

"Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2012 жылғы 31 шілдедегі № 514 Бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2012 жылы 6 қыркүйекте № 7898 тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен

Ескерту. Күші жойылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 30.10.2020 № ҚР ДСМ-175/2020 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі кодексінің 7-бабының 1-тармағының 5) тармақшасына, "Неке (ерлі - зайыптылық) және отбасы туралы" Қазақстан Республикасының кодексіне және "Мемлекеттік статистика туралы" Қазақстан Республикасының 2010 жылғы 19 наурыздағы Заңының 16-бабының 3-тармағының 2) тармақшасына сәйкес, сондай-ақ бастапқы медициналық құжаттама нысандарын жақсарту және жинауды қамтамасыз ету мақсатында **БҰЙЫРАМЫН:**

1. "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 тіркелген, "Казахстанская правда" 2011 жылғы 24 ақпандағы № 68-69 (26489-26490), 2011 жылғы 26 ақпандағы № 72-73 (26493-26494), 2011 жылғы 2 наурыздағы № 76-77 (26497-26498), 2011 жылғы 5 наурыздағы № 82-83 (26503-26504), 2011 жылғы 6 наурыздағы № 84-85 (26505-26506), 2011 жылғы 10 наурыздағы № 86-87 (26507-26508), 2011 жылғы 15 наурыздағы № 92-93 (26513-26514), 2011 жылғы 16 наурыздағы № 94-95 (26515-26516), 2011 жылғы 17 наурыздағы № 96-97 (26517-26518), 2011 жылғы 29 наурыздағы № 105-106 (26526-26527), 2011 жылғы 30 наурыздағы № 107-108 (26528-26529), 2011 жылғы 6 сәуірдегі № 116 (26537), 2011 жылғы 12 сәуірдегі № 121-122 (26542-26543), 2011 жылғы 13 сәуірдегі № 123-124 (26544-26545), 2011 жылғы 14 сәуірдегі № 125-126 (26546-26547), 2011

жылғы 19 сәуірдегі № 131-132 (26552-26553), 2011 жылғы 20 сәуірдегі № 133 (26554), 2011 жылғы 21 сәуірдегі № 134-135 (26555-26556), 2011 жылғы 23 сәуірдегі № 138 (26559), 2011 жылғы 26 сәуірдегі № 139 (26560), 2011 жылғы 30 сәуірдегі № 144-145 (26565-26566), 2011 жылғы 7 мамырдағы № 150-151 (26571-26572), 2011 жылғы 14 мамырдағы № 156-157 (26577-26578), 2011 жылғы 21 мамырдағы № 163-164 (26584-26585), 2011 жылғы 28 мамырдағы № 170-171 (26590-26591), 2011 жылғы 04 маусымдағы № 177-178 (26598-26599), 2011 жылғы 11 маусымдағы № 185-186 (26606-26607) және "Егемен Қазақстан" 2011 жылғы 3 тамыздағы № 344-345 (26739) жариялаған)) мынадай өзгерістер мен толықтырулар енгізілсін:

көрсетілген бұйрыққа 1-қосымшада:

"Науқастарды қабылдау және емдеуге жатқызудан бас тартуларды есепке алу журналы" деген № 001/е нысан осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Эритроциттері бар трансфузия хаттамасы" деген № 005/е нысан осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қан компоненттері, препараттары трансфузиясының хаттамасы" деген № 005-1/е нысан осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қанның, оның компоненттері мен препараттарының, қан алмастырғыштар мен диагностикалық стандарттардың қабылдануы мен таратылуын тіркеу журналы" деген № 005-2/е нысан осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Трансфузиялық парақ" деген № 005-3/е нысан осы бұйрыққа 4-1 қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Консервіленген донорлық бүйрек паспорты" деген № 034/е нысан осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы" деген № 009/е нысан осы бұйрыққа 6-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы" деген № 066/е нысан осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Онкологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы" деген № 066-2/е нысан осы бұйрыққа 8-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу журналы" деген № 008/е нысан осы бұйрыққа 9-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы" деген ТБ-01/е нысан осы бұйрыққа 10-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Туберкулезге шалдыққан IV категориялық науқастың медициналық картасы" деген IV категория ТБ-01/е нысан осы бұйрыққа 11-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеу журналы (облыс, қала, аудан)" деген ТБ-03/е нысан осы бұйрыққа 12-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Туберкулезбен ауыратын науқасты ауыстыру жолдамасы" деген ТБ-09/е нысан осы бұйрыққа 13-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Туберкулезбен ауыратын IV санаттағы науқастарды тіркеу журналы" деген ТБ-11/е нысан осы бұйрыққа 14-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілерді тіркеу журналы" деген ТБ-12/е нысан осы бұйрыққа 15-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Емдеуге алынатын науқастың келісімі" деген ТБ-14/е нысан осы бұйрыққа 16-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Туберкулезге қарсы препараттардың қозғалысы туралы стеллажды карта" деген ТБ-19/е нысан осы бұйрыққа 17-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

мынадай нысандармен толықтырылсын:

осы бұйрыққа 18-қосымшаға сәйкес "Медициналық ұйымдарда қанның компоненттері мен препараттарын есептен шығаруды және жоюды тіркеу журналы" деген № 005-4/е нысан;

осы бұйрыққа 19-қосымшаға сәйкес "Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу журналы" деген № 009-1/е нысан;

көрсетілген бұйрыққа 2-қосымшада:

"Күндізгі стационар (емхана, аурухана) науқасының картасы" деген № 003-3/е, "Тұрмыстық зақымдануға байланысты уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама" деген № 095-1/е нысандар алып тасталсын;

"Обыр немесе басқа қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған науқас туралы мәлімдеме" деген № 090/е нысан осы бұйрыққа 20-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Сот-психиатриялық сараптама комиссиясының істері (қылмыстық және азаматтық) мен қорытындыларын қабылдауды, беруді тіркеу журналы" деген № 105-1/е нысан осы бұйрыққа 21-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Перзентхананың, аурухананың босану бөлімшесінің алмасу картасы" деген № 113/е нысан осы бұйрыққа 22-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

мынадай нысандармен толықтырылсын:

осы бұйрыққа 23-қосымшаға сәйкес "Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы" деген № 088-1/е нысан;

осы бұйрыққа 24-қосымшаға сәйкес "ИКСИ ЭКҰ шарасын өткізу хаттамасы" деген № 103/е нысан;

осы бұйрыққа 25-қосымшаға сәйкес "ЭКҰ тағайындау парағы" деген №125/е нысан;

осы бұйрыққа 25-1-қосымшаға сәйкес "Туу туралы медициналық куәлік" деген № 103/е-12 нысан;

осы бұйрыққа 25-2-қосымшаға сәйкес "Қайтыс болғаны туралы дәрігерлік куәлік" деген № 106/е-12 нысан;

осы бұйрыққа 25-3-қосымшаға сәйкес "Перинаталдық өлім туралы дәрігерлік куәлік" деген № 106-2/е-12 нысан;

осы бұйрыққа 25-4-қосымшаға сәйкес "Туу, қайтыс болу және перинