лейкофилтрованная	Жуылған эритроциттер (лейкофилтрленген) Эритроциты отмытые (лейкофилтрованные)	Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная	Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная	ЛТҚ алынған эритроциттік масса Эритроцитная масса с удаленным ЛТС
8	9	10	11	12	13

Сәулеленген қан\* және оның жасуша компоненттері өндірілді (мл/доза)  
Произведено облученной крови\* и ее клеточных компонентов (мл/доза)

Лейкоциттер Лейкоциты		Рәсімге дейінгі мөлшері Объем до процедуры	Тромбоциттер Тромбоциты					
Лейкоциттік масса (ЛТҚ) Лейкоцитная масса (ЛТС)	Аферездік гранулоциттер Гранулоциты аферезные		Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан Восстановленные из дозы ЦК	Лейкофилтрленген Лейкофилтрованные	Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан, жинақталған Восстановленные из дозы ЦК, пулированные	Лейкофилтрленген Лейкофилтрованные	Аферездік Аферезные Лейкофилтрленген Лейкофилтрованные	
15	16	17	18	19	20	21	22	23

Форма

A4 форматы Формат A4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-6/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алу журналы**  
**Журнал**  
**учета производства фибринового клея из дозы донорской**  
**пльзмы**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
1. Жауапты адам толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік № Порядковый №	Жаңа мұздатылған плазманың паспорты (карантинделген) Паспорт плазмы свежемороженой (карантинизированной)					Жаңа мұзда- тылған плазма қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принята плазма свежеза- мороженная ( название отделения)	ЖМП-ны еріту күні мен режимі (t°C, уақыты) Дата и режим (t°C, время) размора- живания СЗП
	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентифика- ционный номер (марка, штрих-код и др.)	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	Rh факторы Rh фактор	ЖМП-ң бастапқы мөлшері (мл/доза) Исходный объем СЗП (мл/доза)		
1	2	3	4	5	6	7	8

Алынған плазманың туындылары (компоненттері) мұздатылған Полученные дериваты (компоненты) плазмы заморожены	

Фибрин желімі (карантинделген) Фибриновый клей (карантинизированный)				Супернатантты плазма (карантинделген) Плазма супернатантная (карантинизированная)			
Криопреципитат: Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Тромбин: Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Мұздату режімі (t <sup>0</sup> C, уақыты) Режим замораживания (t <sup>0</sup> C, время)	Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передан продукт (название отделения)	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Өнім қайда жіберілді Куда передан продукт		
					Бөлімше атауы Название отделения	Бактери- ологиялық зерттеу Бактериоло- гическое исследование	Сапа бақылауы Контроль качества
9	10	11	12	13	14	15	16

Өндірістік жарамсыздық Производственный брак			Ескертпе Примечание
Компонент атауы Наимено- вание компонента	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака	
17	18	19	20

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-7/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процесін тіркеу журналы**  
**Журнал**  
**регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее дериватов**

20____ жылғы (года) « ____ » _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) « ____ » _____ аяқталды (окончено)
1. Жауапты тұлға толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік № Порядковый №	Мұздату күні Дата замораживания	Өнім атауы Наименование продукта	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Өнімнің мөлшері, мл Объем продукта, мл
1	2	3	4	5

Мұздату режімі Режим замораживания			Аппараттың № және атауы № и наименование аппарата	Өнім қайда жіберілді Куда передан продукт	Ескертпе. Техниктің қолы Примечание. Подпись техника
t <sup>0</sup> C	Басталуы, сағат, минута Начало, час, минута	Аяқталуы, сағат, минута Конец, час, минута			
6	7	8	9	10	11

A4 форматы  
Формат A4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____  Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 414/е нысанды медициналық құжаттама
--	--

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 414/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
---	---

**Криоконсервіленген қан компоненттерін өндіру  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
производства криоконсервированных компонентов крови**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Бөлімшенің жауапты тұлғасы толтырады 2. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін дайындаған кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады 3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысыны қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом отделения 2. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы 3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	--

Р-к № № п/п	Сәйкестендіру нөмірі (таң басы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh –факторы Rh –фактор	Қан компоненттерін дайындау күні Дата заготовки компонента крови
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Криоконсервіленген Криоконсервирование				Сақтау орны және контейнердің № № контейнера и место его хранения	Жауапты тұлғаның ТАӘ ФИО ответственного лица	Еріген күні Дата размораживания
Қан компоненттерінің атауы Наименование компонента крови	Мөлшері (мл) Количество(мл)	Криопротектор саны, литр Количество криопротектора в литрах	Мұздату күні Дата замораживания			
7	8	9	10	11	12	13



продолжение таблицы

Шаю рәсімі Процедура отмывания			Өлшейтін ерітінді Взвешивающий раствор		Жасуша жүзіндісінің соңғы көлемі (мл/доз) Конечный объем взвеси клеток (мл/доз)	Жауапты тұлғаның ТАӘ ФИО ответствен- ного лица
Әдісі (қолмен/ аппаратпен) Метод (ручной/ аппаратный)	Шаю ерітінді- сінің атауы Название отмывающего раствора	Шаю ерітіндісінің мөлшері литр Количество отмывающего раствора в литрах	Атауы Название	Саны, литр Количество в литрах		
14	15	16	17	18	19	20

продолжение таблицы

Компоненттер қайда берілді Куда передан компонент			Өндірістік жарамсыздық Производственный брак			Ескертпе Примечание
Қайда (бөлімше, блок атауы) Куда (название отделения, блока)	Уақыты, күні Время, дата	Жөнелтпе № № накладной	Компоненттің атауы Наименование компонента	саны (мл/доз.) Количество (мл/доз)	Себебі причина	
21	22	23	24	25	26	27

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 415/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 415/у утверждена приказом и.о. министра

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Уақытша оқшауланған сақталудағы қан компоненттерін тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации компонентов крови, находящихся на временном  
изолированном хранении**

20____ жылғы(года) «__» _____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) «__» _____ аяқталды (окончено)
1. Қан компоненттерін уақытша сақтау, жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлға толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется лицом, ответственным за временное хранение, выбраковку и паспортизацию компонентов крови 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/ с № № п/ п	Донордың ТАӘ ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентифика- ционный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындау күні Дата заготовки	Тестілеу күні Дата тестирования	Уақытша оқшаулауға салынған күн Дата закладки на временное изолированное	Кешіктірілген компоненттерінің мөлшері, мл. Количество задержанных компонентов мл.	
						Эритроциттік масса Эритроцитная масса,	эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь
1	2	3	4	5	6	7	8

Кешіктірілген компоненттерінің мөлшері, мл. Количество задержанных компонентов в мл.			Кешіктірудің себебі Причина задержки
Карантиндеуден жаңа мұздатылған плазма плазма свежезамороженная из карантинизации,	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	
9	10	11	12

--	--	--	--

Зерттеудің түпкілікті нәтижесі, күні Окончательный результат исследования, дата	Компонент қайда жіберілді (кәдеге жаратуға, препараттарға) Куда передан компонент (на утилизацию, на препараты)	Берілген күні Дата передачи	Есептен шығару актісінің нөмірі Номер акта списания	Есептен шығару күні Дата списания
13	14	15	16	17

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 416/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 416/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ЕРІТІНДІЛЕР БӨЛМЕСІНІҢ ЖҰМЫСЫН ЕСЕПKE АЛУ**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**УЧЕТА РАБОТЫ РАСТВОРНОЙ**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Ерітінділерді дайындау барысында фармацевт толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының мөрімен және қолымен бекітілуі тиіс.	1. Заполняется фармацевтом по мере изготовления растворов 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.
---	--

Күні Дата	Ерітіндінің атауы Наименование раствора	Ерітінді құрамы Состав раствора	Бастапқы реактивтердің төлқұжат деректері (сериясы, талдау №, шығарған зауыт және т.б.) Паспортные данные исходных реактивов (серия, № анализа, завод-изготовитель и т.д.)	Ерітінді сериясының № № серии раствора
--------------	--	------------------------------------	---	---





1	2	3	4	5	6	7	8	9

Өнім берілген өнімнің саны Количество заявленной продукции	Жіберілген өнімнің көлемі Количество отпущенной продукции	Жіберілген уақыты Время отправления	Орындаушының тегі, қолы Фамилия исполнителя, роспись	Ескертпе Примечание
10	11	12	13	14

Форма

A4 форматы Формат А4		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 418/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 418/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қанды және оның компоненттерін жарамсыздығы бойынша есептен шығаруды тіркеу

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**регистрации списания крови и ее компонентов по браку**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығаруға, паспорттауға жауапты адам толтырады 2.6-29-бағандар бойынша қорытынды күнде шығарылады 3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіргенде тиісті бөлімшелерге баған қосылады	1. Заполняется ответственным лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию компонентов крови 2. Ежедневно подводится итог по графам 6-29 3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале, добавляется
---	--

4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының мөрімен және қолымен бекітілуі тиіс

графа в соответствующие разделы  
4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Донордың Т.А.Ә. ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика- ционный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындау күні Дата заготовки	Тестілеу күні Дата тестирования
1	2	3	4	5

Себептер бойынша есептен шығару саны (мл/доз) Количество списания (мл/доз) по причине						
АИТВ 1,2 ВИЧ 1,2				HBsAg		
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороже
6	7	8	9	10	11	12

Себептер бойынша есептен шығарудың саны (мл/доз.) Количество списания (мл/доз) по причине					
Lues					
Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные

	дозы цельной крови				из дозы цельной крови
16	17	18	19	20	21

Себептер бойынша есептен шығарудың саны (мл/доз.) Количество списания (мл/доз) по причине					
ПТР ПЦР				Басқа себептер Другие причины	
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстанов- ленные из дозы цельной крови	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь
22	23	24	25	26	27

Себептер бойынша есептен шығарудың саны (мл/доз.) Количество списания (мл/доз) по причине				Компонент қайда жіберілді Куда направлен компонент	Жауапты адамның қолы Подпись ответствен- ного лица
Басқа себептер Другие причины					
Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	Есептен шығару актісінің нөмірі Номер акта списания	Есептен шығару күні Дата списания		
28	29	30	31	32	33



Форма

A4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 418-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 418-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Қан компоненттерін саластырмалы жарамсыздығы бойынша тіркеу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**регистрации компонентов крови по относительному браку**

20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ басталды (начато)	20 ____ жылғы (года) « ____ » _____ аяқталды (окончено)
<p>1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығаруға, паспорттауға жауапты адам толтырады</p> <p>2. 6-29-бағандар бойынша күнде қорытынды шығарылады</p> <p>3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіргенде тиісті бөлімшелерге баған қосылады.</p> <p>4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының мөрімен және қолымен бекітілуі тиіс</p>	<p>1. Заполняется ответственным лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию компонентов крови</p> <p>2. Ежедневно подводится итог по графам 6-29</p> <p>3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы</p> <p>4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p>

Р/с № № п/п	Донордың Т.А.Ә. ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и другие)	Дайындау күні Дата заготовки	Тестілеу күні Дата тестирования
1	2	3	4	5

--

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза)  
Причина относительного брака, объем (мл/доза)

Аз дозасы Неполная доза		Хилез			
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Плазма Свежезамороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
6	7	8	9	10	11

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза)  
Причина относительного брака, объем (мл/доза)

Оң нәтижелі «К» антигені  
Антиген «К» положительный

Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
12	13	14

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза)  
Причина относительного брака, объем (мл/доза)

АЛТ

Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
15	16	17	18

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза)

Причина относительного брака, объем (мл/доза)

ABO және резус жүйесі бойынша сәйкес келмеушілік

Несовпадение по системе ABO и резус

Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
19	20	21	22

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза)

Причина относительного брака, объем (мл/доза)

Антиэритроциттік антиденелердің бар болуы

Наличие антиэритроцитарных антител

Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
23	24	25	26

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза)

Причина относительного брака, объем (мл/доза)

Техникалық жарамсыздық

Технический брак

Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
27	28	29	30

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза)

Причина относительного брака, объем (мл/доза)

--	--

Өзге себептер Другие причины				Ескертпе Примечание
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	
31	32	33	34	35

Формат АЗ

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 419/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 419/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Карантиндеудегі \_\_\_\_\_ плазманы тіркеу  
плазманың түрі  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ

Регистрации \_\_\_\_\_ плазмы находящейся на  
карантинизации вид плазмы

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
басталды (начато) аяқталды (окончено)

Тоңазытқыш пен сөренің № № холодильника и полки	Карантиндеуге қойылған күні Дата закладки на карантинизацию	Донор таң басының нөмірі Номер марки донора	Донордың ТАӘ (толық) ФИО донора (полностью)	Қан тобы Группа крови	Резус - тиістілігі Резус - принадлежность	Плазма мөлшері Количество плазмы (л)
1	2	3	4	5	6	7



Күні Дата	Қан тобы Группа крови	Қалдық (л), (күні, айы, жылы) Остаток (л) (день, месяц, год)	Кіріс (л) Приход (л)	Барлығы (л) Всего (л)	Шығыс (л) Расход (л)	Қалдық (л) Остаток (л)
	О (I)					
	А (II)					
	В (III)					
	АВ (IV)					
	Барлығы ( Всего)					

Ескертпе (Примечание): 1. Журнал плазманың әр түріне жеке жүргізіледі  
(Журнал ведется отдельно на каждый вид плазмы)

А5 форматы  
Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 421/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 421/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ТРАНСФУЗИЯЛЫҚ ЗАТТАРҒА АҚЫЛЫ НЕМЕСЕ ТЕГІН НЕГІЗДЕГІ  
ӨТІНІМ  
ЗАЯВКА  
НА ТРАНСФУЗИОННЫЕ СРЕДЫ НА ПЛАТНОЙ ИЛИ БЕСПЛАТНОЙ ОСНОВЕ**

Тапсырыс берілген күн (Дата заказа) 20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_

Р/с № п/п	Трансфузиялық заттың атауы Наименование трансфузионной среды	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО	Резус- тиістілігі Резус- принадлежность	Өлшем бірлігі Единица измерения	Мөлшері Количество	Орындалу мерзімі Срок исполнения
1	2	3	4	5	6	7



(Заказ сделал қолы  
(на платной основе за подписью главного  
врача или его заместителя))

Тапсырысты қабылдап алған (Заказ принял)

\_\_\_\_\_   
қолы (подпись)

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке**

**алу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**учета выдачи крови и клеточных компонентов - эритроцитов**

20____ жылғы(года) «__» _____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) «__» _____ аяқталды (окончено)
--	--

1. Жауапты адам толтырады 2. Әр баған бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады 3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады. 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен	1. Заполняется ответственным лицом 2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации 3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы 4. Страницы должны быть пронумерованы,
---	--



және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс  
5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін

прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации  
5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

P/c №№ п/п	Күні Дата	Жөнелтре құжаттың № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе AB0	Rh-факторы Rh-фактор	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындау күні Дата заготовки
1	2	3	4	5	6	7	8

Лейкофилтрленген жаңа алынған қан Кровь цельная лейкофилтрованная	Ауыстырып құюға арналған, лейкофилтрленген жаңа алынған қан Кровь цельная лейкофилтрованная, для обменного переливания	Эритроциттік масса Эритроцитная масса,	Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная	Эритроциттік жүзіндіс Эритроцитная взвесь	Лейкофилтрленг эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофилтрован
9	10	11	12	13	14

Дейкофилтрленген, жуылған эритроциттер Эритроциты отмытые лейкофилтрованные	Лейкофилтрленген, сәулеленген, жуылған эритроциттер Эритроциты отмытые лейкофилтрованные, облученные	Лейкофилтрленген, сәулеленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная, облученные	Жуылған эритроциттер Эритроциты отмытые	Сәулеленген, жуылған эритроциттер Эритроциты отмытые, облученные	Аферездік эритроциттер Эритроциты аферезные	ле lei
16	17	18	19	20	21	

--	--	--	--	--	--

Аферездік, лейкофилтрленген, сәулеленген эритроциттер Эритроциты аферезные лейкофилтрованные, облученные	Қалыптасқан, ерітілген эритроциттер Эритроциты размороженные, восстановленные	Нәрестелер мен сәбилерге ЛТҚ алынған эритроциттік масса (аз көлемі) Эритроцитная масса с удаленным ЛТС для переливания новорожденным и младенцам (малые объемы)	Нәрестелер мен сәбилерге ЛТҚ алынған, сәулеленген эритроциттік масса (аз көлемі) Эритроцитная масса с удаленным ЛТС для переливания новорожденным и младенцам (малые объемы), облученные	Нәрестелер мен сәбилерге ЛТҚ алынған, лейкофилтр- ленген эритроциттік масса (аз көлемі) Эритроцитная масса лейкофилтро- ванная для переливания новорожденным и младенцам (малые объемы)
23	24	25	26	27

А4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
списания компонентов крови в отделении выдачи продукции**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

1. Дайын өнімді беру бөлімшесінің жауапты тұлғасы толтырады	1. Заполняется ответственным лицом отделения выдачи готовой продукции 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы,
--	--

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р-с № п/п	Есептен шығару күні Дата списания	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Қан компонентінің атауы Наименование компонента крови	Компонент мөлшері л/доза Объем компонента в л/дозах
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Дайындау күні Дата заготовки	Жарамдылық мерзімі Годен до	Есептен шығару себебі Причина списания	Есептен шығару актінің № акта списания	Компонент қайда жіберілді Куда направлен компонент	Жауапты тұлғаның ТАӘ, қолы ФИО ответственного лица, подпись
6	7	8	9	10	11

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-2/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу  
ЖУРНАЛЫ

# ЖУРНАЛ

## учета выдачи плазмы и криопреципитата

20____ жылғы (года) «__»_____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) «__»_____ аяқталды (окончено )
--	---

<p>1. Жауапты адам толтырады</p> <p>2. Әр баған бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады</p> <p>3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады.</p> <p>4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс</p> <p>5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін</p>	<p>1. Заполняется ответственным лицом</p> <p>2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации</p> <p>3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы</p> <p>4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p> <p>5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях</p>
---	--

Р/с № п/п	Күні Дата	Жөнелтпе құжаттың № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	Rh – факторы Rh – фактор	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындау күні Дата заготовки
1	2	3	4	5	6	7	8

Компоненттің атауы (саны, мл/дозы) Наименование компонента (количество мл/дозы.) ПЛАЗМА					
Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная	Карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная карантинизированная	Лейкофилтрленген, карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная лейкофилтрованная, карантинизированная	Лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная лейкофилтрованная	Вирустарлы жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная вирусинактивированная	Аферездік жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная
9	10	11	12	13	14

--	--	--	--	--	--

Компоненттің атауы (саны, мл/дозы) Наименование компонента (количество мл/дозы.) ПЛАЗМА				
Аферездік, карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная, карантинизированная	Аферездік, лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная лейкофилтрованная	Плазма свежемороженная аферезная вирусинактивированная	Иммундық жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная иммунная	Иммундық, лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная иммунная лейкофилтрованная
15	16	17	18	19

Компоненттің атауы (саны, мл/дозы) Наименование компонента (количество мл/дозы.) ПЛАЗМА				
Иммундық, карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная иммунная, карантинизированная	Карантинделген, супернатантты плазма Плазма супернатантная карантинизированная	Супернатанттық плазма Плазма супернатантная	Криопреципитат	Карантинделген криопреципитат Криопреципитат карантинизированный
20	21	22	23	24

Форма

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-3/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-3/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907
---	---

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

### Жасушалық қан компоненттерін – тромбоциттерді, лейкоциттерді

беруді есепке алу

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

учета выдачи клеточных компонентов крови – тромбоцитов,  
лейкоцитов

20____ жылғы (года) «__»_____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) «__»_____ аяқталды (окончено)
--	--

<p>1. Жауапты адам толтырады</p> <p>2. Әр баған бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады</p> <p>3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады.</p> <p>4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс</p> <p>5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін</p>	<p>1. Заполняется ответственным лицом</p> <p>2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации</p> <p>3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы</p> <p>4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p> <p>5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.</p>
---	---

Р/с №№ п/п	Күні Дата	Жөнелтпе құжаттың № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе AB0	Rh-факторы Rh-фактор	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайы күі Да загот
1	2	3	4	5	6	7	8

Компонеттің атауы (саны, мл/доз) ТРОМБОЦИТТЕР			
Наименование компонента (количество мл/доз) ТРОМБОЦИТЫ			
		Жаңа алынған қанның дозасынан	

Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельноц крови	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельноц крови лейкофилтрованные	қалыптасқан, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельноц крови вирусинакти-вированные	Қалыптасқан, біріктірілген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные	Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованные
9	10	11	12	13

Компонеттің атауы (саны, мл/доз) ТРОМБОЦИТТЕР Наименование компонента (количество мл/доз) ТРОМБОЦИТЫ				
Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофилтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованные , вирусинакти-вированные	Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные	Аферездік, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофилтрованные	Афуруздік, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты аферезные вирусинакти-вированные	Аферездік, лейкофилтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофилтрованные , вирусинакти-вированные
14	15	16	17	18

Компонеттің атауы (саны, мл/доз) ТРОМБОЦИТТЕР Наименование компонента (количество мл/доз) ТРОМБОЦИТЫ						
Аферездік, лейкофилтрленген, сәулеленген тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофилтрованные, облученные			Лейкоциттік масса Лейкоцитная масса	Сәулеленген лейкоциттік масса Лейкоцитная масса облученные		
19	20	21	22	23	24	25

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-4/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

### Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу

#### ЖУРНАЛЫ

#### ЖУРНАЛ

#### учета выдачи стандартных диагностикумов

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы(года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	--

<p>1. Жауапты адам толтырады</p> <p>2. Әр баған бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады</p> <p>3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады</p> <p>4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс</p> <p>5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін</p>	<p>1. Заполняется ответственным лицом</p> <p>2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации</p> <p>3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы</p> <p>4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p> <p>5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.</p>
--	---

Өнімнің атауы СТАНДАРТТЫ ДИАГНОСТИКУМДАР Наименование продукта СТАНДАРТНЫЕ ДИАГНОСТИКУМЫ			
			Цоликлондар Цоликлоны (мл)



Р / с № п / п	Күні Дата	Жөнелтпе құжаттың № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации	Изогемаглютинеуіш сарысу (мл) Изогемагглютинирующая сыворотка (мл)	Әмбебаб реагент (мл) Универсальный реагент (мл)	Анти А	Анти В	Анти АВ
---------------	--------------	--	---	--	--	-----------	-----------	------------

										супер резус
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Өнімнің атауы СТАНДАРТТЫ ДИАГНОСТИКУМДАР Наименование продукта СТАНДАРТНЫЕ ДИАГНОСТИКУМЫ			Жинақ нөмірі Номер комплекта	Серия № серии	Өндіруші Изготовитель
Желатин 10% (флакон)	Полиглюкин 33%	Стандартты эритроциттер Стандартные эритроциты			
11	12	13	14	15	16

Форма

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-5/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қан препараттардын босатуды есепке алу  
**ЖУРНАЛЫ**  
**ЖУРНАЛ**  
учета выдачи препаратов крови

20__ жылғы(года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы(года) «__» _____ аяқталды (окончено)
--	--

1. Жауапты адам толтырады
2. Әр баған бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады
3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады
4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін

1. Заполняется ответственным лицом
2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации
3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы
4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

Р/с № п/п	Күні Дата	Жөнелтпе құжаттың № № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации	Серия № № серии	Өндіруші изготовитель	Альбумин ерітіндісі (саны, мл) Раствор Альбумина (количество, мл)		
						5%	10%	20%
1	2	3	4	5	6	7	8	

Ампулалар (дана) Ампулы (штук)			
Қанның басқа препараттары Иные препараты крови	Имуноглобулин антирезус	Адам иммуноглобулин қалыпты Имуноглобулин человека нормальный	Стафилококкқа қарсы имуноглобулин Антистафиллоэ кокковый имуноглобулин
9	10	11	12

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 423/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 423/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907
---	---

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және қаналмастырғылардың өнімді беру бөлімшесі бойынша қозғалысын есепке алу ведомосы Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции**

20 \_\_\_\_ жылғы (год)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ үшін (за)

1. Жауапты адам толтырады 2. Ведомоста көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады 3. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін	1. Заполняется ответственным лицом 2. При производстве продуктов крови, не указанных в ведомости, добавляется графа в соответствующие разделы 3. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.
---	--

Р/с № п /п	Ортаның атауы Наименование сред	Өлшем бірлігі Единица измерения	Күн басындағы қалдық Остаток на начало дня	Кіріс Приход		
				Алынғанның барлығы Всего получено	Оның ішінде В том числе	
					ҚО бөлімдерінен (ҚҚБ) Из отделов ЦК (ОПК)	Басқа ұйымдардан Из других организаций
1	2	3	4	5	6	7
1	Жаңа алынған лейкофилтрленген қан Кровь цельная лейкофилтрованная	мл/доз				
2	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	мл/доз				
3	Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная	мл/доз				
	Эритроциттік жүзінді					

4	Эритроцитная взвесь	мл/доз				
5	Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная	мл/доз				
6	Жуылған эритроциттер Отмытые эритроциты	мл/доз				
7	Жуылған, лейкофилтрленген эритроциттер Отмытые эритроциты лейкофилтрованные	мл/доз				
8	Лейкоциттік масса Лейкоцитная масса	мл/доз				
9	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	мл/доз				
10	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан , лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови лейкофилтрованные	мл/доз				
11	Аферездік, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофилтрованные	мл/доз				
12	Аферездік, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты аферезные вирусинактивированные	мл/доз				
13	Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованные	мл/доз				
	Қалыптасқан, біріктірілген, вирустазартылған тромбоциттер					

14	Тромбоциты, восстановленные, пулированные, вирусинактивированные	мл/доз				
15	Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофилтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованные вирусинактивированные	мл/доз				
16	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	мл/доз				
17	Плазма свежезамороженная карантинизированная	мл/доз				
18	Лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная лейкофилтрованная	мл/доз				
19	Карантинделген, лейкофилтрленген плазма Плазма карантинизированная лейкофилтрованная	мл/доз				
20	Иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная иммунная	мл/доз				
21	Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная	мл/доз				
22	Аферездік, карантинделген, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, карантинизированная	мл/доз				

23	Аферездік, лейкофилтрленген, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, лейкофилтрованная	мл/доз				
24	Аферездік, вирустазартылған, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, вирусиактивированная	мл/доз				
25	Криопреципитат	доз				
26	Карантинделген криопреципитат Криопреципитат карантинизированные	доз				
27	5 % Аальбумин	мл/доз				
28	10 % альбумин	мл/доз				
29	20 % альбумин	мл/доз				
30	Адамның қалыпты иммуноглобулинi Иммуноглобулин человека нормальный	мл/доз				
31	Антистафилакокк иммуноглобулинi Антистафилококковый иммуноглобулин	мл/доз				
32	Антирезус иммуноглобулинi Иммуноглобулин антирезус	мл/доз				
33	Қан тобын анықтауға ( АВО) арналған стандартты сарысу ( гемосарысулар) Стандартная сыворотка для определения группы крови (АВО) ( гемосыворотки)	мл				
	Резус-факторды анықтауға арналған стандартты сарысу ( эмбебап реагент)					







		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 424/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 424/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	

**Карантиндегі плазманы жою**

**АКТИСІ**

№

**АКТ**

**уничтожения плазмы находящейся на карантинизации**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_

Бөлімше меңгерушісінің ТАӘ, бухгалтердің ТАӘ, плазманы карантинде ұстауға жауапты адамның ТАӘ, жарамсыз плазманы іріктеп алуға жауапты адамның ТАӘ қатысуларымен плазманың келесі үлгілері іріктеп алынды (В присутствии зав. отделением ФИО, бухгалтера ФИО, ответственного за карантинизацию плазмы ФИО, ответственного за выборку брака ФИО, произведено изъятие следующих образцов плазмы):

Р/с № п /п	Донордың ТАӘ ФИО донора	Плазма дайын- далған күн Дата заготовки плазмы	Донор таң басының № марки донора	ЖМП мөлшері (л.) Кол-во СЗП (л.)	Контейнерлер саны Кол-во контейнеров	Алыну себебі Причина изъятия	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Жойылуға берілген барлық плазманың мөлшері  
(Всего передано для уничтожения) \_\_\_\_\_ литр (литров плазмы)

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением): \_\_\_\_\_ ТАӘ (ФИО)

Форма

А4 форматы

Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 425/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

### Донорлардың зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу

#### журналы

Журнал регистрации образцов крови доноров, поступивших для  
лабораторных исследований

20____ жылғы (года) «__»_____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) «__»_____ аяқталды (окончено)
1. Журналды қанды тестілеу зертханасында және трансфузиялық инфекциясы зертханасында тіркеуші толтырады 2. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін	1. Журнал заполняется регистратором в лаборатории тестирования крови и в лаборатории трансфузионных инфекций 2. Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

Материалдың келіп түскен күні Дата поступления образцов	____ бастап ____ дейінгі зертханалық нөмір Лабораторный номер с _____ по _____	КОДЫ КОД	Код бойынша үлгілердің саны Количество образцов по кодам	Үлгілер жеткізілген бөлімшелер Отделение, откуда доставлены образцы	Ескертпе Примечание
1	2	4	3	4	5

A4 форматы  
Формат А4

	<p>КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-1/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>	<p>Медицинская документация Форма № 425-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907</p>

**Донорлардың бастапқы зертханалық тексерулерін тіркеу журналы**  
**Журнал регистрации первичного лабораторного**  
**обследования доноров**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато) аяқталды (окончено)

<p>1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс</p>	<p>1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p>
--	---

Р-с № П-п	Зерттеу күні Дата исследования	ТАӘ ФИО	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Резус-факторы Резус-фактор	Келл - антиген	Гемоглобин г/л	Жауапты тұлғаның қолы Подпись ответственного лица	Ескертпе Примечание
6	7	8	9	10

A4 форматы  
Формат А4

--	--



8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	----	----	----	----	----	----	----

Нысанның артқы беті Разворот формы

Hb г/л	Эритроциттер x 10 <sup>12</sup> /л Эритроциты x 10 <sup>12</sup> /л	Түсі, көрсеткіші Цвет, показатель	Ретикулоциттер % Ретикулоциты %	Тромбоциттер x 10 <sup>9</sup> /л Тромбоциты x 10 <sup>9</sup> /л	Лейкоциттер x 10 <sup>9</sup> /л Лейкоциты x 10 <sup>9</sup> /л	Лейкоформула	
						Миелоцит %	Таяқша ядролар Палочко-ядер %
17	18	19	20	21	22	23	24

продолжение таблицы

Лейкоформула						Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица
Сегмент ядролық Сегментоядер %	Эозинофилдер Эозинофилы %	Базофилдер Базофилы %	Лимфоциттер Лимфоциты %	Моноциттер Моноциты %	СОЭ мл/сағ СОЭ мл/час	
26	27	28	29	30	31	32

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-3/у Утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**МҰ түскен қанның иммуногематологиялық зерттеуінің нәтижелерін  
тіркеу  
журналы  
Журнал  
регистрации результатов иммуногематологических исследований  
крови, поступившей из МО**

20____ жылғы(года) «__» _____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) «__» _____ аяқталды (окончено)
--	--

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
--	---

Р/с № п/п	Түскен күні Дата поступления	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Жасы Возраст	МҰ атауы Наименование МО	Диагнозы Диагноз	Түскен кездегі қан тобы Группа крови при поступлении
1	2	3	4	5	6	7

Түскен кездегі қан тобы Группа крови при поступлении	Резус тиістілігі Резус принадлежность при поступлении	Талдаулардың атауы мен нәтижесі Наименование анализа и результат					Ескертпе Примечание
		Қан тобы Группа крови	Резус тиістілігі Резус принадлежность (фенотип)	Антидененің болуы (титрі) Наличие антител (титр)	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного		
7	8	9	10	11	12	13	

Форма

А4 форматы  
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____  Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
--	---





9	10	11	12	13	14	15	16	17
---	----	----	----	----	----	----	----	----

Форма

А4 форматы  
Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 425-5/у утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін  
тіркеу  
журналы Журнал  
регистрации результатов иммуногематологических  
исследований донорской крови**

20__ жылғы(года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы(года) «__» _____ аяқталды (окончено)
--	--

1. Журналды тегін және ақылы донорларға бөлек зертхананың жауапты адамы толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом в лаборатории отдельно на безвозмездных и платных доноров 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
--	---

	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа)	ABO жүйесі бойынша қан тобы	Резус жүйесі бойынша антигендер фенотипі
--	---	-----------------------------	--

Р/с № п/п	Донордың ТАӘ ФИО донора	Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Группа крови по системе АВ0	Фенотип антигенов по системе резус					
				D	d	C	c	E	e
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Эритроциттердің басқа антигендері Другие антигены эритроцитов	Антиденелердің болуы Наличие антител (титр)	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица	Ескертпе Примечание
Kell			
	Rh-Hr		
11	12	13	14

Форма

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Жеке және арнайы іріктелген донор қанын тіркеу журналы Журнал регистрации индивидуального и специального подбора донорской крови**

--	--

20\_\_ жылғы (года)

«\_\_» \_\_\_\_\_ басталды (начато)

20\_\_ жылғы (года)

«\_\_» \_\_\_\_\_ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады  
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

1. Заполняется ответственным лицом лаборатории  
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

P/c № п/п	Күні Дата	Реципиент				
		ТАӘ ФИО	Диагнозы	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	Резус жүйесі бойынша фенотипі Фенотип системы резус	Басқа антигендері Другие антигены
1	2	3	4	5	6	7

Донор			
ТАӘ ФИО	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	Резус жүйесі бойынша фенотипі Фенотип системы резус	Басқа антигендері Другие антигены
8	9	10	11

Реципиент қанын аллоиммундық эритроцитке қарсы антиденелердің бар-жоқтығына зерттеу Исследование крови реципиента на наличие аллоиммунных антиэритроцитарных антител					
ABO жүйесінің антиденелері Антитела системы ABO		Резус жүйесінің антиденелері Антитела системы резус		C <sub>3</sub> комплементінің компоненті Компонент комплемента C <sub>3</sub>	
әдістері методы		әдістері методы		әдістері методы	
Жазықтықта 10% унитиол қолдану Использование 10% унитиола на плоскости	Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный	НАГТ немесе 10% желатинді қолдану НАГТ или использование 10% желатины	Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный	НАГТ	Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный

	метод колонной или гелевой агглютинации		метод колонной или гелевой агглютинации		метод колонной или гелевой агглютинации
12	13	14	15	16	17

Реципиент пен донор қанының сәйкестігін тексеру Проба на совместимость крови реципиента и донора						
Резус жүйесінің сәйкестігі Совместимость по системе резус		ABO жүйесінің сәйкестігі Совместимость по системе ABO.				
әдістері методы		әдістері методы				
НАГТ немесе 10% желатинді қолдану НАГТ или использование 10% желатины	Автоматтан- дырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автомати- зированный метод колонной или гелевой агглютинации	Тұзды ортада В солевой среде	Автоматтан ырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автомати- зированный метод колонной или гелевой агглюти- нации	Қорытынды Заключение	Трансфузиялық орта аты Наименование трансфузионной среды	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица
18	19	20	21	22	23	24

A4 форматы  
Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-7/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 425-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

**ЖЕКЕ ІРІКТЕЛГЕН ҚАН НӘТИЖЕСІ  
РЕЗУЛЬТАТ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДБОРА КРОВИ**

Жеке іріктеу №  
Индивидуальный подбор

№ \_\_\_\_\_

Науқастың ТАӘ (ФИО больного) \_\_\_\_\_

Қан тобы, резус-факторы (Группа крови, резус-фактор) \_\_\_\_\_

Бұрынғы антиденелер (олардың өзіндік ерекшеліктері) Наличие ранее  
обнаруженных антител (их специфичность) \_\_\_\_\_

Донорлардың эритроциттермен үйлесімі

Совместимость эритроцитами доноров:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Іріктеу келесі әдіспен жүргізілді (Подбор донорской крови проведен  
методами):

Рутинді әдістермен (Рутинными методами):

1. АВО жүйесі бойынша үйлесімге сынау (Проба на совместимость по  
системе АВ0)
2. Резус жүйесі бойынша қанды 10 % желатин ерітіндісін қолданып сынау  
(Проба на совместимость по системе резус с применением 10 % раствора  
желатина)
3. Суық ортада (тұзды ортада) В холодовой пробе (в солевой среде)
4. Тура емес антиглобулиндік тестіде (Кумбстың тура емес реакциясы) В  
непрямом антиглобулиновом тесте (непрямая реакция Кумбса)

Автоматтандырылған әдістер (Автоматизированными методами):

1. Гелдегі агглютинация реакциясы (Реакция агглютинации в геле)
2. Колондық агглютинация реакциясы (Реакция колонной агглютинации)

Тандап алынған трансфузия ортасы

Подобрана трансфузионная среда \_\_\_\_\_

Мөлшері (в количестве) \_\_\_\_\_

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Зерттеу жүргізген дәрігердің қолы (Подпись врача, осуществлявшего  
исследование) \_\_\_\_\_

Жеке үйлесімге сынақ жүргізу міндетті  
 Пробы на индивидуальную совместимость обязательна

Форма

А4 форматы  
 Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 425-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу журналы Журнал регистрации результатов биохимических исследований донорской крови**

20____ жылғы(года) «__» _____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) «__» _____ аяқталды (окончено)
--	--

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	---

			Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы)					Жауапты адамның қолы Подпись
Зерттеу күні	Донордың ТАӘ			Жалпы ақуыз, г/л	АЛАТ ммольхсағ /л	Басқа зерттеулер		

Р/с № п/п	Дата исследования	ФИО донора	Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Общий белок, г/л	АЛАТ ммоль х час/л	Другие исследования	Ескертпе Примечание	ответствен - ного лица
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Форма

А4 форматы  
Формат А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-9/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Донор қанының клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы**  
**Журнал**  
**регистрации результатов клинических исследований донорской крови**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
--	---

Р/с № п/п	НВ г/л	Эритроциттер x 10 <sup>12</sup> /л Эритроциты x 10 <sup>12</sup> /л	Гематокрит	Қанның ұю уақыты, минут Время свертывания, минута	Тромбоциттер x 10 <sup>9</sup> /л Тромбоциты x 10 <sup>9</sup> /л	Лейкоциттер x 10 <sup>9</sup> /л Лейкоциты x 10 <sup>9</sup> /л
1	2	3	4	5	6	7

Лейкоциттік формула Лейкоцитарная формула								СОЭ мл / сағ СОЭ мл / час	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица
Миелоцит %	Таяқша ядролар Палочкоядер %	Сегмент ядролық Сегментоядер %	Эозинофилдер Эозинофилы %	Базофилдер Базофилы %	Лимфоциттер Лимфоциты %	Моноциттер Моноциты %	15		
8	9	10	11	12	13	14	15	16	

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-10/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-10/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).



**Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы**  
**Журнал**  
**регистрации результатов исследований белковых фракций донорской крови**

20__ жылғы (год) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы(года) «__» _____ аяқталды (окончено)
--	--

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	---

Р/с № п/п	Зерттеу күні Дата исследования	Донордың ТАӘ ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Жалпы ақуыз Общий белок
1	2	3	4	5

Фракциялар Фракции					Ескертпе Примечание	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица
Альбумин г/л	<i>a</i> <sup>1</sup> %	<i>a</i> <sup>2</sup> %	В %	Г %		
6	7	8	9	10	11	12

Форма

А3 форматы  
Формат А3

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 426/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 426/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907
---	---

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Медициналық ұйымдарға трансфузиялық заттардың берілуін  
есепке алу картасы  
Карта учета  
выдачи трансфузионных сред медицинской организации**

атауы (наименование)

(медициналық ұйымның мекенжайы, трансфузияға жауапты дәрігердің  
тегі, аты, әкесінің аты, телефон №)  
(адрес медицинской организации; Фамилия, имя, отчество врача,  
ответственного за трансфузии, № телефона)

Беру күні Дата выдачи	Жөнелтпе құжаттың нөмірі Номер накладной	Жаңа алынған лейкофилтрленген қан Кровь цельная лейкофилтрованная	Қан (мл) стандартты сарысу (мл) Кровь (мл) стандарт.сывор. (мл)			
			Қан тобын анықтауға арналған изогемаглютининеуіш сарысу Изогемаглютинирующие сыворотки для определения группы крови	Стандартты эритроциттер Стандартные эритроциты	Әмбебап реагенттер Универсальные реагенты	Полюглюкин – 33%
1	2	3	4	5	6	7

Жаңа мұздатылған	доза	Жаңа мұздатылған, аферездік, вирустазартылған	доза	Лейкофилтрленген, мұздатылған лекофилтро-	доза	доза

свежезамороженная		аферезная, вирусинакти- вированная		ванная, амороженная		Карантини- зированная, лейкофильтрованная	
8	9	10	11	12	13	14	15

Карантинделген карантинизированная	доза	Аферездік, карантинделген Аферезная, карантинизированная	доза	Иммундық / иммунная	Супернатантты Супернатантная	доза	Супернатантты, вирустазартылған Супернатантная, вирусинактивированная
16	17	18	19	20	21	22	23

Жасушалық компоненттер (мл/доза) Клеточные компоненты (мл/доз)					
Карантинделген криопреципитат Крипреципитат карантинизированный	Вирустазартылған криопреципитат Криопреципитат вирусинактированный	Эритроциттік масса Эритроцитарная масса	доза	Лейкофильтрленген эр. масса Эр. масса лейкофильтро- ванная	доза
25	26	27	28	29	30

Нысанның артқы беті  
Разворот формы

Беру күні Дата выдачи	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	доза	Лейкофильтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитарная взвесь лейкофильтро- ванная	доза	Жуылған эритроциттер (мл) Отмытые эритроциты (мл)	доза	Лейкофильтрленген , жуылған эритроциттер Эритроциты отмытые лейкофильтро- ванная
31	32	33	34	35	36	37	38

Лейкоциттік масса	Вирустазартылған тромбоциттер	Аферездік, лейкофильтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты	Аферездік, лейкофильтрленген , вирустазартылған тромбоциттер
-------------------	-------------------------------	--	--

доза	Лейкоцитная масса	доза	Тромбоциты вирусинакти вированные	доза	аферезные, лейкофилтрованные, вирусинакти вированные	доза	Тромбоциты аферезные, лейкофилтрованные, вирусинакти- вированные	доза
39	40	41	42	43	44	45	46	47

Біріктірілген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты пулированные, вирусинакти вированные	доза	Біріктірілген, лейкофилтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты пулированные, лейкофилтрованные, вирусинакти вированные	доза	Фибрин желімі - 12 мл Фибриновый клей - 12мл	доза
48	49	50	51	52	53

Альбумин 5% - 200 мл флакон	Альбумин 10% - 20 мл флакон	Альбумин 10% - 50 мл ерітіндісі (раствор) флакон	Альбумин 10%- 100 мл ерітіндісі (раствор) флакон				
54	55	56	57	58	59	60	61

Альбумин 10% - 200 мл ерітіндісі (раствор) флакон	Антистафилакокк иммуноглобулин (доза) Антистафилококковый иммуноглобулин (доз)	Антирезус иммуноглобулин (доза) Имуноглобулин антирезус (доз)			
62	63	64	65	66	67

A5 форматы  
Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 427/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 427/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907			
<b>Стандартты эритроциттер мен лимфоциттерді дайындау үшін донордан алынған қанды ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ КАРТА УЧЕТА</b> (крови, взятой у донора для приготовления стандартных эритроцитов и лимфоцитов)					
Донордың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество донора) _____					
ABO жүйесі бойынша қан тобы (Группа крови по системе ABO) _____ Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____					
Р/с № п /п	Қан алу күні Дата взятия крови	Доза (мл)	Қан беруші донордың қолхаты Расписка донора давшего кровь	Қан алушы адамның қолхаты Расписка лица, взявшего кровь	Қанды жұмыста қолданған адамның қолхаты Расписка лица, использовавшего кровь для работы
1	2	3	4	5	6

КЕСУ  
СЫЗЫҒЫ  
ЛИНИЯ  
ОТРЕЗА

продолжение

Артқы беті Оборотная сторона					
Р/с № п/ п	Қан алу күні Дата взятия крови	Доза (мл)	Қан беруші донордың қолхаты Расписка донора, давшего кровь	Қан алушы адамның қолхаты Расписка лица, взявшего кровь	Қанды жұмыста қолданған адамның қолхаты Расписка лица, использовавшего кровь для работы

A4 форматы  
Формат А4

--	--

	<p>ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 427-1/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>	<p>Медицинская документация Форма № 427-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907</p>

**Үй қояндарының эритроциттері қоюын дайындауды тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации приготовления взвеси эритроцитов кроликов**

Күні Дата	Донор-қоянның тіркеу № Регистрационный № кролика-донора	Алынған қанның мөлшері Количество взятой крови	Дайындалған эритроцит қоюының көлемі Количество приготовленной взвеси-эритроцитов	Ескертпе Примечание	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица
1	2	3	4	5	6

A5 форматы  
Формат A5

	<p>ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 428/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>	<p>Медицинская документация Форма № 428/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907</p>

<p align="center"> <b>Изоиммунды тұлғаны ЕСЕПКЕ АЛУ ҚАРТАСЫ КАРТА УЧЕТА изоиммунного лица</b> </p>		
--	--	--

Донордың тегі, аты, әкесінің аты  
(Фамилия, имя, отчество донора)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Туған күні (Дата рождения)

\_\_\_\_\_

Соңғы босану күні (Дата последних родов)

\_\_\_\_\_

Перзентхана (Родильный дом)

\_\_\_\_\_

Соңғы баланың даму тарихы (История развития последнего ребенка)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Алдыңғы жүктіліктері мен олардың аяқталуы  
(Предыдущие беременности и их исход)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Гемотрансфузиялар мен оларға реакция  
(Гемотрансфузии и реакция на них)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Үйінің мекенжайы мен телефоны (Домашний адрес и телефон)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Қызмет жайы мен телефоны (Служебный адрес и телефон) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Карта толтырылған күн (Дата заполнения карты) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Картаны толтырған медициналық ұйым  
(медицинская организация заполнившая карту) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Картаны толтырған адамның лауазымы мен қолы (Должность и подпись лица, заполнившего карту) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ресус-  
тиістілігі  
Ресус-  
принадлежность

АВО жүйесі  
бойынша қан тобы  
группа крови по

Ресус-  
антиденелер  
Ресус-  
антитела

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 429/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 429/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**АВО ЖҮЙЕСІ БОЙЫНША СТАНДАРТТЫ САРЫСУ  
ДАЙЫНДАУ ҮШІН ТҮСКЕН МАТЕРИАЛДАРДЫ ТІРКЕУ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
РЕГИСТРАЦИИ МАТЕРИАЛА, ПОСТУПИВШЕГО ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ  
СТАНДАРТНОЙ СЫВОРОТКИ СИСТЕМЫ АВО**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

1. Материалды түсуіне қарай қабылдауға және зерттеуге жауапты адам толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется лицом, ответственным за прием и исследование материала, по мере его поступления 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	--

№ 429/е.-н. 2-беті  
Стр. 2 ф. № 429/у

Р/с № п /п	Түскен материалды тіркеу Регистрация поступившего материала					Материалдан алынған шикізат-сары судың көлемі Количество сыворотки-сырья, полученной из материала	Сарысуды зерттеу күні Дата исследований сыворотки
	түскен күні дата поступления	қан, плазма, сарысу (донордың ТАӘ), сұйық және т.б. атаулары наименование: кровь, плазма, сыворотка (ФИО донора), жидкость и пр.	қайдан келіп түсті откуда поступил	АВО жүйесі бойынша топтық тиістілігі групповая принадлежность по системе АВО	көлемі (мл) кол-во (мл)		
1	2	3	4	5	6	7	8



--	--	--	--	--	--	--	--

№ 429/е-н. 3-беті

Стр. 3 ф. № 429/у

Шикізат-сарысуды зерттеу Исследование сыворотки-сырья							Материалдың, сарысудың жарамсыздығы Брак материала, сыворотки		Зерттеуге жауапты адамның қолы Подпись лица, ответственного за исследование	Ескертпе Примечание
Фенотип эритроциттерімен агглютинацияға түсу уақыты Время наступления агглютинации с эритроцитами фенотипа				Фенотип эритроциттерімен титрі Титр с эритроцитами фенотипа			көлемі (мл) кол-во (мл)	себебі причина		
0	A1	A2	B	A1	A2	B			16	17
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Дайындалған АВО сарысуын тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации изготовленной сыворотки АВО

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

--	--

<p>1. Стандартты сарысуды дайындауға және әрі қарай оны бақылауға жауапты адам толтырады.</p> <p>2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және және ұйым басшысы мен бас (аға) бухгалтерді қолымен бекітілуі тиіс</p>	<p>1. Заполняется лицом, ответственным за изготовление стандартных сывороток и последующий их контроль.</p> <p>2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью, подписью руководителя организации и главного (старшего) бухгалтера.</p>
--	--

Серия нөмірі Номер серии	ABO жүйесі бойынша топтық тиістілігі Групповая принадлежность по системе ABO	Дайындалу күні Дата приготовления	Мөлшері, мл. Количество, мл	Серия құрамы: түсу журналындағы шикізат-сарысулардың реттік нөмірі Состав серии: порядковые номера сыворотки-сырья из журнала поступления
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Тән еместігіне байланысты сарысуды сұйылту (NaCl изотондық ерітіндісімен ара қатынасы) Разведение сыворотки в связи с неспецифичностью (соотношение с изотоническим раствором NaCl)	Сарысудың сапасы Качество сыворотки						
	20 мин. ішінде 0 (1) тобының эр. желімделмеуі. Отсутствие агглютинации с эр. гр. 0 (1) в течении 20 минут.	Фенотип эритроциттерімен желімделудің басталу уақыты Время наступления агглютинации с эритроцитами фенотипа			Фенотип эритроциттерімен титрі Титр с эритроцитами фенотипа		
		A1	A2	B	A1	A2	B
6	7	8	9	10	11	12	13

№ 430/е.-н. артқы беті Разворот ф. № 430/у

Жарамдылығы – дейін Годна до	Құйылуы(мл) Фасовка(мл)	№ жинаққа енгізілді Включена в комплект №	Серияны беруге рұқсат еткен адамның қолы Подпись лица разрешившего	Жөнелтпе құжаттың нөмірі Номер накладной	Экспедицияға берілген күні Дата выдачи в экспедицию	Келесі бақылау зерттеулері (сарысудың жарамдылығы туралы жауапты адамның қолы, күні) Последующие контрольные исследования (дата, подпись ответственного)	Ескертпе Примечание
---------------------------------	----------------------------	--	---	---	--	---	------------------------



A4 форматы  
 Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430-2/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	

**Донор үй қояндарының сарысуында антиальфастафилолизинді  
анықтау нәтижелерін тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации результатов определения  
антиальфастафилолизина в сыворотке кроликов доноров**

Р/с № п/ п	Титрлеу күні Дата титрования	Донор үй қоянының тіркеу нөмірі Регистрационный номер кролика-донора	Стафилакокк токсинін сұйылту мен реакцияларды эритроциттер гемолизі дәрежесі бойынша есепке алу Разведения стафилококкового токсина и учет реакции по степени гемолиза эритроцитов			
			Lh/5	Lh/10	Lh/20	Lh/40
1	2	3	4			

продолжение таблицы

Титрі Титр в МЕ	Донор үй қоянының жарамды лығы туралы белгі Отметка о пригодности кролика-донора	Үй қоянының донорлыққа жарамсыздық себебі Причины непригодности кролика к донорству	Зерттеу жүргізген адамның қолы Роспись проводившего исследования	Ескертпелер Примечания
5	6	7	8	9

A4 форматы  
 Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430-3/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	

**Стафилококктік альфатоксиннің (Lh) гемолиздік  
әсерінің лимитін анықтау  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
определения лимита гемолитического действия (Lh)  
стафилококкового альфатоксина**

Р/с № п/ п	Күні Дата	Lh токсин сериясы Серия Lh токсина	Дайындаушы ұйым Организация изготовитель	Lh токсиннің төлқұжаттық деректері Lh токсина (паспортные данные)
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Тәжірибеге алынған Lh токсиннің мөлшерлеріне сәйкес үй қояндары эритроциттерінің гемолиз дәрежесі Степень гемолиза эритроцитов кролика в соответствующих количествах взятого в опыт Lh токсина							Тәжірибеде алын ған Lh токсині Lh токсина полученного в опыте	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица	Ескертпелер Примечания
0,08	0,09	0,1	0,11	0,12	0,13	0,14			
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	---

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Донорлық антиальфафастилолизинді анықтау  
НӘТИЖЕСІ  
РЕЗУЛЬТАТ  
определения антиальфафастилолизина в донорской(-ом)**

\_\_\_\_\_ (плазма, сарысу, иммуноглобулин ) (плазма, сыворотка, иммуноглобулин)

Үлгіні іріктеп алу орны (Место отбора образца) \_\_\_\_\_

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Донордың ТАӘ (немесе таңба нөмірі); жүктеу нөмірі немесе сериясы ФИО донора (или номер марки); номер загрузки или серия	Донордың қан тобы Группа крови донора	Зерттеу жүргізілген күн Дата проведения исследования	Зерттеу нәтижесі (МЕ) Результат исследования (в МЕ)	Ескертпе Примечания

Нәтиженің берілу күні (Дата выдачи результата) \_\_\_\_\_

Зерттеу жүргізген адамның тегі мен қолы (Фамилия и подпись проводившего исследование) \_\_\_\_\_

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 431/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 431/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**СТАНДАРТТЫ АНТИРЕЗУС САРЫСУДЫ  
(РЕАГЕНТТІ, РЕАКТИВТІ) ДАЙЫНДАУ ҮШІН ТҮСКЕН МАТЕРИАЛДЫ ТІРКЕУ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
РЕГИСТРАЦИИ МАТЕРИАЛА, ПОСТУПИВШЕГО ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ  
СТАНДАРТНОЙ СЫВОРОТКИ АНТИРЕЗУС (РЕАГЕНТА, РЕАКТИВА)**

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

<p>1. Материалдың келіп түсуі барысында оны қабылдауға және зерттеуге жауапты адам толтырады</p> <p>2. 12-21-бағандардың реквизиттеріне зерттеуде қолданылған эритроциттердің – ABO жүйесі бойынша топтық тиістілігі (міндетті түрде аттас немесе үйлесімді топ және зерттелуші сарысу) және резус-жүйесі бойынша генотип сиппатамасы жазылады. Стандартты антирезус сарысуын дайындау туралы қолданыстағы нұсқауға сәйкес зерттеуге әртүрлі резус генотипті эритроциттер үлгілері алынады.</p> <p>3. 12-17- бағандарда реакциялардың агглютинация басталуы жылдамдығының (секундпен) немесе көрнектілігінің (+ белгісімен) нәтижелері, ал 12-21-бағандарда титрлеу нәтижелері жазылады.</p> <p>4. Журнал беттері нөмірленуі,</p>	<p>1. Заполняется лицом, ответственным за прием и исследование материала по мере его поступления</p> <p>2. В реквизитах граф 12-21 вписывается характеристика эритроцитов, используемых в исследовании – групповая принадлежность по системе ABO (обязательно одноименной или совместимой группы и исследуемой сывороткой) и генотип по системе резус. В исследование включаются образцы эритроцитов различных резус-генотипов в соответствии с действующей инструкцией по изготовлению стандартной сыворотки антирезус.</p> <p>3. В графы 12-17 вписываются результаты реакций, которые оцениваются по скорости наступления агглютинации (в секундах) или по выраженности (в плюсах), а в графы 12-21 и</p>
---	--

тігілуі, мөрмен және ұйым  
басшысының қолымен бекітілуі тиіс.

результаты титрования.  
4. Страницы должны быть  
пронумерованы, прошнурованы,  
скреплены печатью и подписью  
руководителя организации.

№ 431/е.-н. 2-беті

Стр. 2 ф. № 431/у

Р/с № п/п	Түскен материалды тіркеу Регистрация поступившего материала			
	түскен күні дата поступления	қайдан түсті откуда поступил	иммундалған адамның тегі, аты, әкесінің аты (ыдыс №) фамилия, имя, отчество иммунизированного лица (№ сосуда)	атаулары: қан, плазма, сарысу, сұйық және т.б. наименование: кровь, плазма, сыворотка, жидкость и пр.
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Түскен материалды тіркеу Регистрация поступившего материала			Материалдан алынған шикі зат-сарысудың мөлшері Количество сыворотки-сырья, полученной из материала (мл)
ABO жүйесі бойынша топтық тиістілігі групповая принадлежность по системе ABO	резус Rho (D) тиістілігі резус Rho (D) принадлежность	мөлшері (мл) количество (мл)	
6	7	8	9

№ 431/е.-н. 3-беті

Стр. 3 ф. № 431/у

Шикізат-сарысуды зерттеу Исследование сыворотки-сырья											
күні дата	антиденелерді анықтау әдісі метод выявления антител	генотип эритроциттерімен тексеру нәтижесі результат проверки с эритроцитами генотипа						генотип эритроциттерімен титрі титр с эритроцитами генотипа			
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

продолжение таблицы



Материалдың, сарысудың жарамсыздығы Брак материала, сыворотки		Қорытынды (антиденелердің тәнділігі, пішіні және титрі), зерттеу жүргізген адамның қолы Заключение (специфичность, форма и титр антител), подпись лица, проводившего исследование	Ескерпе Примечание
мөлшері количество (мл)	себебі причина		
22	23	24	25

A4 форматы

Формат A4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 431-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 431-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Скринингке түскен сарысуларды есепке алу**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**учета поступления сывороток на скрининг**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

Р/с № п/ п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы, телефоны Адрес, телефон	Қан тобы Rh-факторы Группа крови Rh-фактор	Басқалар Прочее
1	2	3	4	5	6	7

A4 форматы

Формат A4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 432/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 432/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Дайындалған стандарттық антирезус сарысуларын (реагентті,  
реактивті) тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации изготовленной стандартной сыворотки  
антирезус (реагента, реактива)**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

<p>1.Стандарттық сарысуларды дайындау а және оны соңынан бақылауға жауапты адам толтырады.</p> <p>2.8-17-бағандарда зерттеуде қолданылған эритроциттердің сипаты жазылады – АВО жүйесі бойынша топтық тиістілігі (зерттелуші сарысумен міндетті түрде бір немесе үйлесімді топ) және резус жүйесі бойынша генотипі. Зерттеуге стандартты антирезус сарысуын дайындау туралы қолданыстағы нұсқаулық бойынша әр түрлі резус-генотипті эритроциттер үлгілері кіргізіледі. 3.8-14-бағандарда агглютинацияға түсу жылдамдығы бойынша (секундпен) немесе айқындылығы бойынша (плюспен) бағаланатын реакциялар нәтижелері, 15-17-бағандарда титрлеу нәтижелері жазылады.</p> <p>4. Сарысудың әр сериясын зерттеуді нәтижелерін есепке алуға 8 жол бөлінсе, оның 5 жолы әр түрлі әдістердің (тұзды ортадағы агглютинация, Кумбс сынамаcы, т.б.) нәтижесін жазуға, 3 жолы соңынан бақылауға арналады.</p> <p>5. Журнал беттері нөмірленуі,</p>	<p>1. Заполняется лицом, ответственным за изготовление стандартных сывороток и последующий их контроль.</p> <p>2. В реквизитах граф 8-17 вписывается характеристика эритроцитов, используемых в исследовании-групповая принадлежность по системе АВО (обязательно одноименной или совместимой группы с исследуемой сывороткой) и генотип по системе резус. В исследование включаются образцы эритроцитов различных резус-генотипов в соответствии с действующей инструкцией по изготовлению стандартной сыворотки антирезус.</p> <p>3. В графы 8-14 вписываются результаты реакций, которые оцениваются по скорости наступления агглютинации (в секундах) или по выраженности (в плюсах), а графы 15-17 – результаты титрования.</p> <p>4. Для учета результатов исследования каждой серии сыворотки отводится 8 строк, из них 5 строк для записей результатов различных методов (агглютинация в солевой среде,</p>
---	---

тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының және бас (аға) бухгалтердің қолымен бекітілуі тиіс.

проба Кумбса и т.д.) и 3 строки для последующего контроля.  
5. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью, подписью руководителя организации и главного (старшего) бухгалтера.

№ 432/е.-н. 2-беті Стр. 2 ф. № 432/у

Серия нөмірі Номер серии	АВО жүйесі бойынша топтық тиістілігі Групповая принадлежность по системе АВО	Серия құрамы: түсу журналындағы шикізат-сарысулардың нөмірі Состав серии: номера сыворотки-сырья из журнала поступления	Бастапқы мөлшер, мл Исходное количество, мл	Өңделуі: сұйылтылды (немен, ара қатынасы) абсорбтелді (немен, ара қатынасы) Обработка: разведена (чем, соотношение), абсорбирована (чем, соотношения)
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Сарысудың сапасын зерттеу Исследование качества сыворотки								
Күні Дата	Зерттеу әдісі Метод исследования	Генотип эритроциттерімен тексеру нәтижесі						Результат проверки с эритроцитами генотипа
		8	9	10	11	12	13	
6	7	8	9	10	11	12	13	14

№ 432/е.-н. 3-беті. Стр 3 ф. № 432/у

Генотип эритроциттерімен титрі Титр с эритроцитами генотипа			Зерттеу жүргізген адамның қолы Подпись лица проводившего исследование	Жарамдылығы Годна до	Дайын сарысудың мөлшері Кол-во готовой сыворотки (мл)
15	16	17			

продолжение таблицы

Бөлшектеп өлшеу Фасовка (мл)	№ жинаққа кіргізілді Включена в комплект №	Қортыныды			Заклучение	
		Тәнділігі, қалпы, резус-антиденелер титрі, ABO жүйесі бойынша топтық тиістілігі Специфичность, форма, титр резус-антител, групповая принадлежность по системе ABO	Ұсынылған пайдалану әдісі Рекомендуемый метод использования	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица		
21	22	23	24	25		

№ 432/е.-н. 4-беті. Стр 4 ф. № 432/у

Жөнелтпе құжаттың нөмірі Номер накладной	Экспедицияға берілген күні Дата выдачи в экспедицию	Келесі бақылаулық зерттеулер (күні, сарысудың жарамдылығы туралы жауапты адамның қолы) Последующие контрольные исследования (дата, подпись ответственного лица о годности сыворотки)						Ескертпе Примечание
		1	2	3	4	5	6	
26	27	28	29	30	31	32	33	34

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Донорлардың бастапқы-позитивті сарысуының үлгілерін  
трансфузиялық инфекцияларға қайта зерттеуді тіркеу журналы  
Журнал регистрации повторных исследований первично-позитивных  
образцов сывороток доноров на трансфузионные инфекции**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
1. Журналды трансфузиялық инфекция зертханасының жауапты адамы толтырады. 2. Әрбір инфекцияларға жеке жүргізіледі 3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории трансфузионных инфекций 2. Ведется отдельно на каждый вид инфекции 3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

1 - реакция

Р/с № № п/п	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	ТАӘ ФИО	Донация нөмірі (Номер донации )	Үлгілер келген бөлімше Отделение, откуда доставлены образцы	Қою күні Дата постановки	Тест-жүйенің атауы название тест-системы	Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	Қорытынды результат
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

II - реакция				
Қою күні Дата постановки	Тест-жүйенің атауы Название тест-системы	Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже Результат
11	12	13	14	15

III - реакция					Соңғы қорытынды Окончательный результат	Ескертпе Примечание
Қою күні Дата постановки	Тест- жүйенің атауы Название тест-системы	Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже результат		
16	17	18	19	20	21	22

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-2/ е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-2/у утверждена приказом и.о.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Трансфузиялық инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы**  
**Журнал регистрации платных услуг лаборатории трансфузионных инфекций**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
---	---

1. Журналды трансфузиялық инфекция зертханасының жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории трансфузионных инфекций 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
--	---

Р/с № п/п	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	ТАӘ ФИО	Штрих-коды Штрих-код	Туған жылы Год рождения	Мекенжайы Адрес	Жасау күні Дата постановки
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу нәтижесі Результаты исследований				Мерез Сифилис	Ескертпе Примечание	Қолы Подпись
HIV 1.2	HBsAg	HCV				
8	9	10	11	12	13	

форматы А4  
Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
--	--

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 433-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Ағзалар мен тіндерді трансфузиялық инфекцияларға ақылы  
зерттеуді тіркеу журналы  
Журнал регистрации платных исследований на трансфузионные  
инфекции органов и тканей**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекция зертханасының жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории трансфузионных инфекций 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
--	---

Р-к № п/ п	Үлгіні жеткізу күні мен уақыты Дата и время доставки образца	К о д	Донор немесе реципиенттің ТАӘ ФИО донора или реципиента	Үйінің мекенжайы, телефоны, төлқұжат мәліметтері Домашний адрес, телефон, паспортные данные	Үлгіні жеткізген мекеменің атауы Наименование учреждения, доставившее образец	Үлгіні қойған күні Дата постановки образца
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

АИТВ ВИЧ			ВГВ			ВГС		





								Резуль- тат
8	9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Мерез Сифилис			Хаттама № протокола	Дәрігердің қолы Подпись врача	Ескертпе Примечание
Тест-жүйе, атауы Тест-система, наименование,	Серия № (ЛОТ) және т/ж жарамдылық мерзімі № серии (ЛОТ) и срок годности т/с	Нәтиже Результат			
17	18	19	20	21	22

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу  
журналы  
Журнал  
регистрации обследования сотрудников на трансфузионные  
инфекции**

--	--

20\_\_ жылғы (года)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ басталды (начато)

20\_\_ жылғы (года)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ аяқталды (окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады  
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс  
3. Журналды электрондық және қағаз түрінде де жүргізуге болады

1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории трансфузионных инфекций  
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации  
3. Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.

Р/с № п/п	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Қызметкердің ТАӘ ФИО сотрудника	Штрих коды Штрих- код	Туған жылы Год рождения	Бөлімше Отделение	Жасау күні Дата поста- новки
1	2	3	4	5	6	7

Тестілеу нәтижелері Результаты тестирования				Ескертпе Примечание	Қолы Подпись
АИТВ ВИЧ	ВГВ	ВГС	Мерез Сифилис		
8	9	10	11	12	13

форматы А4

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Қан препараттарын трансфузиялық инфекцияларға зерттеуді  
тіркеу журналы

**Журнал регистрации исследований препаратов крови  
на трансфузионные инфекции**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

<p>1. Журналды трансфузиялық инфекция зертханасының жауапты адамы толтырады.</p> <p>2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс</p>	<p>1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории трансфузионных инфекций</p> <p>2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p>
---	--

Р-с № п/п	Түскен күні Дата поступления	Қан препараты үлгісінің атауы Наименование образца препарата крови	Препарат сериясының № серии препарата крови	Үлгілі іріктеу орны Место отбора образца	Қойған күні Дата постановки
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Зерттеу нәтижесі		Результаты исследований			
АИТВ ВИЧ					
Тест-жүйе, атауы Тест-система, наименование	Серия № (ЛОТ) т/ж жарамдылық мерзімі № серии (ЛОТ) и срок годности т/с	Талдау № анализа	Хаттама № протокола	Нәтиже Результат	
7	8	9	10	11	

продолжение таблицы

Зерттеу нәтижелері		Результаты исследований			
ВГВ					ВГС
Тест-жүйе, атауы Тест-система, наименование	Серия № (ЛОТ) және т/ж жарамдылық мерзімі № серии (ЛОТ) и срок годности т/с	Талдау № анализа	Хаттама № протокола	Нәтиже Результат	Тест-жүйе, атауы Тест-система, наименование,
12	13	14	15	16	17

продолжение таблицы

Зерттеу нәтижелері Результаты исследований				Нәтижелерді беру күні Дата выдачи результатов	Дәрігердің қолы Подпись врача	Алушының қолы Подпись получателя
ВГС						
Серия № (ЛОТ) және т/ж жарамдылық мерзімі № серии (ЛОТ) и срок годности т/с	Талдау № анализа	Хаттама № протокола	Нәтиже Результат			
18	19	20	21	22	23	24

форматы А4  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-7/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-7/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907
---	--

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу**  
**ЖУРНАЛЫ**  
**ЖУРНАЛ**  
**мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
1. Журналды трансфузиялық инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории трансфузионных инфекций 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

р/с № п/п	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Т.А.Ә. ФИО	Туған жылы Год рождения	Коды	Сарысу қайдан қабылданды Откуда поступила сыворотка
1	2	3	4	6	7

I - реакция					II - реакция				
Жасау уақыты Дата постановки	Тест- жүйенің атауы Название тест- системы	Серия № (ЛОТ ) № сериі (ЛОТ )	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже Результат	Жасау уақыты Дата постановки	Тест- жүйенің атауы Название тест- системы	Серия № (ЛОТ ) № сериі (ЛОТ )	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже Результат
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

III - реакция				Қорытынды нәтиже	Сынаманы ЖИТС орталығына	ЖИС орталығындағы жолдаманың

Жасау уақыты Дата постановки	Тест-жүйіңе атауы Название тест-системы	Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже Результат	Окончательный результат	жібері күін Дата отправки пробы в центр СПИД	нөмірі Номер направления в центре СПИД
18	19	20	21	22	23	24	25

ЖИТС орталығының нәтижесі Результат Центра СПИД			Қорытынды нәтиже Окончательный результат	Ескертпе Примечание	Қолы Подпись
Күні Дата	Зертханалық нөмір (ИФТ, ИБ) Лабораторный номер (ИФА, ИБ)	Нәтижесі Результат			
26	27	28	29	30	31

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

### Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу жолдамасы Направление для исследования на трансфузионные инфекции

1. 1, 3, 4, 5, 6-бағандарын үлгілер жеткізілген бөлімінің қызметкері толтырады 2, 2, 7-11-бағандарын зертхананың уәкілетті қызметкерлері	1. Графы 1, 3, 4, 5, 6, заполняется сотрудниками отделения, откуда доставлены образцы. 2. Графы 2, 7-11 заполняются уполномоченными сотрудниками лаборатории
--	---

толтырады

3. Жолдаманың екі нұсқасы жеткізіледі, талдау нәтижелері қойылғаннан кейін бір дана қан компоненттерін іріктеу бөліміне беріледі, екіншісі зертханада қалады

4. Жолдаманы электрондық және дәстүрлі қағаз түрінде де жүргізуге болады

3. Направление доставляются в двух экземплярах, после проставления результатов анализов один экземпляр передается в отделение выбраковки, второй остается в лаборатории.

4. Возможно ведение направления как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.

Бөлімше \_\_\_\_\_  
отделение

№	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	ТАӘ ФИО	Туған жылы (год рождения)	Донация нөмірі (Номер донации)	Конт. коды (код контингента)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу нәтижесі (результаты исследований)				
HIV 1.2	HBsAg	HCV	Мерез сифилис	ПЦР-МРХ
7	8	9	10	11

Тізімді толтырған күн 201 жылғы

«\_\_\_» \_\_\_\_\_.

Жолдаманы толтырған адамның  
қолы \_\_\_\_\_

Зерттелген күні 201 жылғы

«\_\_\_» \_\_\_\_\_

Дәрігердің қолы \_\_\_\_\_

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907







2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

№	күні дата	Облыс атауы Наименование области	Гемакон нөмірлері Номера гемаконов	Жөнелтпе құжат бойынша шикізаттың мөлшері Количество сырья по накладной
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Шикізаттың нақты мөлшері Количество сырья фактически	Титр	Ескертпе Примечание	Қолы Подпись	Тиеу № мен күні № и дата загрузки
6	7	8	9	10

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Плазманы фракциялауға беру  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
передачи плазмы на фракционирование**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізеді 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Ведется в отделении производства препаратов крови 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	--

Тиеу № загрузки	Тиеу күні Дата загрузки	Шикізат атауы Наименование сырья	Жеткізушінің атауы Наименование Поставщика	Тиелген шикізаттың мөлшері Количество сырья, взятое на загрузку
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Шикізат дайындау күні Дата заготовки сырья	р н	Жалпы нәруыз Общий белок	Фракциялауға берілген шикізаттың мөлшері Количество сырья переданного на фракционирование	Қолы Роспись	Акт бойынша есептен шығарылған Списано по акту
6	7	8	9	10	11

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ӨНІМ ҚОЗҒАЛЫСЫНЫҢ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
ДВИЖЕНИЯ ПРОДУКЦИИ**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Ведется в отделении производства препаратов крови. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.
---	--

№	Препараттың атауы Наименование препарата	Серияның нөмірі Номер серии	Алынған күні Дата получения	Мөлшері Количество	Өлшем бірлігі Ед. изм.	Жарамсыз брак	ПР Өндірістік бақылау Производ. контроль	
							Бак.	биол
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

СБЗ ЛКК	Мұрағат Архив	Талдау төлқұжатының нөмірі және берілген күні Номер и дата выдачи аналитического паспорта	Жөнелтпе құжаттың нөмірі Номер накладной	Өнімді қоймаға өткізген күн Дата сдачи продукции на склад	Қолы Подпись
10	11	12	13	14	15

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

### АЛЬБУМИН ӨРІТІНДІСІН ӨНДІРУДІҢ ТЕХНИКАЛЫҚ ҮДЕРІСІ

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

### ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРОИЗВОДСТВА РАСТВОРА АЛЬБУМИНА

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізіледі. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Ведется в отделении производства препаратов крови. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.
---	--

P/c № п/п	Тиеу № салмақ өлшеген күн № загрузки дата получения вес	УФ-ның немесе ерітіндіні күні Дата УФ или раствора	Шығу шикізатының салмағы: шикі тұнба Кол-во Исход. сырья: Сырой осадок	Каприлат Na қосылуы салмағы Добавлено капр. Na гр.	3 % Na капри нәруызын түзету Коррекция белка капр. 3 % Na	
					Бастапқы начал.	Қосылған Добавлен
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

3 % Na капри нәруызын түзету Коррекция белка капр. 3 % Na	Ph түзету Коррекция Ph			Ерітіндінің сүзілуге дейінгі көлемі Конечный p-ра до фильтрации	Стерильді сүзу күні мен уақыты Дата и время стерилиз. фильтрации
	Соңғы Конечный	Бастапқы исход	NaOH, HCl қосу Добав. NaOH, HCl		
8	9	10	11	12	13

продолжение таблицы

Сыйымдылық саны Количество емкостей	Бөлшектеп өлшеу Фасовка	Пастериза- циялау күні мен уақыты Дата и время пастеризации	Термостаттау күні мен уақыты Дата и время термостатиров	Серияның № Серии	Жарам- сыздыққа шығару Отбрак	Қайтадан өндеу Повторная переработка
						Қайтадан сүзу күні мен себебі Дата и причина перефильтрации
14	15	16	17	18	19	20

продолжение таблицы

Қайтадан өндеу Повторная переработка								
Ph	NaOH, HCl қосу Добав NaOH, HCl	Нәруыз Белок	Бөлшектеп өлшеу Фасовка	Сауыт саны Кол-во емкостей	Жоғ алту Потери	Термостаттау күні мен уақыты Дата и время термостати- рования	Жарам сыздыққа шығару Отбрак	Серияның № серии
21	22	23	24	25	26	27	28	29

форматы А4

Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 434-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**АДАМ ИММУНОГЛОБУЛИНІН ӨНДІРУДІҢ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ҮДЕРІСІ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРОИЗВОДСТВА  
ИММУНОГЛОБУЛИНА ЧЕЛОВЕКА**

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізіледі. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Ведется в отделении производства препаратов крови. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.
---	--

№	Тиеу № жұмысқа алынған күн № загрузки дата взятия в работу	Шикі тұнбаның салмағы Вес сырого осадка	Ерітінді немесе УФ-нің күні Дата раствора или УФ	Еріткіштің мөлшері литр Кол-во растворителя в л.	pH шикізаттағы титр Титр в сырье pH
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

pH түзету Коррекция pH			Глика- колдың қосылуы г/л	Нәруызды түзету % Коррекция белка в %		
				Еріткішті қосылуы		NaCl қосылуы

Бастапқы рН Начал. рН	Қосылған мл Добавлен мл	Соңғы рН Конечный рН	Доб-но г/л гликакола	Бастапқы Начал.	Добав р-ля	Соңғы Конечный	Добав. NaCl
7	8	9	10	11	12	13	14

продолжение таблицы

Алынған жұмыс ерітіндісінің мөлшері, л Получ. рабочего р-ра, л.	Стерильдеп сүзу күні және уақыты Дата и время стерилиз. фильтрации	Шөлмектің саны Кол-во бутылей	Шөлмектің нөмірі Номера бутылок	Литр мөлшері Количество литров	Суықта ұсталуы Выдержка в холоде
15	16	17	18	19	20

продолжение таблицы

Қайтадан стерильдеп сүзу күні Дата повтор. стерил. фильтрации	Ампулаларға құйылу күні Дата розлива в ампулы	Сериясы Серия	Ампула саны Количество ампул	Бөлшектеп өлшеу Фасовка	Қайта сүзу титрі Титр перефильтрации
21	22	23	24	25	26

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Жөнелтпе құжаттың (Накладная) № \_\_\_\_

жіберілді

(к направлению)

денсаулық сақтау ұйымы (организация здравоохранения)



20\_\_ жылғы (года) "\_\_\_" \_\_\_\_\_

Плазманың атауы және мөлшері (литр) (наименование плазмы и ее количество ( в литрах))

Р/с № № п/п	Донордың Т АӘ (толық жазу керек) ФИО донора (расписать полностью)	Донация № донации	Дайындау күні Дата заготовки	Плазманың мөлшері Количество плазмы (л )	Иммунды плазманың титрі Титр иммунной плазмы
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6 және т.б. (и т.д.)					
Жиыны Итого:		доз/	литр		

продолжение таблицы

Нәтижелері Результаты					
HbsAg	HCV	АИТВ <sub>1,2</sub> антиденелері Антитела к ВИЧ <sub>1,2</sub>	Мерез ИФА на сифилис	Сарып Бруцеллез	АЛАТ
7	8	9	10	11	12

Бөлімше меңгерушісі Заведующий отделением \_\_\_\_\_

Қолы подпись

М.О. (М.П.) \_\_\_\_\_ литр (литров)

плазманы қабылдады (принял плазму) \_\_\_\_\_.

қолы подпись

Сапаны бақылау зертханасының өкілі  
(Представитель лаборатории контроля качества) \_\_\_\_\_

қолы подпись

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Ұйымның бланісінде  
На бланке организации

Жолдама  
Направление

денсаулық сақтау ұйымы (организация здравоохранения)

Республикалық қан орталығына (направляет в Республиканский центр  
крови) қаптың (контейнердің) салмағын есептемей \_\_\_\_\_ литр қан  
препараттарына өңдеуге \_\_\_\_\_ жіберді.  
плазманың атауы (наименование плазмы)

(для переработки на препараты крови в количестве  
\_\_\_\_\_ литров, без учета веса мешка (контейнера)).

Плазманың алынған күні, донациялау нөмірі және плазма мөлшері  
20\_\_ ж. " \_\_ " \_\_\_\_\_ жөнелтпе құжатта көрсетілген.  
Дата получения плазмы, номера донаций и количество плазмы прилагаются  
в накладной от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Директор

Бас бухгалтер (Главный бухгалтер)

МО (М.П.)

форматы А4  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 435/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 435/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

**ӨНІМДІ ЛИОФИЛИЗАЦИЯЛАУ ПРОЦЕСІН ЖАЗУ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
ЗАПИСИ ПРОЦЕССА ЛИОФИЛИЗАЦИИ ПРОДУКТА**

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

1. Бөлімнің аға инженерінің қалауы бойынша әр 30 мин. немесе әр сағат сайын кезекші техник-аппаратшы толтырады.  
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.

1. Запись осуществляет дежурный техник-аппаратчик через каждые 30 мин. или час, по усмотрению старшего инженера отдела.  
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы скреплены печатью и подписью руководителя организации.

№ 435/е-н. 2-беті  
Стр. 2 ф. № 435/у

Күні (Дата) \_\_\_\_\_ Өнімнің атауы (Наименование продукта)  
\_\_\_\_\_

Компрессор (Компрессор включен) (в) \_\_\_\_\_ сағатта қосылды (час).  
Іске қосылу (Загрузка произведена) (в) \_\_\_\_\_ жүргізілді (сағат) (час)

Уақыты Время		Қысымын тіркеу (атм, С) Регистрация давления (атм, С)				Тіркеу аспабының көрсеткіштері Показания регистрирующего прибора	
кептіру сушки	жазу записи	майлар масла	конденсатордың конденсатора	сіңіру всасывания	орташа среднее	Температурасы	Температура
						сублиматордың сублиматора	
1	2	3	4	5	6	7	

продолжение таблицы

Тіркеу аспабының көрсеткіштері  
Показания регистрирующего прибора

Температурасы Температура						в а к у у м
төменгі кассетаның нижней кассеты	төменгі кассета өнімінің продукта нижней кассеты	орталық кассетаның средней кассеты	орталық кассета өнімінің продукта средней кассеты	жоғарғы кассетаның верхней кассеты	жоғарғы кассета өнімінің продукта верхней кассеты	
8	9	10	11	12	13	14

№ 435/е.-н. артқы беті  
разворот ф. № 435/у

Ыдыстар саны (Количество сосудов) \_\_\_\_\_ әрқайсысы (по)  
\_\_\_\_\_ мл. өніммен (мл. продукта) Сериясы (Серия) \_\_\_\_\_  
Вакуум сорғышы (Вакуумный насос включен в) \_\_\_\_\_ сағат  
қосылды (час.) Жылыту (Подогрев включен в) \_\_\_\_\_ сағатта қосылды (час.)

Реттеуші аспаптардың көрсеткіштері Показания регулирующих приборов			Жылыту қарқындылығын реттеушінің ұстанымы Позиция регулятора интенсивности подогрева				салқында-тушы иір түтікшенің ұстаным режимі позиция режима охлаждения змеевика	Ескертпе Примечание				
Температурасы Температура			в а к у у м	төменгі кассетаның нижней кассеты	орталық кассетаның средней кассеты	жоғарғы кассетаның верхней кассеты						
төменгі кассетаның нижней кассеты	орталық кассетаның средней кассеты	жоғарғы кассетаның верхней кассеты					15	16	17	18	19	20

Кептіру аяқталды (Сушка окончена) 20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_

Кептірген техник (Сушил техник) \_\_\_\_\_  
қолы (подпись)

Форма

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 436/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 436/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу**

**Ж У Р Н А Л Ы**

**Ж У Р Н А Л**

**регистрации результатов контроля качества компонентов крови**

20____ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
1. Сапаны бақылау бөлімшесінде (СББ) немесе өнімнің сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Ведется в отделении контроля качества (ОКК) или лицами, на которых возложен контроль качества продукции 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Қан компонен- ттерінің атауы Наименование компонента крови	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындалған мерзімі Дата заготовки	Сақтау мерзімі Срок хранения	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля
1	2	3	4	5	6

--

Бақылау нәтижелері  
Результаты контроля

Көлемі (объем) (мл)	Макробағалау Макрооценка	Гемоглобин г/доза	Гематокрит	Соңғы сақтаудағы гемолиз Гемолиз в конце хранения %	Эритроциттер $10^{12}/л$ (немесе 1 қан мөлшеріндегі $10^{12}/$ балама) Эритроциты $10^{12}/л$ (или $10^{12}/$ эквивалент 1 дозе крови)	Лейкоциттер $10^9/л$ (немесе 1 қан мөлшеріндегі $10^9/$ балама) Лейкоциты $10^9/л$ (или $10^9/$ эквивалент 1 дозе крови)	Тромбоциттер $10^9/л$ (немесе 1 қан мөлшеріндегі $10^9/$ балама ) Тромбоциты $10^9/л$ (или $10^9/$ эквивалент 1 дозе крови)
7	8	9	10	11	12	13	14

Бақылау нәтижелері  
Результаты контроля

Гранулоциттер гранулоциты	Нәруыз құрамы Содержание белка г/доза	Тұнған сұйықтықтағы белоктың мөлшері Количество белка в надосадочной жидкости г/доза	pH	Осмолярлығы Осмолярность	Стерилдығы Стерильность					
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

Қорытынды Заключение	Бақылау жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего контроль	Ескертпе Примечание
26	27	28

форматы А4  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 436-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 436-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ҚОЛДАРЫН ТАЗАЛАУДЫҢ ЖӘНЕ ДОНОРДЫҢ  
ШЫНТАҚ БҮГІЛЕТІН ЖЕР ТЕРІСІНІҢ ТИІМДІЛІГІН  
МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
Бактериологических исследований эффективности  
обработки рук персонала и кожи локтевых  
сгибов доноров**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Бактериологиялық зертханада жүргізіледі. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Ведется в бактериологической лаборатории. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
---	--

Р-с № п/ п	Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Бөлімше Отделение	Шайынды алу орны (қолды, шынтақ бүгілетін жер) Место взятия смыва (руки, локтевой сгиб)	Қолды, шынтақ бүгілетін жерді тазалау үшін пайдаланған зат Средство, использованное для обработки рук и локтевых сгибов
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Қолды, шынтақ бүгілетін жерді тазалауды жүргізген адамның ТАӘ ФИО персонала, проводившего обработку	Зерттеу әдісі Метод исследования	Себу күні, сіңіру ортасы Дата посева, питательная среда	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні және зерттеуді жүргізген адамның қолы Дата окончания исследования и подпись проводившего исследование
7	8	9	10	11

А4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 436-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 436-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**ЖҚП мен криопреципитат сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу**  
**Ж У Р Н А Л Ы Ж У Р Н А Л**  
**регистрации результатов контроля качества СЗП и криопреципитата**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
1. Сапаны бақылау бөлімшесінде (СББ) немесе өнім сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс	1. Ведется в отделении контроля качества (ОКК) или лицами, на которых возложен контроль качества продукции 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Қан компоненттерінің атауы Наименование компонента крови	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындалған мерзімі Дата заготовки	Сақтау мерзімі Срок хранения	Көлемі (объем) (мл)
1	2	3	4	5	6



Фибриноген мг/доза			
Сақтау мерзімінің бірінші айында В течение первого месяца хранения		Сақтау мерзімінің соңғы айында В течение последнего месяца хранения	
Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля
7	8	9	10

VIII факторы Фактор VIII МЕ/доза					
Бастапқы дәреже Исходный уровень		Сақтау мерзімінің бірінші айында В течение первого месяца хранения		Сақтау мерзімінің соңғы айында В течение последнего месяца хранения	
Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля
11	12	13	14	15	16

Қорытынды Заключение	Бақылау жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего контроль	Ескертпе Примечание
17	18	19

Форма

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 437/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 437/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907
---	---

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 ( вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Қан компоненттері мен препараттарын өндіруге арналған негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарға кіріс бақылау жүргізу журналы**

**Журнал**

**входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
1. Шикізат түсу барысында сапаны бақылау бөлімшесі (СББ) толтырылады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется отделением контроля качества (ОКК) по мере поступления сырья. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Р/с № п/п	Күні Дата		Өнім беруші Поставщик	Түскен материалдардың атауы, өндіруші ұйымы Наименование поступивших материалов, организация-изготовитель	Сериясының немесе партияның №, № серии или партии
	ҚО-ға түсуі Поступления в ЦК	СББ ұсыну, кіріс бақылау өкілінің ТАӘ Предъявления ОКК, ФИО представителя входного контроля			
1	2	3	4	5	6

Сериясының немесе партияның №, № серии или партии	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Сыртқы түрі Внешний вид	Қаптамасы Упаковка	Таңбасы Маркировка	Төлқұжаттың немесе сертификаттың болуы Наличие паспорта или сертификата
6	7	8	9	10	11

--	--	--	--	--	--	--	--

Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования				СББ қорытындысы, күні Заключение ОКК, дата	Өндірісте пайдалану үшін рұқсаттың беру күні Дата выдачи разрешения для использования в производстве	СББ жауапты тұлғаның қолы Подпись ответственного лица ОКК	Қойма меңгерушісінің ТАӘ және қолы ФИО и подпись заведующего складом
Зертхана атауы Наименование лаборатории	Сынамаларды жинақтау және үлгілерді зертханаға беру күні Дата отбора проб и передачи образцов в лабораторию	Саны Количество	Зерттеу нәтижелері (акт №, қорытынды) Результаты исследований (№ акта, заключение)				
12	13	14	15	16	17	18	19

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 438/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 438/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**ШӨЛМЕКТЕР МЕН ТЫҒЫНДАРДЫ ӨНДЕУ САПАСЫН БАҚЫЛАУ  
НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУ  
ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**  
**РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОБРАБОТКИ**  
**БУТЫЛОК И ПРОБОК**

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
 басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) "\_\_" \_\_\_\_\_  
 аяқталды (окончено)

<p>1. СББ немесе өнімнің сапасын техникалық қадағалауды жүктелген адамдар жүргізеді.</p> <p>2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.</p>	<p>1. Ведется в ОКК или лицами, на которых возложен технический контроль качества продукции</p> <p>2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p>
--	---

Күні Дата		Тотығуы Окисляемость				Тығын- дардың пробок	Сыртқы активті заттар (САЗ) Поверх- ностно- активные вещества (ПАВ)	Шөлмектерді көзбен бағалау Визуальная оценка бутылок	СББ- нің қорытын- дысы Заключение ОКК	Тексе- руге жауапты адамның қолы Подпись ответст- венного лица
Өңдеу обработки	Бақылау контроля	Шөлмектер сыйымдылығы (мл) Бутылок емкостью(мл)								
		50	100	250	500					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

A4 форматы  
 Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 439/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 439/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**САПАНЫ БАҚЫЛАУ БӨЛІМІНЕ (СББ) ҰСЫНЫЛҒАН**  
**ӨНІМДЕРДІ КӨЗБЕН БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУ**  
**ЖУРНАЛЫ**  
**ЖУРНАЛ**



A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 439-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 439-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Қан компоненттерінің, препараттарының, қаналмастырғыш  
заттардың сынақ үлгілерін Республикалық сапаны бақылау  
зертханасында сапасын тексеруге іріктеп алу**

**АКТИСІ**

**АКТ**

**отбора проб компонентов, препаратов крови,  
кровезаменителей для проверки их качества  
в Республиканскую лабораторию контроля качества**

Қала (Город) \_\_\_\_\_ 20\_\_ жылғы(года) “\_\_” \_\_\_\_\_  
күні (от)

Дайын өнімдер қоймасынан (Со склада готовой продукции) \_\_\_\_\_

кәсіпорынның атауы (наименование предприятия)

Келесі препараттардың үлгілері алынды  
Проведено изъятие образцов следующих препаратов

Препараттардың атауы Наименование препаратов	Көлемі Кол-во	Сериясы Серия	Ескертпе Примечание

Қолдары (Подписи):

Ұйымның ТББ бастығы  
(начальник ОТК организации)

Дайын өнімдер қоймасының меңгерушісі  
(Заедующий складом готовой продукции)

A4 форматы  
Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 440/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 440/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**БИОЛОГИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУ  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ БИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ**

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
басталды (начато)

20\_\_ жылғы(года) " \_\_ " \_\_\_\_\_  
аяқталды (окончено)

1. Өнімнің бақылауға түсу барысында толтырылады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Заполняется по мере поступления продукции на контроль 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.
--	---

№ 440/е.-н. 2-беті  
стр.2 ф. № 440/у

**ХАТТАМА  
ПРОТОКОЛ**  
№ \_\_\_\_\_

Препараттың атауы (Наименование препарата) \_\_\_\_\_

Серия № \_\_\_\_\_ Сынақ күні (Дата испытания) \_\_\_\_\_

1. Пирогендікке сынау. Испытание на пирогенность.

--	--

үй қояндарының №№ кроликов	үй қояндарын сынаққа дайындау подготовка кроликов к испытанию							жануар-лардың сынақта қайталануы повторность животных в опыте
	1-күн 1день	2-күн 2день	3-күн 3 день		4-күн 4 день	5-күн 5 день		
	күні дата	күні дата	күні дата		күні дата	күні дата		
	салмағы вес		салмағы вес	темпера- турасы темпера- тура		салмағы вес	темпера- турасы температура	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

Пирогендікке сынау испытание на пирогенность							
бастапқы темпера- турасы исходная темпера- тура	салмағы вес	Енгізілген препараттың мөлшері Кол-во введенного препарата	Температурасын өлшеу Измерение температ. через			температура- ның ауытқуы отклонение температур	Температура- ның ең жоғарғы ауытқуларының жиынтығы Сумма максимальных отклонений температур
			1 сағ. соң 1 час	2 сағ. соң 2 часа	3 сағ. соң 3 часа		
10	11	12	13	14	15	16	17

Қорытынды (Заключение): \_\_\_\_\_

Күні (Дата) \_\_\_\_\_ Қолы (Подпись) \_\_\_\_\_







Р/с № п/ п	Номер серии, контроли- руемого препарата	және т.б.) Количество продукции в серии (л, шт. и т.д.)	зерттеу нөмірі номер исследо- вания	зерттеу күні дата исследо- вания														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

№ 441/е.-н. 3-беті  
стр. 3 ф. № 441/у

ФС (ВФС) бойынша по ФС (ВФС)					
биологиялық бақылау биологический контроль					
пирогендік пирогенность			уыттылығы немесе зиянсыздығы токсичность или безвредность		
зерттеу нөмірі номер исслед.	зерттеу күні дата исслед.	нәтиже результат	зерттеу нөмірі номер исслед.	зерттеу күні дата исслед.	нәтиже результат
19	20	21	22	23	24

продолжение таблицы

ФС (ВФС) бойынша по ФС (ВФС)			ТТБ-нің қорытындысы Заключение ОТК	ТТБ-нің қолы подпись ОТК	талдау төлқұжаты аналитический паспорт		
бактериологиялық бақылау бактериологический контроль					нөмірі номер	берілу күні дата выдачи	алушының қолы подпись получателя
зерттеу нөмірі номер исслед.	зерттеу күні дата исслед.	нәтиже результат	28	29			
25	26	27	28	29	30	31	32







						переработку уничтожено и пр.)	ответственного лица ОКК
1	2	3	4	5	6	7	8

A4 форматы  
Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 444-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 444-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**дайындаушы кәсіпорынның атауы (наименование  
предприятия-изготовителя)  
Өнімге білдірілген рекламацияларды (наразылықтарды) есепке алу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
учета рекламации (претензий) на продукцию**

Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен бекітіліп, ТББ бастығының қолы қойылуы тиіс	Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью, подписаны начальником ОТК
--	---

Р/с № п/п	Өнімнің атауы, серия нөмірі, НТҚ Наименование продукции, номер серии, НТК	Рекламация түскен күн Дата поступления рекламации	Өнімге рекламация білдірген ұйымның атауы Наименование организации, предъявившей рекламацию	Рекламация мазмұны Содержание рекламации	Жарамсыз деп табылған өнімнің құны Стоимость забракованной продукции
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

--	--	--	--	--	--

Қайтарылған өнімнің мөлшері Количество возвращенной продукции	Рекламацияның қаралған күні Дата рассмотрения рекламации	Қабылданған шешім Принятое решение	Ақауларды жою (болдырмау) туралы қабылданған іс-шаралар Меры, принятые по устранению (недопущению) дефектов	Рекламациядан болған шығын Потери от рекламации
7	8	9	10	11

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 445/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 445/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**МҰРАҒАТТЫҚ ҮЛГІЛЕР МЕН ОЛАРДЫ БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІН**

**ТІРКЕУДІ ЕСЕПКЕ АЛУ**

**ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ**

**УЧЕТА АРХИВНЫХ ОБРАЗЦОВ И РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИХ КОНТРОЛЯ**

<p>1. Нысан қан қызметі ұйымдары шығаратын, арбитраждық талдау жүргізуге арналған препараттар үлгілерін есепке алу және препараттарды сақтау барысында олардың сапасын бақылау үшін қолданылады.</p> <p>2. Журнал ТТБ-де үлгілердің түсуі және оларды талдау барысында жүргізіледі.</p> <p>3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс</p>	<p>1. Форма применяется для учета образцов препаратов, выпускаемых организациями службы крови и предназначенных для выполнения арбитражных анализов, а также для наблюдения за качеством препаратов в процессе их хранения</p> <p>2. Журнал ведется в ОТК и заполняется по мере поступления образцов и проведения их анализа</p> <p>3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.</p>
--	---

№ 445/е.-н. 2-беті

стр. 2 ф. № 445/у



Препарат дайындалған күн Дата изготовления препарата	Серия нөмірі Номер серии	Үлгілер саны Количество образцов	Жарамдылығы Годен до	Препарат үлгілерінің физикалық қасиеттерін тексеру нәтижелері мен күні Дата и результаты контроля физических свойств образцов препарата	
				бақылау жылы год контроля	I жартыжылдық I полугодие
					бақылау нәтижесі результат контроля
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Препарат үлгілерінің физикалық қасиеттерін тексеру нәтижелері мен күні Дата и результаты контроля физических свойств образцов препарата			Күні Дата		ТТБ меңгерушісінің қолы Подпись заведующего ОТК
I жартыжылдық I полугодие	II жартыжылдық II полугодие		үлгілерді алу изъятия образцов	үлгілерді іске асыру реализации образцов	
жауапты адамның қолы подпись ответственного лица	бақылау нәтижесі результат контроля	жауапты адамның қолы подпись ответственного лица			
7	8	9	10	11	12

Форма

А4 форматы  
Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 446/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 446/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Кіндік қаны донорынан перифериялық қан мен кіндік қанды қабылдауды  
тіркеу  
ЖУРНАЛЫ  
ЖУРНАЛ  
регистрации приема пуповинной крови  
и периферической крови донора пуповинной крови**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
1. Медициналық тіркеуші жүргізеді 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс	1. Ведется медицинским регистратором. 2. Страницы журнала должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Р/с № п/п	Кіндік қанды жеткізу уақыты және күні Дата и время доставки	Кіндік қанды алу күні және уақыты Дата и время заготовки пуповинной крови	Кіндік қаның жеткізілім температурасы, градусов С Температура доставки пуповинной крови, градусов С	Әйел-донорының ТАӘ ФИО женщины-донора
1	2	3	4	5

Үйінің мекенжайы Домашний адрес	ABO жүйесі бойынша аналыққан тобы Группа материнской крови по системе ABO	Аналық қан тобының резус-тиістілігі Резус- принадлежность материнской крови	Жүктілігі, босану (есеп бойынша) Беременность, роды по счету
6	7	8	9

Нәрістенің жынысы және салмағы Пол и вес новорожденного	Босандыру мекемесі Учреждение родовспоможения	Кіндік қанның мөлшері Количество пуповинной крови	
		КҚ бар гемаконның жалпы салмағы, гр Общий вес гемакона с ПК, гр	Кіндік қаның «таза» салмағы, (гемакон мен консервантты есептегенде), гр «Чистый» вес ПК (без учета веса гемакона и консерванта), гр
10	11	12	13

Форма

А4 форматы  
Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 446-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 446-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «23» ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Кіндік қан донорының кіндік қаны мен перифериялық қанын зерттеу нәтижелерін тіркеу**

**ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ**

**регистрации результатов исследования пуповинной крови и периферической крови донора пуповинной крови**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
1. Бөлімнің жауапты қызметкері жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекетілуі тиіс.	1. Ведется ответственным сотрудником отдела 2. Страницы журнала должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

P/c № п/п	Үлгінің штрих-коды Штрих-код образца	Аналық қанды зерттеп-қарау және оның нәтижелері (нәтижені қабылдаған күнін көрсете отырып) Обследование материнской крови и результаты (с указанием даты получения результатов)			
		В вирусты гепатит Вирусный гепатит В	С вирусты гепатит Вирусный гепатит С	Мерез Сифилис	АИТВ 1, 2, инфекциясы ВИЧ-инфекция 1, 2
1	2	3	4	5	6

Кіндік қанының резустістілігі Резус-принадлежность пуповинной крови	Құрамында ядро бар жасушалар (лейкоциттер) санын анықтау Определение содержания ядросодержащих клеток (лейкоциты)		Дің жасушалар концентратында CD34+ мөлшері Содержание CD34+ в концентрате стволовых клеток	HLA-типтеу HLA-типирование	Зарарсыздыққа бактериологиялық зертеу Бактериологическое исследование на стерильность
	Жаңа алынған кіндік қанда В цельной пуповинной крови	Дін жасушалары концентратында В концентрате стволовых клеток			
8	9	10	11	12	13

Р/с № п/п	Үлгінің штрих-коды Штрих-код образца	Аналық қанды зерттеп-қарау және оның нәтижелері (нәтижені қабылдаған күнін көрсете отырып) Обследование материнской крови и результаты (с указанием даты получения результатов)			
		В вирусты гепатит Вирусный гепатит В	С вирусты гепатит Вирусный гепатит С	Мерез Сифилис	1, 2, АИТВ- инфекциясы ВИЧ-инфекция 1, 2
1	2	3	4	5	6

Кіндік қанды зерттеп-қарау және оның нәтижелері (нәтижені қабылдаған күнін көрсете отырып) Обследование пуповинной крови и результаты (с указанием даты получения результатов)						
АВО жүйесі бойынша кіндік қанның тобы Группа пуповинной крови по системе АВО	Кіндік қанының резус- тиістілігі Резус- принадлежность пуповинной крови	Ядролық жасушалар (лейкоциттер) санын анықтау Определение содержания ядросодержащих клеток (лейкоциты)		Дің жасушалар концентратында CD34+ мөлшері Содержание CD34+ в концентрате стволовых клеток	HLA- типтеу HLA- типирование	Зарарсыздыққа бактериологиялық зертеу Бактериологическое исследование на стерильность
		Жаңа алынған кіндік қанында В цельной пуповинной крови	Дін жасушалары концентратында В концентрате стволовых клеток			
7	8	9	10	11	12	13

Форма

Формат А4 А4 форматы		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы «23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 446-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 446-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**Кіндік қанының дің жасушалары үлгілерін криоконсервілеу процесін жазу**  
**ЖУРНАЛЫ**  
**ЖУРНАЛ**  
**записи процесса криоконсервации образцов стволовых клеток пуповинной крови**

20__ жылғы (года) «__» _____ басталды (начато)	20__ жылғы (года) «__» _____ аяқталды (окончено)
1. Жазбаны мұздату жөніндегі персонал жүргізеді 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс	1. Запись осуществляется персоналом по замораживанию 2. Страницы журнала должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с №	Кіндік қанды алудың күні мен уақыты	Үлгіні криоконсервілеудің күні мен уақыты	Үлгі штрих-коды	Өңдеу әдісі	Криокойманың түрі, орналасқан орны	Қызметкердің ТАӘ	Ескертпе
№ п/п	Дата и время заготовки пуповинной крови	Дата и время криоконсервации образца	Штрих-код образца	Метод обработки	Вид криохранилища, месторасположение	ФИО сотрудника	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Приложение 7-1  
к приказу и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приказ дополнен приложением 7-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы (есепке алу) медициналық құжаттамаларының нысандарының тізбесі және оларды сақтау мерзімдері**

**Перечень форм первичной (учетной) медицинской документации организаций здравоохранения и сроки их хранения**

**1. СТАЦИОНАРЛАРДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В СТАЦИОНАР**

№/ № п/ п	Нысанның атауы Наименование формы	Нысан нөмірі Номер формы	Формат	Құжат түрі Вид документа	Сақталу мерзімі Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Науқастарды қабылдау және емдеуге жатқыздан бас тартуларды есепке алу журналы (Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации)	001/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)
2	Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы (Медицинская карта больного туберкулезом)	ТБ 01/е	A4	Дәптер (Тетрадь), 30 бет (страниц)	5 жыл (лет)
3	Туберкулезге шалдыққан IV санаттағы науқастың медициналық картасы (Медицинская карта больного туберкулезом категории IV)	ТБ 01/е – категория IV	A4	Дәптер (Тетрадь), 50 бет (страниц)	5 жыл (лет)
4	Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеу журналы (облыс, қала, аудан) (Журнал регистрации больных туберкулезом (область, город, район))	ТБ 03/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
5	Туберкулезбен ауыратын науқасты ауыстыру жолдамасы (Направление на перевод больного туберкулезом)	ТБ 09/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
6	Туберкулезбен ауыратын IV санаттағы науқастарды тіркеу журналы (Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV)	ТБ 11/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
7	Туберкулезге қарсы препараттарды (ТҚП) тіркеу журналы (Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов (ПТП))	ТБ 12/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
8	Емдеуге алынатын науқастың ақпараттық келісімі	ТБ 14/е	A4	Бланк	

	(Информированное согласие больного на лечение)				3 жыл (года)
9	Туберкулезге қарсы препараттардың қозғалысы туралы стеллажды карта (Стеллажная карта движения противотуберкулезных препаратов)	ТБ 19/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
10	Жөнелтпе құжат (Накладная)	ТБ 20/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
11	Жүкті, босанатын және жаңа босанған әйелдерді қабылдауды есепке алу журналы (Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц)	002/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	50 жыл (лет)
12	Стационарлық науқастың медициналық картасы (Медицинская карта стационарного больного)	003/е	A4	Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц)	25 жыл (лет)
13	Жүктілікті үзудің медициналық картасы (Медицинская карта прерывания беременности)	003-1/е	A4	Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц)	5 жыл (лет)
14	Температура парағы (Температурный лист)	004/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
15	Дәрігерлік тағайындаулар парағы (Лист врачебных назначений)	004-1/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
16	Эритроцитқұрамды заттар трансфузиясының хаттамасы (Протокол трансфузии эритроцитосодержащих средств)	005/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
17	Қан компоненттері, препараттары трансфузиясының хаттамасы (Протокол трансфузий компонентов, препаратов крови)	005-1/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
18	Қанның, оның компоненттері мен препараттарының мен диагностикалық стандарттардың қабылдануы мен таратылуын тіркеу журналы (Журнал регистрации поступления и выдачи крови, ее компонентов, препаратов, диагностических стандартов)	005-2/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
19	Науқасының трансфузиялық парағы (Трансфузионный лист больного)	005-3/е	A4	Бланк	1 жыл (год)



20	Медициналық ұйымдарда қанның компоненттері мен препараттарын есептен шығаруды және жоюды тіркеу журналы (Журнал регистрации списания и утилизации компонентов и препаратов крови в медицинских организациях)	005-4/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
21	Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы (Журнал учета сбора ретроплацентарной крови)	006/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
22	Науқастар мен стационар төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы (Листок учета движения больных и коечного фонда стационара)	007/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
24	Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу журналы (Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре)	008/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	50 жыл (лет)
25	Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы (Журнал регистрации переливания инфузионно-трансфузионных сред)	009/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
26	Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу журналы (Журнал учета реципиентов крови и ее компонентов)	009-1/е	A4	Журнал, 48 стр.	5 жыл (лет)
27	Стационарда босануды жазу журналы (Журнал записи родов в стационаре)	010/е	A4	Журнал, 48 стр.	25 жыл (лет)
28	Реанимация және жіті терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы) тағайындаулар мен науқас жағдайының негізгі көрсеткіштерінің картасы (Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии)	011/е	A4	Дәптер (Тетрадь), 5 бет (страниц)	25 жыл (лет)
29	Науқасты операциядан кейін бақылау картасы (Карта послеоперационного наблюдения пациента)	011-2/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)

30	Анестезиологтың консультациясы (Консультация анестезиолога)	011-3/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
31	Жаңа туған нәрестенің реанимация және жіті терапия бөліміндегі науқас жағдайының негізгі көрсеткіштері мен тағайындаулары (Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате ) реанимации и интенсивной терапии новорожденных)	011-6/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
32	Жүрек-қан тамырларына операция жасаудағы операция кезеңінің картасы (Карта операционного периода при проведении сердечно-сосудистых операций)	012/е	A4	Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страниц)	25 жыл (лет)
33	Патологоанатомиялық зерттеу хаттамасы (картасы) № __ (Протокол (карта) патологоанатомического исследования № __)	013/е	A4	Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц)	10 жыл (лет)
34	Патологиялық - гистологиялық зерттеуге жолдама (Направление на патолого-гистологическое исследование)	014/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
35	Мәйіттердің түсуі мен берілуін тіркеу журналы (Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов)	015/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
36	Биологиялық өлімді констатациялау актісі (Акт констатации биологической смерти)	017/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
37	Транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу актісі (Акт об изъятии органов тканей у донора - трупа для трансплантации)	018/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
38	Ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі (Акт констатации смерти на основании смерти мозга)	019/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
39	Республикалық деңгейде жоғары мамандырылған консультациялық-дагностикалық көмек алуға жолдама (Направление на получение	021/е	A5	Бланк	

	высокоспециализированной консультативно-диагностической помощи на республиканском уровне)				5 жыл (лет)
40	Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымдағы (бөлімшедегі) оқиғаларды тіркеу журналы (Журнал учета происшествий в наркологической организации для принудительного лечения (отделении))	022/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	5 жыл (лет)
41	Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымның (бөлімшенің) изоляторында тұратын тұлғаларды есепке алу журналы (Журнал учета лиц, содержащихся в изоляторе наркологической организации для принудительного лечения (отделении))	022-1	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	5 жыл (лет)
42	Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы (Журнал учета консервированного костного мозга)	024/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)
43	Қатерлі ісікпен ауырған стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме (Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием)	027-1/е	A4	Бланк	10 жыл (лет)
44	Науқаста асқынған түрдегі қатерлі ісік (IV клиникалық топ) анықталған жағдайға толтырылатын хаттама (Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (клиническая группа IV))	027-2/е	A4	Бланк	5 жыл (лет)
45	Материалды цитологиялық зерттеуге жіберу (Направление материала на цитологическое исследование)	027-3/е	A5	Бланк	5 жыл (лет)
47	Консервіленген донорлық бүйрек паспорты (Паспорт консервированной донорской почки)	034/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)

48	Бүйрек трансплантаны бар науқастың картасы (Карта больного с почечным трансплантатом)	041/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
49	Адамды психикалық бұзылуы ( ауруы) бар деп тану туралы комиссиялық куәландырудың № ____ медициналық қорытындысы (Медицинское заключение № _____ по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении которого решается вопрос о признании его больным с психическим расстройством ( заболеванием)	056/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
50	Стационардан шыққан адамның картасы (Карта вывшего из стационара )	066/е	A4	Бланк	1 жыл ( год)
51	Наркологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (Статистическая карта вывшего из наркологического стационара)	066-1/е	A4	Бланк	50 жыл (лет)
52	Онкологиялық стационардан шыққан адамның картасы (Карта вывшего из онкологического стационара)	066-2/е	A4	Бланк	50 жыл (лет)
53	Психиатриялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (Статистическая карта вывшего из психиатрического стационара )	066 -3/е	A4	Бланк	50 жыл (лет)
54	Емдеуді жалғастыратын науқастың статистикалық картасы (Статистическая карта больного , продолжающего лечение)	066-п/е	A4	Бланк	1 жыл ( год)
55	Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (жүкті, босанған әйелге және жаңа туған (өлі туған) нәрестеге) (Статистическая карта вывшеих из стационара (беременных, родильниц и новорожденных ( мертворожденных))	066-5/е	A4	Бланк	1 жыл ( год)
56	Босану тарихы (История родов)	096/е	A4	Дәптер ( Тетрадь), 8 бет ( страниц)	25 жыл (лет)

57	Нәрестенің даму тарихы (История развития новорожденного)	097/е	A4	Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц)	25 жыл (лет)
58	Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) журналы Журнал отделения (палаты) новорожденных	102/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	5 жыл (лет)

**2. СТАЦИОНАРЛАРДА ЖӘНЕ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ – ЕМХАНАЛЫҚ  
ҰЙЫМДАРДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ  
МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В  
СТАЦИОНАРАХ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

№ п/ п	Нысанның атауы Наименование формы	Нысан нөмірі Номер формы	Формат	Құжат түрі Вид документа	Сақталу мерзімі Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Күндізгі стационардағы (емханадағы, ауруханадағы) науқастарды есепке алу журналы (Журнал учета больных дневного стационара (поликлиники, больницы))	001-1 /е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)
2	Консультацияға, диагностикалық жолдама (Направление на консультацию, диагностическое исследование)	001-4 /е	A4	Бланк	1 жыл (год)
3	Психикалық белсенді затты қолдану және мас болу күйі фактісін анықтау үшін медициналық куәландыруды тіркеу журналы (Журнал регистрации медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения)	022-2 /е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	5 жыл (лет)
4	Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме (Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного)	027/е	A5	Бланк	3 жыл (лет)
5	Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің қосымша парағы	028/е	A6	Бланк	

	(Вкладной лист учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях)				25 жыл (лет)
6	Емшараларды есепке алу журналы (Журнал учета процедур)	029/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
7	Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы (Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии)	035/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
8	Дәрігерлік – консультациялық комиссиясының қорытындысы (Заключение врачебно – консультационной комиссии)	035-1 /е	A4	Бланк	3 жыл (года)
8-1	Анықтама (Справка)	035-2 /е	A4	Бланк	3 жыл (года)
8-2	ЕурАзЭҚ кіретін елдердегі еңбекші-мигранттың денсаулық жағдайы жөніндегі медициналық қорытынды (Медицинское заключение о состоянии здоровья трудящегося-мигранта государства-члена ЕврАзЭС)	035-3 /е	A4	Бланк	3 жыл (года)
9	Еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы (Книга регистрации листов нетрудоспособности)	036/е	A4	Кітап (Книга), 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
10	СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы (Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ)	038/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
11	Рентген-диагностикалық бөлімшесінің, УДЗ және компьютерлік томография бөлмесінің жұмысын есепке алу күнделігі (Дневник учета работы рентгенодиагностического отделения, кабинета УЗИ и компьютерной томографии)	039-5 /е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
12	Емхананың/әйелдер консультациясының орта медперсоналының жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы среднего медперсонала поликлиники/женской консультации)	039-6 /е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)

13	Эндоскопиялық бөлімшенің ( бөлмесінің) жұмысының есепке алу журналы (Журнал учета работы эндоскопического отделения ( кабинета)	039-7 /е	A4	Журнал, 96 бет ( страниц)	1 жыл ( год)
18	Функциялық диагностика бөлімшесінің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу журналы (Журнал работы отделения ( кабинета) функциональной диагностики)	039-8 /е	A4	Журнал, 96 бет ( страниц)	1 жыл ( год)
19	Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы (Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры)	042/е	A5	Бланк	1 жыл ( год)
20	Физиотерапия бөлімшесінде ( бөлмесінде) емделуші науқастың картасы (Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении ( кабинете)	044/е	A5	Бланк	5 жыл ( лет)
21	Физиотерапиялық бөлімшенің ( бөлменің) күнделігі (Дневник физиотерапевтического отделения (кабинета)	046/е	A3	Бланк	1 жыл ( год)
22	Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың процедураларын есептеу картасы (Карта учета процедур больного, лечащегося в кабинете иглорефлексотерапии)	047/е	A5	Бланк	1 жыл ( год)
22	Рентгенологиялық, ультрадыбыстық және компьютерлік-томографиялық зерттеулерді жазу журналы (Журнал записи рентгенологических, ультразвуковых и компьютерно-томографических исследований)	050/е	A4	Журнал, 96 бет ( страниц)	6 жыл ( лет)
23	Инфекциялық ауру, тамақтан, кенеттен кәсіби улану, еекпеге әдеттегіден бөлек реакция болғаны туралы шұғыл хабарлама (Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку)	058/е	A5	Бланк	1 жыл ( год)
24	Инфекциялық ауруларды тіркеу журналы	060/е	A5		

	(Журнал учета инфекционных заболеваний)			Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
25	Венерологиялық аурумен ауырған адамға ескерту (Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью)	065-2/e	A5	Бланк	1 жыл (год)
26	Денесіне электрокардиоширатқыш (ЭКШ) қойылған науқастың картасы (Карта больного с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС))	073/e	A6	Бланк	25 жыл (лет)
27	Амбулаториялық науқастарды тіркеу журналы (Журнал регистрации амбулаторных больных)	074/e	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (лет)
28	Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы (Журнал регистрации и реабилитации инвалидов)	088-1/e	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (лет)
28-1	Медициналық-әлеуметтік сараптамаға жіберу (Направление на медико-социальную экспертизу)	088/e	A4	Бланк	1 жыл (года)
29	Өмірінде бірінші рет белсенді туберкулез, көбінесе жыныстық жолмен жұғатын инфекция, трихофития, микроспория, фавус, қышыма, трахома, психикалық ауру диагнозы қойылған науқас туралы хабарлама (Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, инфекцией передающейся преимущественно половым путем, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания)	089/e	A5	Бланк	3 жыл (лет)
30	Обыр немесе басқа қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған науқас туралы мәлімдеме (Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования)	090/e	A4	Бланк	3 жыл (лет)
31	ГБО сеанстарын есепке алу картасы (Карта учета сеансов ГБО)	093/e	A4	Бланк	25 жыл (лет)



32	ГБО сеанстарын тіркеу журналы (Журнал регистрации сеансов ГБО)	093-1 /е	A4	Журнал, 96 бет ( страниц)	3 жыл ( года)
33	Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама (Справка о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем)	094/е	A5	Бланк	3 жыл ( года)
34	Студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы, мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері туралы анықтама (Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию)	095/е	A4	Бланк	3 жыл ( года)
35	Ерікті медициналық сақтандыру бойынша медициналық қызметке ақы төлеу есебі (Счет для оплаты медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию)	099/е	A4	Бланк	3 жыл ( года)
36	Телемедициналық консультация өткізу туралы өтінім (Заявка на проведение телемедицинской консультации)	099-1 /е	A5	Бланк	3 жыл ( года)
37	Телемедициналық консультацияға жіберілген пациенттердің есебін жүргізу журналы (Журнал учета пациентов, направленных на телемедицинскую консультацию)	099-2 /е	A4	Бланк	3 жыл ( года)
38	Телемедицина орталығының телекоммуникация каналын пайдалану туралы тіркеу журналы	099-3 /е	A4	Бланк	

	(Журнал учета использования канала телекоммуникаций телемедицинским центром)				3 жыл ( года)
39	Телемедициналық консультация өткізу хаттамасы (Протокол проведения телемедицинской консультации)	099-5 /е	A4	Бланк	3 жыл ( года)
40	Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы (Заключение судебно-психиатрической экспертизы)	100/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
41	Сотталған адамды психиатриялық куәландыру қорытындысы (Заключение психиатрического освидетельствования осужденного)	101/е	A5	Бланк	қауа ( дмн)*
42	ИКСИ ЭҚ шарасын өткізу хаттамасы (Протокол проведения процедуры ЭКО ИКСИ)	103/е	A4	Бланк	қауа ( дмн)*
43	Туу туралы медициналық куәлік (Медицинское свидетельство о рождении)	103/е -12	A4	Бланк	5 жыл ( лет)
44	Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың қорытындысы (Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении)	104/е	A4	Бланк	қауа ( дмн)*
45	Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы тіркеу журналы (Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы)	105/е	A4	Журнал, 96 бет ( страниц)	3 жыл ( года)
46	Сот-психиатриялық сараптама комиссиясының істері (қылмыстық және азаматтық) мен қорытындыларын қабылдауды, беруді тіркеу журналы (Журнал регистрации приема, выдачи дел (уголовных и гражданских) и заключений судебно-психиатрических экспертных комиссий)	105-1 /е	A4	Журнал, 96 бет ( страниц)	3 жыл ( года)
47	Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік (Медицинское свидетельство о смерти)	106/е -12	A4	Бланк	5 жыл ( лет)

48	Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік (Медицинское свидетельство о перинатальной смерти)	106-2/e-12	A4	Бланк	5 жыл (лет)
49	Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы (Обменная карта беременной и родильницы)	113/e	A4	Бланк	3 жыл (года)
50	ЭКҰ тағайындау парағы (Лист назначения ЭКО)	125/e	A4	Бланк	1 жыл (год)
51	Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы (Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет)	2009/e	A4	Бланк	1 жыл (год)
52	Анна өлім-жітімін есепке алу картасы (Карта учета материнской смертности)	2009-1/e	A4	Бланк	1 жыл (год)

**3. АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ- ЕМХАНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДА ҚОЛДАНАЛАТЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ  
МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

Р/с № п/п	Нысанның атауы Наименование формы	Нысан нөмірі Номер формы	Формат	Құжат түрі Вид документа	Сақталу мерзімі Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Үйдегі стационар науқастарын есепке алу журналы (Журнал учета больных стационара на дому)	001-2/e	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)
2	Стационарға, күндізгі стационарға емдеуге жатқызуға жолдама (Направление на госпитализацию в стационар, в дневной стационар)	001-3/e	A4	Бланк	1 жыл (год)
3	Консультацияға немесе диагностикалық зерттеуге жіберілген науқасты есепке алу журналы (Журнал учета больных, направленных на консультацию или диагностическое исследование)	001-5/e	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)
	Емдеуге жатқызуға жіберілген және емдеуге жатудан бас тартқан				

4	науқастарды есепке алу журналы (Журнал учета больных, отправленных на госпитализацию и отказа в госпитализации)	001-6 /e	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)
5	Күндізгі стационар (емхана, аурухана), үйдегі стационар науқасының картасы (Карта больного дневного стационара (поликлиники, больницы), стационара на дому)	003-2 /e	A4	Бланк	25 жыл (лет)
6	Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы (Медицинская карта амбулаторного пациента)	025/e	A4	Дәптер (Тетрадь), 24 бет (страниц)	25 жыл (лет)
7	Диспансерлік есептегі амбулаторлық пациенттің медициналық картасына жапсырма парақ (сатылық эпикриз) (Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента, находящегося на диспансерном учете (этапной эпикриз))	025-3 /e	A5	Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страницы)	5 жыл (лет)
8	Дәрігердің қабылдауына арналған талон (Талон на прием к врачу)	025-4 /e	A5	Бланк	1 ай (мес)
9	Амбулаториялық пациенттің картасы (Карта амбулаторного пациента)	025-5 /e	A5	Бланк	1 жыл (год)
10	Баланы профилактикалық медициналық тексерудің (скринингтің) статистикалық картасы (Статистическая карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка)	025-7 /e	A4	Бланк	1 жыл (год)
11	Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) үшін амбулаториялық пациенттің картасы (Карта амбулаторного пациента для профилактического медицинского осмотра (скрининга))	025-8 /e	A4	Бланк	1 жыл (год)
12	Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы (консультациялық-диагностикалық орталықтар (емханалар) үшін) (Статистическая карта амбулаторного пациента (для консультативно-диагностических центров (поликлиник))	025-9 /e	A4	Бланк	1 жыл (год)

13	Баланың медициналық картасы (Медицинская карта ребенка)	026/е	A5	Дәптер (Тетрадь), 11 бет (страниц)	10 жыл (лет)
14	Баланың медициналық картасы балалар үйі үшін (қыз бала) (Медицинская карта ребенка для детского дома (девочка))	026-1 /е	A4	Дәптер (Тетрадь), 11 бет (страниц)	10 жыл (лет)
15	Баланың медициналық картасы балалар үйі үшін (ұл бала) (Медицинская карта ребенка для детского дома (мальчик))	026-2 /е	A4	Дәптер (Тетрадь), 11 бет (страниц)	10 жыл (лет)
16	Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы (Контрольная карта диспансерного наблюдения)	030/е	A5	Бланк	5 жыл (лет)
17	«В» және «С» вирусты гепатиттерге тексерілгендер және ауыратын науқастарды жеке есепке алу картасы (Карта индивидуального учета обследованных и больных вирусными гепатитами «В» и «С»)	030-1 /е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
18	Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы (Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством)	030-2 /е	A5	Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц)	5 жыл (лет)
19	Диспансерлік бақылаудың тексеру картасы (онко) (Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко))	030-6 /е	A4	Бланк	5 жыл (лет)
20	Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу кітабы (Книга записи вызовов врачей на дом)	031/е	A4	Кітап (Книга), 94 бет (страниц)	3 жыл (года)
21	Үйде босануға көмектесуді жазу журналы (Журнал записи родовспоможения на дому)	032/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
22	Стоматологиялық емхананың бөлімшенің, бөлменің стоматолог-тіс) дәрігерінің жұмысын күнделікті есепке алу парағы (Листок ежедневного учета работы врача стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)	037/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
	Ортопед (ортодонт) стоматолог-дәрігерінің күнделікті жұмысын есепке алу парағы				

23	(Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда ( ортодонта))	037-1 /e	A5	Бланк	1 жыл ( год)
24	Емханада (амбулаторияда), диспансерде, консультацияда, үйде науқастарды қарауды есепке алу ведомосы (Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, консультации и на дому)	039/e	A5	Бланк	1 жыл ( год)
25	Денсаулық пунктiнiң, фельдшерлiк-акушерлiк пункттiң орташа медициналық персоналына қаралуды есепке алу ведомосы (Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта)	039-1 /e	A4	Бланк	1 жыл ( год)
26	Барлық меншiк нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердiң терапевтiк және хирургиялық қабылдаулар жұмысының жиынтық ведомосы (Сводная ведомость ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности)	039-2 /e	A4	Бланк	1 жыл ( лет)
27	Стоматолог-ортодонт-дәрігердiң жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы врача стоматолога-ортодонта)	039-3 /e	A4	Бланк	1 жыл ( год)
28	Стоматолог-ортопед дәрігердiң жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы врача стоматолога ортопеда)	039-4 /e	A3	Бланк	1 жыл ( год)
29	Дәрігерге қаралуға алдын ала жазылу карточкасы (Карточка предварительной записи на прием к врачу)	040/e	A5	Бланк	1 жыл ( лет)
30	Стоматологиялық науқастың медициналық картасы (Медицинская карта стоматологического больного)	043/e	A5	Дәптер ( Тетрадь), 5 бет ( страниц)	5 жыл ( лет)
31	Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы (Карта обратившегося за антирабической помощью)	045/e	A5	Бланк	3 жыл ( года)

32	Мектеп оқушысының санациялық картасы (Санационная карта школьника)	048/е	A4	Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страницы)	10 жыл (лет)
33	Ауыз қуысын профилактикалық тексеріп- қарауды есепке алу журналы (Журнал учета профилактических осмотров полости рта)	049/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	1 жыл (год)
34	Профилактикалық флюорографиялық тексеріп-қарау картасы (Карта профилактических флюорографических обследований)	052/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
35	Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емдеу картасы (Лечебная карта допризывника)	053/е	A4	Бланк	5 жыл (лет)
36	Шақырылушылардың жеке тізімі (тексерілуге, жүйелі түрде емдеуге, диспансерлік қадағалауға) (Именной список допризывников (на обследование, для систематического лечения, на диспансерное наблюдение)	054/е	A4	Бланк	5 жыл (лет)
37	Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы (Журнал регистрации пациента/ клиента и оказанных социальных услуг)	055/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
38	Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны (Талон прикрепления к медицинской организации)	057/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
39	Балалар емханасының, емхана бөлімшесінің изоляторына баруды тіркеу журналы (Журнал регистрации посещений изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники)	059/е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	3 жыл (года)
40	Дене шынықтырушы мен спортшының дәрігерлік-бақылау картасы (Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена)	061/е	A4	Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страницы)	3 жыл (года)
41	Спортшыны диспансерлік байқаудың дәрігерлік-бақылау картасы (Врачебно-контрольная карта диспансерного наблюдения спортсмена)	062/е	A5	Дәптер (Тетрадь), 26 бет (страниц)	5 жыл (лет)
	Профилактикалық екпелердің картасы				

42	(Карта профилактических прививок )	063/е	A5	Бланк	5 жыл ( лет)
43	Профилактикалық екепелерді есепке алу журналы (Журнал учета профилактических прививок)	064/е	A4	Журнал, 48 бет ( страниц)	3 жыл ( года)
44	Жаңа туған нәрестелерге ( перзентхана) профилактикалық екепелерді есепке алу журналы (Журнал учета профилактических прививок новорожденным (роддома) )	064-1 /е	A4	Журнал, 48 бет ( страниц)	3 жыл ( года)
45	Вакциналар қозғалысының журналы (Журнал движения вакцин)	064-2 /е	A4	Журнал, 48 бет ( страниц)	3 жыл ( года)
46	Жыныстық аурумен ауыратын науқастың медициналық картасы (Медицинская карта больного венерическим заболеванием)	065/е	A4	Журнал, 48 бет ( страниц)	3 жыл ( года)
47	Саңырауқұлақтық аурумен ауырған науқастың медициналық картасы (Медицинская карта больного грибковым заболеванием)	065-1 /е	A5	Журнал, 48 бет ( страниц)	3 жыл ( года)
48	Күндізгі стационарда және үйдегі стационарда емдеуден өткен адамның статистикалық картасы (Статистическая карта прошедшего лечение в дневном стационаре и стационаре на дому)	066-4 /е	A4	Бланк	1 жыл ( год)
49	Дене шынықтыру сабақтары мен спорт іс-шараларында көрсетілетін медициналық көмекті тіркеу журналы (Журнал регистрации медицинской помощи оказываемой на занятиях физической культурой и спортивных мероприятиях)	067/е	A4	Журнал, 48 бет ( страниц)	3 жыл ( года)
50	Дене шынықтыру іс-шараларына медициналық қызмет көрсетуді тіркеу журналы (Журнал регистрации медицинского обслуживания физкультурных мероприятий)	068/е	A4	Журнал, 48 бет ( страниц)	3 жыл ( года)
51	Амбулаторлық операцияларды жазу журналы (Журнал записи амбулаторных операций)	069/е	A4	Журнал, 48 бет ( страниц)	3 жыл ( года)
52	Жолдама алуға анықтама (Справка для получения путевки)	070/е	A5	Бланк	3 жыл ( года)
53	Медициналық қорытынды (Медицинское заключение)	071/е	A4	Бланк	3 жыл ( года)



54	Фельдшерлік-акушерлік пункттің бақылауында тұрған жүкті әйелдерді жазу дәптері (Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта)	075/е	A4	Дәптер (Тетрадь), 48 бет (страниц)	25 жыл (лет)
55	Санаториялық-курорттық карта (Санаторно-курортная карта)	072/е	A5	Бланк	3 жыл (года)
56	Жолдама (балалар санаторийіне) (Путевка в детский санаторий)	077/е	A5	Бланк	3 жыл (года)
57	Туберкулезбен ауырған науқастар үшін санаторийге жолдама (Направление в санаторий для больных туберкулезом)	078/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
58	Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына медициналық анықтамасы (Медицинская справка на школьника, выезжающего в оздоровительный лагерь)	079/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
59	Туберкулезбен ауыратын науқастың амбулаториялық картасы (Амбулаторная карта больного туберкулезом)	081/е	A4	Дәптер (Тетрадь), 26 бет (страниц)	5 жыл (лет)
60	Туберкулезге күдікті науқастарды тіркеу журналы (Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез)	ТБ 15 /е	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
61	Диспансерлік контингентті бақылау картасы (Карта наблюдения за диспансерным контингентом)	ТБ 16 /е	A5	Бланк	5 жыл (лет)
62	Шет елге шығушыға медициналық анықтама (Медицинская справка (для выезжающего за границу))	082/е	A5	Бланк	3 жыл (года)
63	(Мемлекеттік автоинспекцияға көрсету үшін) Медициналық анықтама (Медицинская справка (для представления в Госавтоинспекцию))	083/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
64	Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы (Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу)	084/е	A5	Бланк	3 жыл (года)
	Туберкулезге қарсы диспансердің, аурухананың (емхананың) туберкулезге қарсы диспансерлік бөлімшесінің (бөлмесінің)				

65	учаскелік мейірбикесінің картасы (Карта участковой медсестры противотуберкулезного диспансера , противотуберкулезного диспансерного отделения ( кабинета) больницы (поликлиники ) )	085/е	A4	Дәптер ( Тетрадь), 8 бет ( страниц)	5 жыл ( лет)
66	Дәрігерлік кәсіби-консультациялық қорытынды медициналық анықтама ( Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)	086/е	A5	Бланк	3 жыл ( года)
67	Денсаулық сақтау ұйымы заң консультантының жұмысын жазу кітабы (Книга записи работы юрисконсульта организации здравоохранения)	087/е	A4	Книга 96 бет ( страниц)	5 жыл ( лет)
68	Алдын ала, кезеңдік немесе қосымша медициналық тексеруге жолдама (Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға) (Направление на предварительный, периодический или дополнительный медицинский осмотр (для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношения гражданского и служебного оружия))	108/е	A4	Бланк	3 жыл ( года)
69	Медициналық тексеру қорытындысы (Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға) (Заключение медицинского осмотра (для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношения гражданского и служебного оружия))	108-1 /е	A4	Бланк	3 жыл ( года)
70	Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы (Индивидуальная карта беременной и родильницы)	111/е	A4	Дәптер ( Тетрадь), 6 бет ( страниц)	5 жыл ( лет)
71	Баланың даму тарихы (ұл бала) История развития ребенка ( мальчик)	112-6 (м)/е	A4	Дәптер ( Тетрадь)	25 жыл (лет)
72	Баланың даму тарихы (қыз) История развития ребенка ( девочка)	112-қ (д)/е	A4	Дәптер ( Тетрадь)	25 жыл (лет)

73	Учаскелік (патронаждық) мейірбикенің (акушердің) үйлерге жұмыс істеуін есепке алу дәптері (Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки))	116/е	A4	Дәптер (Тетрадь), 24 бет (страниц)	5 жыл (лет)
74	Инфекциялық аурулар кабинетінің жұмысын есепке алу журналы (Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний)	128/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
75	Рецепт (рецепт)	130/е	A6	Бланк	1 жыл (год)
76	Профилактикалық тексеріп-қарауларды есепке алу картасы (Карта учета профилактических осмотров)	131/е	A5	Бланк	5 жыл (лет)
77	Тегін немесе жеңілдікті рецепт (рецепт бесплатный или льготный)	132/е	A6	Бланк	1 жыл (год)
78	Дәрілік заттарды тегін және жеңілдікпен босатуға арналған рецептердің бланкілері есебін жүргізу кітабы (Книга учета бланков рецептов на бесплатный и льготный отпуск лекарственных средств)	133/е	A4	Кітап (Книга)	5 жыл (лет)
79	Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы анықтама (Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком)	138/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
80	Амбулаториялық науқастарды тіркеу журналы (Журнал регистрации амбулаторных больных)	278/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
81	Диспансерлік бақылау картасы (Карта диспансерного наблюдения)	279/е	A5	Дәптер (Тетрадь)	3 жыл (года)

**4. БАСҚА ТҮРДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ КҰЖАТТАМАСЫ**  
**МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ДРУГИХ ТИПОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Р/с № п/п	Нысанның атауы Наименование формы	Нысан нөмірі Номер формы	Формат	Құжат түрі Вид документа	Сақталу мерзімі Срок хранения
1	2	3	4	5	6

1	Медбикелік күту ауруханасының стационарлық науқасының медициналық картасы (Медицинская карта стационарного больного больницы сестринского ухода)	003-4 /е	A5	Бланк	1 жыл ( год)
2	Төтенше жағдайда зардап шеккеннің (науқас) алғашқы медициналық картасы (Первичная медицинская карта пораженного (больного) в чрезвычайной ситуации)	025-6 /е	A5	Бланк	1 жыл ( год)
3	Төтенше жағдайлар (ТЖ) туралы шұғыл мәлімет жеткізу (Экстренное донесение о чрезвычайной ситуации (ЧС))	058-1 /е	A4	Бланк	1 жыл ( год)
4	Төтенше жағдайлар туралы жедел мәлімет жеткізу (Срочное донесение о чрезвычайной ситуации)	058-2 /е	A4	Бланк	1 жыл ( год)
5	Төтенше жағдайларды (ТЖ) есепке алу журналы (Журнал учета чрезвычайных ситуаций (ЧС))	060-1 /е	A4	Журнал, 96 бет ( страниц)	3 жыл ( года)
6	АИТВ-жұқтырғандардың (ИБ (+) тіркеу журналы (Журнал регистрации ИБ (+) ВИЧ-инфицированных )	060-2 /е	A4	Журнал, 96 бет ( страниц)	қау ( дмн)*
7	Төтенше жағдайда апаттық медицина орталығында зақым шеккендердің ( аурулар) қозғалысының күнделікті есептік парақшасы (8.00 соңғы тәулік бойынша) (Ежедневный листок учета движения пораженных (больных) в центре медицины катастроф в чрезвычайных ситуациях (за истекшие сутки на 8.00)	067-1 /е	A4	Бланк	1 жыл ( год)
8	Шаруашылық есептегі (жеке) ұйым дәрігерінің халықты қабылдауын күнделікті оперативті есепке алу журналы (Журнал ежедневного оперативного учета приема населения врачом хозрасчетной (частной) организации)	098/е	A4	Журнал	2 жыл ( года)
9	Оңалту картасы (Реабилитационная карта)	107/е	A4	Дәптер ( Тетрадь) , 25 бет ( страниц )	1 жыл ( год)

10	Жедел медициналық жәрдем станциясының (бөлімшесінің) шақыртуларды тіркеу журналы (Журнал регистрации вызовов станции (отделения) скорой медицинской помощи)	109/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
11	Жедел және шұғыл медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы (Карта вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи)	110/е	A5	Бланк	2 жыл (года)
12	Учаскелік дәрігерге жіберілетін дабыл парағы (Сигнальный лист участковому врачу)	110-1/е	A5	Бланк	2 жыл (года)
13	Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағы (Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи)	114/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
14	Жедел медициналық жәрдем станция жұмысының күнделігі (Дневник работы станции скорой медицинской помощи)	115/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
15	Шақыртулардың қабылдануын, олардың шұғыл және жоспарлы-консультациялық көмектер бөлімшесінің орындауын тіркеу журналы (Журнал регистрации приема вызовов, их выполнения отделением экстренной и планово-консультативной помощи)	117/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
16	Санитариялық ұшуға тапсырма (Задание на санитарный полет)	118/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
17	Консультант- дәрігерге- тапсырма (Задание врачу-консультанту). Тапсырманың орындалғаны туралы анықтама (Справка о выполнении задания).	119/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
18	Жоспарлы шығуды (ұшып шығуды) тіркеу журналы (Журнал регистрации плановых выездов (вылетов))	120/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
19	Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы (Журнал учета приема детей в дом ребенка)	121/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	5 жыл (лет)
20	Бөбектер бақшасына балаларды қабылдауды есепке алу журналы (Журнал учета приема детей в ясли-сад)	122/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	5 жыл (лет)
	Бөбектер бақшасына балалардың күнделікті келуін есепке алу				

21	табелі (Табель учета ежедневной посещаемости детей ясли-сада)	123/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
22	Баланың тамақтануын жазу (жасы 9 айға дейінгі балаларға толтырылады) картасы (Карта для записи питания ребенка (заполняется на детей в возрасте до 9 месяцев))	124/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
23	Гемодиализ емшараларын есепке алу картасы (Карта учета процедур гемодиализа)	150/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
24	Экстракорпоралдық гемокоррекцияның картасы (Карта экстракорпоральной гемокоррекции)	150-1/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
25	Плазмаферез картасы (Карта плазмафереза)	150-2/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
26	Қанның ультракүлгін сәулеленуі, қанның лазерлік сәулеленуі картасы (Карта ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови)	150-3/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
27	Плазманы сүзгілеу картасы (Карта плазмофильтрации)	150-4/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
28	Велоэргометриялық зерттеу хаттамасы (Протокол велоэргометрического исследования)	202/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
29	Электрокардиограмма	203/е	A5	Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страницы)	25 жыл (лет)
30	Фонокардиограмма	209/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
31	Жүрек қызметінің фазалық талдау (поликардиография) (Фазовый анализ сердечной деятельности (поликардиография))	212/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
32	Эхокардиографиялық тексеру картасы (Карта эхокардиографического обследования)	213/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
33	Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы (Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры)	213-2/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)

34	ӨаЭФЗ хаттамасы-өңеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу (Протокол ЧпЭФИ -чрезпищеводного электрофизиологического исследования)	225/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
35	Реография	226/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
36	Зональдық реография (Зональная реография)	229/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
37	Спирография	231/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
38	Эхоэнцефалография	243/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
39	Электроэнцефалография	243-1 /е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
40	Перифериялық қан тамырларын функциялық зерттеу (Функциональное исследование периферических сосудов)	246/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
41	Ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование)	247/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
42	Емшек бездерін зерттеу хаттамасы (Протокол исследования грудных желез)	247-1 /е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
43	Ультрадыбыстық тексеру (жатыр, жатыр мойыны, аналық без) (Ультразвуковое исследование ( матки, шейки матки, яичника))	247-2 /е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
44	Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование беременной)	247-3 /е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
45	Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности)	247-3 /1е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
46	Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности)	247-3 /2е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
47	Ультрадыбыстық зерттеу (бауыр, от қабы, ұйқыбез, көкбауыр, бүйректер) (Ультразвуковое исследование)	247-4 /е	A4	Бланк	

	(печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки))				25 жыл (лет)
48	Қуықты ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование мочевого пузыря)	247-5 /е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
49	Қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование щитовидной железы)	247-6 /е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
50	Қуық асты безін ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование предстательной железы)	247-7 /е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
51	Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне зерттеуге тізімдік жолдама (Направление посписочное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ)	264/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
52	Вирусқа қарсы АИТВ ДНК анықтау үшін ПЦР түскен материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего на ПЦР для определения провирусной ДНК ВИЧ)	264-1 /е	A4	Журнал	3 жыл (года)
53	АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ)	264-2 /е	A4	Журнал	3 жыл (года)
54	ПЦР әдісімен тексерудің қорытындысы (Результат исследования методом ПЦР)	264-3 /е	A4	Журнал	5 жыл (лет)
55	ПЦР-ге жолдама (Направление на ПЦР)	264-4 /е	A4	Бланк	1 жыл (год)
56	Вирустық жүктемеге жолдама (Направление на вирусную нагрузку)	264-5 /е	A4	Бланк	1 жыл (год)
57	АИТВ инфекциясы бар аналардан туған балаларға арналған ПЦР жолдама (Направление на ПЦР для детей, рожденных от ВИЧ инфицированных матерей) АИТВ ДНК вирустық анықтама (определение провирусной ДНК ВИЧ)	264-6 /е	A4	Бланк	1 жыл (год)
58	АИТВ-ға вирустық жүктемеге жолдама		A4	Бланк	



	(Направление на вирусную нагрузку на ВИЧ)	264-7 /е			1 жыл ( год)
59	Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ-ға антиденелерге зерттеуге жеке жолдама (Направление индивидуальное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ)	264-8 /е	A4	Бланк	1 жыл ( год)
60	АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға резистенттілігіне жолдама (Направление на резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам)	264-9 /е	A4	Бланк	5 жыл ( лет)
61	АИТВ-тың антиретровирустық препараттарға резистенттілігін анықтау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов на определение резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам)	264-10/е	A4	Журнал	5 жыл ( лет)
62	Референс зертханаға қанда АИТВ-ға антиденелердің болуын зерттеуге жолдама (Направление на исследование крови на наличие антител к ВИЧ - в референс лабораторию)	265/е	A4	Бланк	1 жыл ( год)
63	АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға төзімділігін зерттеу нәтижесі (Результат исследования резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам)	265-1	A4	Бланк	1 жыл ( год)
64	Зерттеуге келген материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего на исследование)	266/е	A4	Журнал	3 жыл ( года)
65	АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы (Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на антитела к ВИЧ )	267/е	A4	Журнал	3 жыл ( года)
66	АИТВ-ға антиденесіне қайта бақылау сарысуын тіркеу және есепке алу журналы (Журнал регистрации и учета переконтрольных сывороток на антитела к ВИЧ)	267-1 /е	A4	Журнал	3 жыл ( года)
	Иммуноблот нәтижелерін есепке алу журналы				

67	(Журнал учета результатов иммуноблота)	267-2 /е	A4	Журнал	25 жыл (лет)
68	_____ ИФТ-ға алғашқы оң нәтижелі қан сарысуларын тіркеу журналы Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на _____	267-3 /е	A4	Журнал	3 жыл (года)
69	АИТВ-инфекциясын жұқтырған адамдардың оң нәтижелі сарысуының козғалысын тіркеу журналы (Журнал движения положительных сывороток от ВИЧ-инфицированных)	268/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
70	Жұқтырылған материалдарды залалсыздандыру журналы (Журнал обеззараживания инфицированных материалов)	269/е	A4	Журнал	2 жыл (года)
71	АИТВ-ға антиденелерді тексеру қорытындысы (Результат исследования на антитела к ВИЧ)	270/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
72	АИТВ/ЖИТС-мен сырқаттанудың үдеу көрсеткішінің есеп беру нысаны (Отчетная форма показателя прогрессирования заболеваемости ВИЧ/СПИДом)	270-1 /е	A4	Бланк	3 жыл (года)
73	АИТВ-инфекциясын жұқтырып қайтыс болған адамдарды есепке алу журналы (Журнал учета умерших ВИЧ-инфицированных)	270-2 /е	A4	Бланк	3 жыл (года)
74	АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын есепке алу журналы (Журнал учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей)	270-3 /е	A4	Журнал	5 жыл (лет)
75	АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін кеңес беруді есепке алу журналы (Журнал учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ)	270-4 /е	A4	Журнал	3 жыл (года)
76	АИТВ инфекциясы және ТБ бірлескен ауруларға жүргізілген профилактикалық шаралар мен (АРТ) емдеуді есепке алу журналы (Журнал учета проведения профилактических мероприятий и лечения (АРТ) больным с сочетанной инфекцией - ВИЧ /ТБ)	270-5 /е	A5	Журнал	3 жыл (года)
	АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы				

77	(Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери)	270-6 /е	A4	Журнал	5 жыл (лет)
78	Зертхана қызметкерлерін тексеруді тіркеу журналы (Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории)	271/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
79	АИТВ қарсы антиденелерге тексерілгені туралы куәлікті беру журналы (Журнал выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ)	272/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
80	Референс-зертханаға қайта тексеруге түскен қан сарысуының нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы (Журнал регистрации и учета результатов сывороток крови, поступивших на переконтроль в референс-лабораторию)	272-1 /е	A4	Бланк	5 жыл (лет)
81	АИТВ-инфекциясы туралы шұғыл хабарлама (Экстренное извещение о ВИЧ-инфекции)	274/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
82	ЖИТС - диагнозының өзгергені туралы хабарлама (Донесения об изменении диагноза - СПИД)	274-1 /е	A4	Бланк	3 жыл (года)
83	ЖИТС-пен ауырған немесе АИТВ-инфекциясын тасушы адаммен жасырын әңгімелесу парағы (Лист конфиденциального собеседования с лицом больным СПИДом или носителем ВИЧ-инфекции)	275/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
84	Зертханашы - дәрігердің жұмысын есепке алу күнделігі (Дневник учета работы врача-лаборанта)	277/е	A3	Бланк	1 жыл (год)
85	Бракераждық журнал (Бракеражный журнал)	280/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
86	Қанды CD-4, CD-8 тексеру үшін берілген ____ № жолдама (Направление № _____ на исследование крови на CD-4, CD-8)	281/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
87	CD-4, CD-8 анықтау үшін алынған үлгілердің қорытындысын тіркеу журналы (Журнал учета результатов образцов, поступающих для определения CD-4,CD-8)	281-1 /е	A4	Журнал	3 жыл (года)

88	CD-4, CD-8 тексерілген қанның қорытындысы Результаты исследования крови на CD-4. CD-8	281-2 /e	A4	Бланк	1 жыл ( год)
----	--	----------	----	-------	--------------

**5. СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМА ҰЙЫМДАРЫНЫҢ  
МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПKE АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ  
МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ  
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Р/ с № п/ п	Нысанның атауы Наименование формы	Нысан нөмірі Номер формы	Формат	Құжат түрі Вид документа	Сақталу мерзімі Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Мәйіттің сот-медициналық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта судебно-медицинской экспертизы трупа)	170/e	A4	Бланк	25 жыл (лет)
2	Куәландыруды сот-медициналық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта судебно-медицинской экспертизы свидетельствуемого)	170-1/e	A4	Бланк	25 жыл (лет)
3	Сот-медициналық куәландыру актісі (акт судебно-медицинского освидетельствования)	170-2/e	A4	Бланк	25 жыл (лет)
4	Медициналық-криминалистикалық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта медико-криминалистической экспертизы)	173/e	A4	Бланк	25 жыл (лет)
5	Сот-биологиялық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта судебно-биологической экспертизы)	173-1/e	A4	Бланк	25 жыл (лет)
6.	Молекуларлы-генетикалық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта молекулярно-генетической экспертизы)	173-2/e	A4	Бланк	25 жыл (лет)

7.	Заттай айғақтарды сот-медициналық зерттеу актісі (Акт судебно-медицинского исследования вещественных доказательств)	173-3/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
8	Сот-гистологиялық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта судебно-гистологической экспертизы)	176/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
9	Химиялық-токсикологиялық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта химико-токсикологической экспертизы)	177/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
10	Химиялық -токсикологиялық зерттеу актісі (Акт химико-токсикологического исследования)	177-1/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
11	Сот-медициналық зертханаға жолдама (Направление в судебно-медицинскую лабораторию)	178/е	A5	Бланк	5 жыл (лет)
12	Химиялық-токсикологиялық зерттеуге жолдама (Направление на химико-токсикологическое исследование)	179/е	A4	Бланк	19 жыл (лет)
13	Сот-гистологиялық зерттеуге жолдама (Направление на судебно-гистологическое исследование)	180/е	A4	Бланк	10 жыл (лет)
14	Сот - медицина мәйітханасында мәйттерді тіркеу журналы (Журнал регистрации трупов в судебно-медицинском морге)	181/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
15	Куәландырудың сот-медициналық сараптамаларын тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских экспертиз свидетельствуемых)	182/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
16	Медициналық құжаттама бойынша сот-медициналық сараптамаларды тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских экспертиз по медицинской документации)	182-1/е	A4	Журнал, 96 бет. (стр.)	10 жыл (лет)
	Жыныстық жағдайлар (қылмыстар) бойынша сот-медициналық				

17	сараптамаларды тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских экспертиз по половым состояниям, преступлениям)	182-2/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
18	Сот-медициналық куәландыруды тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских освидетельствований)	182-3/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
19	Комиссиялық сот-медициналық сараптамаларды тіркеу журналы (Журнал регистрации комиссионных судебно-медицинских экспертиз)	183/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
20	Қайталау және қосымша сот-медициналық сараптамаларды тіркеу журналы (журнал регистрации повторных и дополнительных судебно-медицинских экспертиз)	183-1/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
21	Зертханада заттай айғақтар мен олардың құжаттарын тіркеу журналы (Журнал регистрации вещественных доказательств и документов к ним в лаборатории)	184/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
22	Зертханада заттай айғақтардың сот-медициналық зерттеуін тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских исследований вещественных доказательств в лаборатории)	184-1/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
23	Сот-биологиялық бөлімде (бөлімшеде) жұғынды және тампон зерттеулерді тіркеу журналы (Журнал регистрации исследований мазков и тампонов в судебно-биологическом отделе (отделении))	185/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
24	Сот-биологиялық бөлімде (бөлімшеде) мәйіт қанын зерттеуді тіркеу журналы (Журнал регистрации исследований трупной крови в судебно-биологическом отделе (отделении))	186/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
25	Тірі адамдардың қанын сот-биологиялық бөлімде (бөлімшеде) зерттеуді тіркеу журналы (Журнал регистрации исследований)	186-1/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	

	крови живых лиц в судебно – биологическом отделе (отделении)				10 жыл (лет)
26	Тірі адамдардың қанын молекулярлы-генетикалық бөлімде зерттеуді тіркеу журналы (Журнал регистрации исследований крови живых лиц в молекулярно-генетическом отделе)	186-2/e	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
27	Сарапшының (ларының) қорытындысы (Заключение эксперта (экспертов))	188/e	A4	Бланк	25 жыл (лет)
28	Сот-медициналық сарапшының қорытындысына орай консультация алуға, рентгенологиялық зерттеуге жолдама (Направление на консультацию, рентгенологическое исследование к заключению судебно-медицинского эксперта)	189/e	A4	Бланк	25 жыл (лет)
29	Сот-гистологиялық бөлімде ( бөлімшеде) материалдар мен құжаттарды тіркеу журналы (Журнал регистрации материалов и документов в судебно-гистологическом отделе (отделении))	190/e	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)
30	Мәйітханада киімдерді, заттай айғақтарды, бағалы заттар мен құжаттарды тіркеу журналы (Журнал регистрации носильных вещей, вещественных доказательств, ценностей и документов в морге)	191/e	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)

**6. МЕДИЦИНА ҰЙЫМДАРЫНЫҢ ҚҰРАМЫНДАҒЫ  
ЗЕРТХАНАЛАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ  
МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ЛАБОРАТОРИЙ В  
СОСТАВЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Р/ с № п/ п	Нысанның атауы Наименование формы	Нысан нөмірі Номер формы	Формат	Құжат түрі Вид документа	Сақталу мерзімі Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	(№__сериалы бақылаудағы сарысудың қайта өндірілуінің параметрлерін зерттеу нәтижелерін) Бақылау картасы (Контрольная карта (контроль воспроизводимости результатов	200/e	A5	Бланк	

	исследования параметров контрольной сыворотки серии))				1 жыл (год)
2	Қан талдауына жолдау (Направление на анализ крови)	201/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
3	Қанды биохимиялық генетикалық скринингке жолдау (Направление крови на биохимический генетический скрининг)	202/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
4	Микробиологиялық зерттеуге жолдама (Направление на микробиологическое исследование)	204/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
5	Санитариялық-микробиологиялық зерттеуге жолдама. Санитариялық-микробиологиялық зерттеу нәтижесі (Направление на санитарно-микробиологическое исследование. Результат санитарно-микробиологического исследования)	205/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
6	Антиглобулиндік тестіге (тікелей сынама, тікелей емес сынама) жолдама (Направление на антиглобулиновый тест (прямой, непрямой))	206/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
7	Қанды иммуногематологиялық зерттеуге (қан тобы, резус-тиістілік, антиэритроциттік антиденелер) жолдама (Направление на иммуногематологические исследования крови (группа крови, резус-принадлежность, антиэритроцитарные антитела))	207/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
8	Глюкозаның тәуліктік экскрециясын талдау (Анализ - суточной экскреции глюкозы)	208/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
9	Несеп талдау (Анализ мочи)	210/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
10	Зимницкий бойынша несеп тадауы (Анализ мочи по Зимницкому)	211/е	A6	Бланк	25 жыл (лет)
11	Қан және несеп тадауы (А-амилаза белсенділігі) (Анализ крови и мочи (активность а-амилазы))	214/е	A6	Бланк	25 жыл (лет)
12	Несептің пішіндік элементтері санын анықтау талдауы (Анализ (определение количества форменных элементов мочи))	215/е	A6	Бланк	25 жыл (лет)



13	Қақырықты экспресс зерттеу (алгоритмдік талдау) (Экспресс – исследование мокроты (алгоритмический анализ))	216/е	A6	Бланк	25 жыл (лет)
14	Қақырық тадауы (Анализ мокроты)	216-1/е	A6	Бланк	25 жыл (лет)
15	Плевралық сұйықтығының талдауы (Анализ плевральной жидкости).	216-2/е	A6	Бланк	25 жыл (лет)
16	Қуық асты безі секретінің талдауы (Анализ секрета простаты)	217/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
17	Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектен бөлінген сұйықтар талдауы (Анализ отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки)	218/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
18	Копрологиялық зерттеу (Копрологическое исследование)	219/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
19	Гельминттер жұмыртқасы, жасырын қан, стеркобилин, билирубин нәжіс талдауы (Анализ кала (яйца гельминтов, скрытая кровь, стеркобилин, билирубин))	220/е	A7	Бланк	25 жыл (лет)
20	Асқазан сұйықтығының талдауы (фракциялық зерттеу) (Анализ желудочного содержимого (фракционное исследование))	221/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
21	Ұлтабарды сүнгілеу картасы (Карта дуоденального зондирования)	222/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
22	Дуоденал сұйықтығының талдауы (Анализ дуоденального содержимого)	222-1/е	A6	Бланк	25 жыл (лет)
23	Жұлын сұйықтығының талдауы (Анализ спинномозговой жидкости)	223/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
24	Қан талдауы (кеңейтілген) (Анализ крови (развернутый))	224/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
25	Сүйек кемігі пунктатының талдауы (Анализ пунктата костного мозга)	227/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
26	Қанның биохимиялық талдауы (Биохимический анализ крови)	228/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
27	Биохимиялық талдауы Реберг сынамаcы (Биохимический анализ проба Реберга)	230/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
28	Қан талдауы глюкозамен жүктеуге төзімділік сынамаcы (Анализ крови проба на толерантность к нагрузке глюкозой)	232/е	A6	Бланк	25 жыл (лет)
29	Несеппен фосфор, кальций, оксалаттардың тәуліктік экскрециясы	233/е	A6	Бланк	

	(Суточная экскреция с мочой фосфора, кальция, оксалатов)				25 жыл (лет)
30	Электролиттер мөлшеріне қан талдауы (Анализ крови (содержание электролитов))	234/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
31	Гормондар мен медиаторлардың мөлшерін анықтау қан талдауы (Анализ крови на содержание гормонов и медиаторов)	235/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
32	Гормондар мен медиаторлар мөлшеріне несеп талдауы (Анализ мочи на содержание гормонов и медиаторов)	236/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
33	Коагуологиялық зерттеу қан талдауы (Анализ крови (коагулогические исследования))	237/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
34	Талдау №__ қанды LE - клеткаға зерттеу (Анализ (исследование крови на LE - клетки))	238/е	A6	Бланк	25 жыл (лет)
35	Микробиологиялық зерттеу нәтижесі (Результат микробиологического исследования)	239/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
36	Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері (Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам)	240/е	A4	Бланк	25 жыл (лет)
37	Ыдыстар мен қоректік орталарды бақылау журналы (Журнал контроля посуды и питательных сред)	240-4/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
38	Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений)	240-5/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
39	Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам)	240-6/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
	Қанды гемокультураға микробиологиялық зерттеулер журналы				

40	(Журнал микробиологических исследований крови на гемокультуру)	240-7/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
41	Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований крови на стерильность)	240-8/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
42	Емдік балшықтарды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований лечебных грязей)	240-9/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
43	Қанды безгекке зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета исследований крови на малярию)	240-10/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
44	Қанды эхинококка зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета исследований крови на эхинококк)	240-11/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
45	Күнделікті тұтыну заттары мен қолдар жуындыларын зерттеуді есепке алу журналы (Журнал учета исследований смывов с предметов обихода и рук)	240-12/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
46	Балықты описторх пен жалпақ лентец құрттарын жұқтыруына зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета исследований рыбы на зараженность личинками описторха и широкого лентеца)	240-13/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
47	Уытты күл дақылын қайта себу журналы (Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии)	240-14/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
48	Стафилококкты фаготиптеу журналы (Журнал фаготипирования стафилококка)	240-15/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
49	Безгек бойынша қолайсыз жерлерден келген адамдарды диспансерлік есепке алу журналы (Журнал диспансерного учета прибывших лиц из неблагополучных мест по малярии)	240-17/е	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
50	Вассерман реакциясы және т.б. қан талдауы (Анализ крови - реакция Вассермана и др.)	241/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
	Серологиялық зерттеулер нәтижесі қан тадауы				

51	(Анализ крови (результат серологических исследований))	242/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
52	Иммунологиялық талдауы (Иммунологический анализ)	244/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
53	Иммунограмма	244-1/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
54	Иммуноглобулиндер (Иммуноглобулины)	244-2/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
55	Антистрептолизин-0, антигиалуронидаза, антистрептокиназа, С-реактивті нәруыз, ревматоид факторы, церулоплазмин қан талдауы (Анализ крови (антистрептолизин-0, ангиалуронидаза, антистрептокиназа, С-реактивный белок, ревматоидный фактор, цероплазмин))	244-3/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
56	Вирусты гепатиттердің маркерлеріне қанды зерттеу жолдама (Направление (исследование крови на маркеры вирусных гепатитов))	245/е	A6	Бланк	25 жыл (лет)
57	Иммуноферменттік талдау (Иммуноферментный анализ)	245-1/е	A5	Бланк	25 жыл (лет)
58	Қанды экспресс-әдіспен талдау (Анализ крови экспресс-методом)	248/е	A5	Бланк	1 жыл (лет)
59	Қанды микрореакцияға жолдау (Направление крови на микрореакцию)	249/е	A5	Бланк	1 жыл (лет)
60	Талдаулар мен олардың нәтижесін тіркеу журналы (Журнал регистрации анализов и их результатов)	250/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
61	Микробиологиялық және паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналы (Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований)	252/е	A4	Журнал	1 жыл (год)
62	Микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований)	253/е	A4	Журнал	1 жыл (год)
63	Шайындылардың стерильдігіне микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований смывов на стерильность)	253-1/е	A4	Журнал	1 жыл (год)
	Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы				

64	(Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха)	253-2/е	A4	Журнал	1 жыл (год)
65	Микроорганизмдердің химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтауға арналған зерттеулер мен олардың нәтижесін тіркеу журналы (Журнал регистрации исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов к химио-терапевтическим препаратам)	254/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
66	Зертханалық тіркеу журналы (Лабораторный регистрационный журнал)	ТБ 04/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
67	Қақырықты туберкулез микобактериясына микроскопиялық тексеруге жіберетін жолдама (Направление на проведение микроскопического исследования мокроты на наличие микобактерии туберкулеза)	ТБ 05/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
68	ТМБ культурасын туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілерге сезімталдығын анықтауға жолдама (Направление на чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам)	ТБ 06/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
69	ТМБ культурасының туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығының нәтижелерін алуға арналған жолдама (Направление на получение результатов теста на лекарственную чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам)	ТБ 06А/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
70	Қақырықты Хpert MTB/RIF-мен зертханалық зерттеуге жолдама (Направление на лабораторное исследование мокроты на Хpert MTB/RIF)	ТБ 06Б/е	A4	Бланк	3 жыл (года)
71	Культуралық зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы (Лабораторный журнал учета культуральных исследований)	ТБ 17/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
72	ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы (Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ)	ТБ 18/е	A4	Журнал	3 жыл (года)

73	ВАСТЕС ТМБ дәріге сезімталдық тестісі және культуралық зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета культуральных исследований и теста на лекарственную чувствительность МБТ проведенного на ВАСТЕС)	ТБ 24/е	А4	Журнал	3 жыл (года)
74	НАИН тест және XpertMTB/RIF нәтижелерін есепке алу журналы (Журнал учета результатов НАИН-теста и XpertMTB/RIF)	ТБ 25/е	А4	Журнал	3 жыл (года)
75	Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы (Журнал приготовления и контроля питательных сред)	256/е	А4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
76	Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру журналы (Журнал контроля работы стерилизатора воздушного, парового (автоклава))	257/е	А4	Журнал, 48 бет (страниц)	1 жыл (год)
77	Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы (Рабочий журнал исследований на стерильность)	258/е	А4	Журнал, 48 бет (страниц)	1 жыл (год)
78	Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы (Журнал регистрации серологических исследований)	259/е	А4	Журнал, 48 бет (страниц)	1 жыл (год)
79	Серологиялық зерттеулерді тіркеу (мерезді диагностикалау) журналы (Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса))	260/е	А4	Журнал, 48 бет (страниц)	3 жыл (года)
80	Зертханашы дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағы (Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта)	261/е	А4	Бланк	1 жыл (год)
81	Зертханада жасалған талдаулар санын есептеу жұмыс журналы (Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории)	262/е	А4	Журнал, 48 бет (страниц)	1 жыл (год)
82	Кіріс бақылау актісі (Акт входного контроля)	263/е	А5	Бланк	1 жыл (год)
83	Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу актісі (Акт приема - передачи образцов для исследования)	283/е	А5	Бланк	1 жыл (год)

**7. ҚАН ҚЫЗМЕТІ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПКЕ  
АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ  
МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ  
СЛУЖБЫ КРОВИ**

Р/ с № п/ п	Нысанның атауы Наименование формы	Нысан нөмірі Номер формы	Формат	Құжат түрі Вид документа	Сақталу мерзімі Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Жолдама (Направление (донору на ФГ))	400/е	A6	Бланк	5 жыл (лет)
2	Анықтама (Донорға жұмыс орнына көрсету үшін берілді) (Справка (донору для предъявления по месту работы))	402/е	A6	Бланк	5 жыл (лет)
3	Қан тапсыруға, плазмаферезге және т.б. жолдама (Направление на кроводачу, плазмаферез и др.)	404/е	A5	Бланк	5 жыл (лет)
4	____№____күн сайынғы ведомостан алынған донордың қан үлгісін бастапқы зертханалық зерттеу нәтижелерінің жиынтық ведомосы (Сводная ведомость результатов первичного лабораторного исследования образцов крови донор за ____№ ____ ежедневной ведомости)	405/е	A4	Бланк	5 жыл (лет)
5	____күні донорларды алдын ала зертханалық тексеруден өткізу ведомосы (Ведомость предварительного лабораторного обследования доноров за ____)	405-1/е	A4	Бланк	5 жыл (лет)
6	Үлгілерді трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосы ____ (Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов на трансфузионные инфекции за ____)	405-2/е	A4	Бланк	5 жыл (лет)
7	Қанды жеке және арнайы іріктеуге жолдама (Направление на индивидуальный и специальный подбор крови)	405-3/е	A4	Бланк	3 жыл (лет)
8	Ақылы донордың медициналық қартасы	406/е	A4	Дәптер (Тетрадь),	

	(Медицинская карта платного донора)			32 бет (страниц)	5 жыл (лет)
9	Тегін донордың қартасы (Карта безвозмездного донора)	407/е	A4	Бланк	1 жыл (год)
10	Донорларды иммундау емшараларын тіркеу журналы (Журнал регистрации процедур иммунизации доноров)	408/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
11	Донорларды иммундауды есепке алу ведомосы (Ведомость учета иммунизации доноров)	409/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
12	Донорлыққа қатысуға ниет білдірген тұлғаларды есепке алу күнделігі (Дневник учета лиц, обратившихся для участия в донорстве)	410/е	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
13	Донорлар мен науқастарды типтеу журналы (Журнал типирования доноров и больных)	410-1/е	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
14	HLA-типтеу нәтижесі (Результат HLA-типирования)	410-2/е	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
15	HLA-антиденелі донорларды тіркеу журналы (Журнал регистрации доноров с HLA - антителами)	410-3/е	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
16	HLA-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау нәтижесін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов определения HLA-антител серологическим и ИФА методами)	410-4/е	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
17	SBT типтеу әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы (Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SBT методики типирования)	410-5/е	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
18	Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы (Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики типирования)	410-6/е	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
19	HLA-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу журналы (Журнал регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования)	410-7/е	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)



20	Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу журналы (Журнал регистрации приема и выдачи анализов)	410-8 /e	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
21	Лейкоциттік антиденелерді анықтауға жолдама (Направление на определение лейкоцитарных антител)	410-9 /e	A5	Бланк	3 жыл (лет)
22	HLA-жүйесі бойынша типтеуге жолдама (Направление на типирование по HLA-системе)	410-10/e	A5	Бланк	3 жыл (лет)
23	«Кросс-матч» үйлесімділігіне жеке сынамаға жолдама (Направление на индивидуальную пробу на совместимость «Кросс-матч»)	410-11/e	A5	Бланк	3 жыл (лет)
24	Тромбоциттерді HLA-жүйесі бойынша арнайы іріктеу сынамасына жолдама (Направление на специальный подбор тромбоцитов по HLA-системе)	410-12/e	A5	Бланк	3 жыл (лет)
25	Антиденелерді серологиялық әдіспен анықтау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов определения антител серологическим методом)	410-13/e	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	1 жыл (год)
26	«Кросс-матч» үйлесімділігіне сынама нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов пробы на совместимость «кросс-матч»)	410-14/e	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
27	Донор қанын дайындауды есепке алу журналы (Журнал учета заготовки донорской крови)	411/e	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
28	Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерінің қозғалысын есепке алу және жарамсыздыққа шығару журналы (Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров кроводач)	411 - 1/e	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
29	Донор қаны компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства компонентов донорской крови методом плазмацитафереза)	412/e	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)

30	Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсыздыққа шығару журналы (Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и клеток)	412 - 1/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
31	Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства компонентов донорской крови)	413/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
32	Донор қанының жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства клеточных компонентов донорской крови)	413 - 1/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
33	Донор плазмасынан криопреципитатты өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства криопреципитата из донорской плазмы)	413 - 2/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
34	Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства плазмы свежемороженой вирусинактивированной)	413 - 3/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
35	Мұздатылған эритроциттерді өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства эритроцитов замороженных)	413 - 4/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
36	Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов)	413 - 5/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
37	Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства фибринового клея из дозы донорской плазмы)	413 - 6/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
38	Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процессін тіркеу журналы (Журнал регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее дериватов)	413 - 7/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)

39	Криоконсервіленген қан компоненттерін өндіру журналы (Журнал производства криоконсервированных компонентов крови)	414/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
40	Уақытша оқшауланған сақталудағы қан компоненттерін тіркеу журналы (Журнал регистрации компонентов крови, находящихся на временном изолированном хранении)	415/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
41	Ерітінділер бөлмесінің жұмысын есепке алу журналы (Журнал учета работы растворной)	416/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
42	Медициналық ұйымдардың трансфузия ортасына берген өтінімдерін есепке алу журналы (Журнал учета заявок медицинских организаций на трансфузионные сред)	417/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
43	Қанды және оның компоненттерін жарамсыздығы бойынша есептен шығаруды тіркеу журналы (Журнал регистрации списания крови и ее компонентов по браку)	418/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
44	Қан компоненттерін саластырмалы жарамсыздығы бойынша тіркеу журналы (Журнал регистрации компонентов крови по относительному браку)	418-1/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
45	Карантиндеудегі _____(плазманың түрі) плазманы тіркеу журналы (Журнал регистрации плазмы _____ (вид плазмы), находящейся на карантинизации)	419/е	A3	Бланк	1 жыл (год)
46	Карантиндеудегі _____(плазманың түрі) плазманын кірісі мен шығысының журналы (Журнал прихода и расхода плазмы _____ (вид плазмы), находящейся на карантинизации)	420/е	A5	Бланк	1 жыл (год)
47	Трансфузиялық заттарға ақылы немесе тегін негіздегі өтінім (Заявка на трансфузионные среды на платной или бесплатной основе)	421/е	A5	Бланк	7 күн (дней)
48	Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу журналы (Журнал учета выдачи крови и клеточных компонентов - эритроцитов)	422/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)

49	Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару журналы (Журнал списания компонентов крови в отделении выдачи продукции)	422 - 1/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
50	Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу журналы (Журнал учета выдачи плазмы и криопреципитата)	422 - 2/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
51	Жасушалық қан компоненттерін – тромбоциттерді, лейкоциттерді беруді есепке алу журналы (Журнал учета выдачи клеточных компонентов крови – тромбоцитов, лейкоцитов)	422 - 3/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
52	Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналы (Журнал учета выдачи стандартных диагностикумов)	422 - 4/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
53	Қан препараттардын босатуды есепке алу журналы (Журнал учета выдачи препаратов крови)	422 - 5/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
54	Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және қаналмастырғылардың өнімді беру бөлімшесі бойынша қозғалысын есепке алу ведомосы (Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции)	423/е	A4	Бланк	5 жыл (лет)
55	Карантиндегі плазманы жою актісі (Акт уничтожения плазмы, находящейся на карантинизации)	424/е	A5	Бланк	1 ай (месяц)
56	Донорлардың зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы (Журнал регистрации образцов крови доноров, поступивших для лабораторных исследований)	425 / е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
57	Донорлардың бастапқы зертханалық тексерулерін тіркеу журналы (Журнал регистрации первичного лабораторного обследования доноров)	425 - 1/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
58	Донор қанының биохимиялық және клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов)	425-2 /е	A4		

	биохимических и клинических исследований донорской крови)			Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
59	МҰ түскен қанның иммуногематологиялық зерттеуінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований крови, поступившей из МО)	425 - 3/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
60	Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындау журналы (Журнал изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов)	425 - 4/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
61	Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований донорской крови)	425 - 5/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
62	Жеке және арнайы іріктелген донор қанын тіркеу журналы (Журнал регистрации индивидуального и специального подбора донорской крови)	425 - 6/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
63	Жеке іріктелген қан нәтижесі (Результат индивидуального подбора крови)	425 - 7/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
64	Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов биохимических исследований донорской крови)	425 - 8/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
65	Донор қанының клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов клинических исследований донорской крови)	425 - 9/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
66	Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов исследований белковых фракций донорской крови)	425 - 10/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
67	Медициналық ұйымдарға трансфузиялық заттардың берілуін есепке алу картасы (Карта учета выдачи	426/е	A3	Бланк	

	трансфузионных сред медицинской организации)				5 жыл (лет)
68	Стандартты эритроциттер мен лимфоциттер дайындау үшін донордан алынған қанды есепке алу картасы (Карта учета крови, взятой у донора для приготовления стандартных эритроцитов и лимфоцитов)	427/е	A5	Бланк	1жыл (год)
69	Үй қояндарының эритроциттері қоюын дайындауды тіркеу журналы (Журнал регистрации приготовления взвеси эритроцитов кроликов)	427-1 /е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
70	Изоиммунды тұлғаны есепке алу қартасы (Карта учета изоиммунного лица)	428/е	A5	Бланк	5 жыл (лет)
71	ABO жүйесі бойынша стандартты сарысу дайындау үшін түскен материалдарды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего для изготовления стандартной сыворотки системы ABO )	429/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	1 жыл (год)
72	Дайындалған ABO сарысуын тіркеу журналы (Журнал регистрации изготовленной стандартной сыворотки ABO)	430/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	1 жыл (год)
73	Антиальфастафилолизинді сарысуларда, донорлар плазмасында, иммундық препараттарда анықтау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов определения антиальфастафилолизина в сыворотках, плазме доноров, иммунопрепаратах)	430-1 /е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
74	Донор үй қояндарының сарысуында антиальфастафилолизинді анықтау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов определения антиальфастафилолизина в сыворотке кроликов-доноров)	430-2 /е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
75	Стафилококктік альфатоксиннің (Lh) гемолиздік әсерінің лимитін анықтау журналы (Журнал определения лимита гемолитического действия (Lh) стафилококкового альфатоксина)	430-3 /е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)

76	Донорлық антиальфастафилолизинді анықтау нәтижесі (плазма, сарысу, иммуноглобулин) (Результат определения антистафилолизина в донорской(-ом) (плазма, сыворотка, иммуноглобулин))	430-4/e	A5	Бланк	1 жыл (год)
77	Стандартты антирезус сарысуды (реагентті, реактивті) дайындау үшін түскен материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего для изготовления стандартной сыворотки антирезус (реагента, реактива))	431/e	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
78	Скринингке түскен сарысуларды есепке алу журналы (Журнал учета поступления сывороток на скрининг)	431-1/e	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
79	Дайындалған стандартты антирезус сарысуларын (реагентті, реактивті) тіркеу журналы (Журнал регистрации изготовленной стандартной сыворотки антирезус (реагента, реактива))	432/e	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
80	Донорлардың бастапқы-позитивті сарысуының үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға қайта зерттеуді тіркеу журналы (Журнал регистрации повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток доноров на трансфузионные инфекции)	433 - 1/e	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
81	Трансфузиялық инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы (Журнал регистрации платных услуг лаборатории трансфузионных инфекций)	433 - 2/e	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
82	Ағзалар мен тіндерді трансфузиялық инфекцияларға ақылы зерттеуді тіркеу журналы (Журнал регистрации платных исследований на трансфузионные инфекции органов и тканей)	433 - 3/e	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
83	Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы (Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции)	433 - 4/e	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)

84	Қан препараттарын трансфузиялық инфекцияларға зерттеуді тіркеу журналы (Журнал регистрации исследований препаратов крови на трансфузионные инфекции)	433 - 5/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
85	АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы (Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ)	433 - 7/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
86	Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу № _____ жолдамасы (Направление для исследования на трансфузионные инфекции)	433 - 8/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
87	Өнімді мұздату процесін жазу журналы (Журнал записи процесса замораживания продукта)	434/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
88	Плазманың түсуін тіркеу журналы (Журнал регистрации поступления плазмы)	434 - 1/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
89	Плазманы фракциялауға беру журналы (Журнал передачи плазмы на фракционирование)	434 - 2/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
90	Өнім қозғалысының журналы (Журнал движения продукции)	434 - 3/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
91	Альбумин ерітіндісін өндірудің техникалық үдерісі журналы (Журнал технологического процесса производства раствора альбумина)	434 - 4/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
92	Адам иммуноглобулинін өндірудің технологиялық үдерісі журналы (Журнал технологического процесса производства иммуноглобулина человека)	434 - 5/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
93	Жөнелтпе құжаттың №____ (Накладная №____ (Плазманың атауы және мөлшері (литр) (Наименование плазмы и ее количество в литрах))	434 - 6/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
94	Өнімді лиофилизациялау процесін жазу журнал (Журнал записи процесса лиофилизации продукта)	435/е	A4	Журнал, 80 бет (страниц)	10 жыл (лет)
	Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу				



95	журналы (Журнал регистрации результатов контроля качества компонентов крови)	436/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
96	Қызметкерлердің қолдарын тазалаудың және донордың шынтақ бүгілетін жер терісінің тиімділігін микробиологиялық зерттеу журналы (Журнал бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров)	436 - 1/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
97	ЖҚП мен криопреципитат сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов контроля качества СЗП и криопреципитата)	436 - 2/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
98	Қан компоненттері мен препараттарын өндіруге арналған негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарға кіріс бақылау жүргізу журналы (Журнал входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови)	437/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
99	Шөлмектер мен тығындарды өндеу сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов контроля и качества обработки бутылок и пробок)	438/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
100	Сапаны бақылау бөліміне (СББ) ұсынылған өнімдерді көзбен бақылау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов контроля качества продукции, предъявляемых отделу контроля качества (ОКК))	439/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
101	Қан компоненттерінің, препараттарының, қаналмастырғыш заттардың сынақ үлгілерін Республикалық сапаны бақылау зертханасында сапасын тексеруге іріктеп алу актісі (Акт отбора проб компонентов, препаратов крови,	439-4 /е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	

	кровезаменителей для проверки их качества в Республиканскую лабораторию контроля качества)				5 жыл (лет)
102	Биологиялық бақылау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов биологического контроля)	440/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
103	Препараттарды, ерітінділер мен инъекцияға арналған суды ФС (ВФС) -ке сәйкес тексеру нәтижелерін және талдау төлқұжаттарының берілуін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов контроля препаратов, растворов и воды для инъекций в соответствии с ФС (ВФС) и выдачи аналитических паспортов)	441/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
104	Талдау төлқұжаты (Аналитический паспорт)	442/е	A4	Бланк	қуа (дмн)*
105	Өнімнің дайын өнім қоймасына берілуін тіркеу журналы (Журнал регистрации выдачи продукции на складе готовой продукции)	443/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц).	қуа (дмн)*
106	Сапаны бақылау бөлімшесі (СББ) жарамсыз деп тапқан қан препараттарын тіркеу журналы (Журнал регистрации препаратов крови, забракованных отделением контроля качества (ОКК))	444/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
107	Өнімге білдірілген рекламацияларды (наразылықтарды) есепке алу журналы (Журнал учета рекламации ( претензий) на продукцию)	444-1 /е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
108	Мұрағаттық үлгілер мен оларды бақылау нәтижелерін тіркеуді есепке алу журналы (Журнал учета архивных образцов и регистрации результатов их контроля)	445/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	қуа (дмн)*
109	Кіндік қаны донорынан перифериялық қан мен кіндік қанды қабылдауды тіркеу журналы (Журнал регистрации приема пуповинной крови и периферической крови донора пуповинной крови)	446/е	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	қуа (дмн)*
110	Кіндік қан донорының кіндік қаны мен перифериялық қанын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов		A4		

	исследования пуповинной крови и периферической крови донора пуповинной крови)	446-1 /e		Журнал, 72 бет (страниц)	қау (дмн) *
111	Кіндік қанының дін жасушалары үлгілерін криоконсервілеу процесін жазу журналы (Журнал записи процесса криоконсервации образцов стволовых клеток пуповинной крови)	446-2 /e	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	қау (дмн) *

\*қау- қажеттілік уақыты аяқталғаннан (дмн - до минования надобности)

Приложение 7-2 к приказу  
и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

форма

Сноска. Приказ дополнен приложением 7-2 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 28.06.2012 № 439 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы Формат A4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 106/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 106/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРДІ КӨРСЕТУ АҚАУЛАРЫН  
ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ (МҚАЕ)  
КАРТА УЧЕТА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ДОМУ)**

1. Картаның тіркеу нөмірі Регистрационный номер карты	КТН РНК	<input type="text"/>
--	------------	----------------------



- 4.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау толық емес (неполное лабораторно-инструментальное обследование),
- 4.3 – бейінді мамандардың консультациялық көмегінің жеткіліксіздігі (недостатки консультативной помощи профильных специалистов);
- 5 – шағымдар мен анамнездердің сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):
  - 5.1 – толық (полные),
  - 5.2 – толық емес (не полные),
  - 5.3 – диагнозға сәйкес келмейді (не соответствуют диагнозу),
  - 5.4 – анамнез көрсетілмеген (анамнез не указан),
  - 5.5 – анамнез толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);
- 6 – науқас жағдайының ауырлығын дұрыс бағаламау (недооценка тяжести состояния больного);
- 7 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін толық есепке алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования);
- 8 – барабар емес терапия (неадекватная терапия):
  - 8.1 – емдеу жүргізілмеген (лечение не проведено),
  - 8.2 – толық көлемде жүргізілмеген (проведено не в полном объеме),
  - 8.3 – айғақтарсыз тағайындау (назначения без показаний);
- 9 – емдеуге жатқызудың болмауы (отсутствие госпитализации):
  - 9.1 – ұсынылған (рекомендовано),
  - 9.2 – ұсынылмаған (не рекомендовано);
- 10 – кешіктіріп емдеуге жатқызу (запоздалая госпитализация);
- 11 – созылмалы нысанды ауруы бар науқастарды диспансерлеудің сапасы мен жүйелілігі (качество и регулярность диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний):
  - 11.1 – стандарттар сақталған (стандарты соблюдаются),
  - 11.2 – стандарттар сақталмаған (стандарты не соблюдаются),
  - 11.3 – диспансерлеу жасалмаған (диспансеризация не проводилась);
- 12 – емдеу нәтижесі (результаты лечения):
  - 12.1 – өлім жағдайы (летальный исход) алдын-алуға болатын (предотвратимый),
  - 12.2 – нәтижесі «нашарлау» (исход «ухудшение») сараптамалық бағалау (экспертная оценка),
  - 12.3 – нәтижесі «өзгеріссіз» (исход «без перемен») сараптамалық бағалау (экспертная оценка),
  - 12.4 – амбулаториялық-емханалық деңгейде емдеудің тиімсіздігі салдарынан стационарға емдеуге жатқызу (госпитализация в стационар, вследствие неэффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне);
- 13 – ұсынымның болуы (наличие рекомендаций):
  - 13.1 – жоқ (отсутствуют),
  - 13.2 – толық емес (не полные),
  - 13.3 – толық (полные).

II. МҚАЕ стационар деңгейінде (керектісін сызу)  
ДОМУ на уровне стационара (нужное подчеркнуть):

- 0 – стационарға емдеуге жатқызуға дейін тасымалдаудың бұзылуы (нарушение транспортировки до госпитализации в стационар);
- 1 – ақаулар анықталмаған (дефектов не выявлено);
- 2 – ауруханаға жатқызу ақаулары (дефекты госпитализации):
  - 2.1 – емдеуге жатқызудан негізделмеген бас тарту

(необоснованный отказ в госпитализации),

2.2 – көрсетілген медициналық қызметтердің сапасына шағымдар (жалобы на качество оказанных медицинских услуг),

2.3 – ТМККК-ге кіретін медициналық көмекті көрсету кезінде пациенттен дәрі-дәрмектер мен қаржы қаражатын тарту (привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП),

2.4 – өлім жағдайы (случаи летальных исходов) алдын-алуға болатын (предотвратимые),

2.5 – емдеу нәтижесінде туындаған асқыну жағдайлары (случаи осложнений, возникающих в результате лечения),

2.6 – аурудың «нашарлау» нәтижесі болған жағдайлар (случаи с исходом заболевания «ухудшение») сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

2.7 – аурудың «өзгеріссіз» нәтижесі болған жағдайлар (случаи с исходом заболевания «без перемен») сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

2.8 – жолданған және клиникалық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары (случаи расхождения направительного и клинического диагнозов),

2.9 – клиникалық және морфологиялық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары (случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов);

3 – алдыңғы емдеуге жатқызу кезінде стационардан мерзімінен бұрын шығару (досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях);

4 – шағым мен анамнездер сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

4.1 – толық емес (не полные),

4.2 – диагнозға сәйкес келмейді (не соответствуют диагнозу),

4.3 – анамнез көрсетілмеген (анамнез не указан),

4.4 – анамнез толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

5 – диагностиканың жеткіліксіздігі (недостатки диагностики):

5.1 – толық емес (неполная),

5.2 – уақтылы емес (несвоевременная),

5.3 – жағдайдың ауырлығын дұрыс бағаламау (недооценка тяжести состояния),

5.4 – динамикалық бақылаудың жоқтығы (отсутствие динамического наблюдения);

6 – диагноздағы қателіктер (ошибка в диагнозе):

6.1 – толық диагноз (диагноз полный) барлық диагноздар

көрсетілген: негізгі, қосарласқан, асқынулар

(указаны все диагнозы: основной, сопутствующий, осложнения),

6.2 – диагнозы толық емес (диагноз не полный),

6.3 – диагнозы белгіленбеген (диагноз не установлен);

7 – стационарда науқастың қысқа мерзімде болуы

(кратковременное пребывание больного в стационаре) 3 тәуліктен аз (менее 3 суток);

8 – зерттеп-қарау кемшіліктері (недостатки обследования):

8.1 – анамнездік және клиникалық деректерді дұрыс есепке алмау (недоучет анамнестических и клинических данных),

8.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования),

8.3 – жоғары білікті мамандардың консультациялық көмегінің жетіспеушілігі (недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов),

8.4 – консультанттар қорытындысын дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка заключений консультантов),

8.5 – айғақтарсыз зерттеп-қарауды тағайындау (назначение обследований без показаний),

8.6 – дәрігерлер консилиумы (консилиум врачей) айғақтар бойынша

(по показаниям):

8.6.1 - толық және уақтылы жасалған (проведен в полном объеме и своевременно),

8.6.2 - жасалмаған (не проведен);

9 - барабар терапия берілмеген (неадекватная терапия):

9.1 - толық көлемде жүргізілмеген (проведено не в полном объеме),

9.2 - айғақтарсыз тағайындау (назначения без показаний);

10 - бейінді мамандардың қатысуынсыз көмек көрсетілген (айғақтар бойынша)

оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаниям);

11 - шұғыл араласуды жүргізудегі кемшіліктер

(недостатки в проведении оперативного вмешательства):

11.1 - кешіктірілген шұғыл араласулар (запоздалое оперативное вмешательство),

11.2 - шұғыл араласудың барабар емес көлемі мен әдісі

(неадекватный объем и метод оперативного вмешательства),

11.3 - операция кезінде техникалық ақаулар (технические дефекты при операции),

11.4 - тиісті айғақтарсыз операциялар (операции без должных показаний),

11.5 - барабар емес анестезия (неадекватная анестезия),

11.6 - мүмкін асқинулардың профилактикасының болмауы

(отсутствие профилактики возможных осложнений),

11.7 - трансфузиялық заттардың болмауы (отсутствие трансфузионных средств);

12 - шағым мен анамнездердің сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

12.1 - толық (полные),

12.2 - толық емес (не полные),

12.3 - диагнозына сәйкес емес (не соответствуют диагнозу),

12.4 - анамнезі көрсетілмеген (анамнез не указан),

12.5 - анамнезі толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

13 - емдеу нәтижелері (результаты лечения):

13.1 - өлім жағдайы (летальный исход) алдын-алуға болатын (предотвратимый),

13.2 - нәтижесі «нашарлау» (исход «ухудшение») сараптамалық бағалау

(экспертная оценка),

13.3 - нәтижесі «өзгеріссіз» (исход «без перемен») сараптамалық бағалау

(экспертная оценка);

14 - ұсынымдардың болуы (наличие рекомендаций):

14.1 - жоқ (отсутствуют),

14.2 - толық емес (не полные),

14.3 - толық (полные).

### III. Патологоанатомиялық зерттеулердің және/немесе

сот-медицинасы сараптамаларының нәтижелері

Результаты патологоанатомических исследований

и/или судебно-медицинских экспертиз

1. Патологоанатомиялық ашу немесе сот-медициналық сараптама нәтижесі Результаты патологоанатомического вскрытия или судебно-медицинской экспертизы				Опера- циялық және биопсиялық материал- дарды зерттеу (Исследо- вание операцион- ного и
Патолого- анатомиялық немесе сот- медициналық диагноз/АХЖ-	Клиникалық және патолого- анато- миялық, сот-медици- налық диагноз-	Клиникалық және патологоанатомиялық (сот-медициналық) диагноздардың айырмашылықтары (Расхождение клинического и патологоанатоми-	Ятрогения (Ятрогении)	

10 коды (Патолого-анатомический или судебно-медицинский диагноз/код по МКБ-10)	дардыңұқ-састығы (Совпадение клинического и патолого-анатомического, судебно-медицинского диагнозов)	ческого (судебно-медицинского) диагнозов						Клини-калық диагноз (клини-ческий диаг-ноз)	биопсий-ного материала)  Гисто-логиялық қорытынды (гистологи-ческое заклю-чение)
		I санат (кате-го-рия)	II санат (кате-го-рия)	III санат (кате-го-рия)	I санат (кате-го-рия)	II санат (кате-го-рия)	III санат (кате-го-рия)		
а негізгі (основной)/ (код)									
в қосар-ласқан (сопутст-вующий)/ (код)									
с асқыну (осложнения)/ (код)									

IV. Пациенттің тәртіп бұзушылығы (керектісін сызу):

Нарушения со стороны пациента (нужное подчеркнуть):

- 0 - ескертулер жоқ (нет замечаний);
- 1 - дәрігердің бақылауы тұрақты емес (нерегулярное наблюдение врача);
- 2 - дәрігерлердің ұсынымын орындау (выполнение рекомендаций врача):
  - 2.1 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындау (регулярное выполнение рекомендаций врачей),
  - 2.2 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындамау (нерегулярное выполнение рекомендаций врачей),
  - 2.3 - дәрігерлердің ұсынымын орындамау (невыполнение рекомендаций);
- 3 - криминалдық араласу (криминальное вмешательство);
- 4 - ұсынылған амбулаториялық емделуден бас тарту (отказ от предложенного амбулаторного лечения);
- 5 - емдеуге жатқыздан бас тарту (отказ от госпитализации);
- 6 - медициналық көмекке жүгінуді кешіктіру (задержка с обращением за медицинской помощью);
- 7 - стационардан өз еркімен кету (самовольный уход из стационара).

V. МҚАЕ алдын алуға болатын факторлар (керектісін сызу)

Факторы, которые могли бы предотвратить ДОМУ (нужное подчеркнуть):

- 1 - пациентті уақтылы емдеуге жатқызу (своевременная госпитализация пациента);
- 2 - әлеуметтік саламаттылық (социальное благополучие);
- 3 - патологиялық жағдайды ерте диагностикалау (более ранняя диагностика патологического состояния);



4 - зерттеудің қосымша әдістері (дополнительные методы исследования) УДЗ, рентгенодиагностика және т.б. зерттеулер (УЗИ, рентгенодиагностика и др. исследования);

5 - клиникалық және зертханалық деректерді, консультанттар қорытындыларын дұрыс түсіндіру (правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов);

6 - уақтылы барабар емдеу оның ішінде оперативтік (своевременное адекватное лечение, в т.ч. оперативное);

7 - мамандардың біліктілігі (квалификация специалистов).

VI. Қосымша мәлімет (керектісін сызу)  
Дополнительные сведения (нужное подчеркнуть):

0 - деректер жоқ (данных нет);

1 - ятрогендік себептер (ятрогенные причины):

1.1 - бар (нет), 1.2 - жоқ (есть) \_\_\_\_\_

VII. Өлімінің алдын алу (керектісін сызу)  
Предотвратимость смерти (нужное подчеркнуть):

1 - алдын-алуға болатын (предотвратима);

2 - шартты алдын-алуға болатын (условно предотвратима);

3 - алдын-алу мүмкін емес (непредвратима).

Картаны толтыру күні (Дата заполнения карты) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_ ж. (г.)

Оператордың Т.А.Ә.(Ф.И.О. оператора) \_\_\_\_\_

Картаның енгізілген күні (Дата ввода карты) «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_ ж. (г.)

**Примечание: расшифровка аббревиатур**

АХЖ-10 коды – аурудың халықаралық жіктемесінің X қайта қаралымы бойынша коды

Код МКБ - 10 – код по Международной классификации болезней X пересмотра

ТМККК – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі

Г ОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

УДЗ – ультрадыбыстық зерттеу

УЗИ – ультразвуковое исследование

Приложение 8  
к приказу Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 23 ноября 2010 года № 907

**Перечень  
приказов Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан, признанных отмененными**

- 1) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";
- 2) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 июля 2007 года № 450 "О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";
- 3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 сентября 2008 года № 488 "О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332";
- 4) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 октября 2009 года № 523 "О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";
- 5) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 809 "О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";
- 6) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2009 года № 861 "О внесении изменения и дополнения в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";
- 7) Подпункт 1) пункта 1 приказа Министра здравоохранения РК от 9 февраля 2010 года № 86 "О внесении изменений и дополнений в некоторые приказы и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан";
- 8) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 апреля 2010 года № 288 "О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения".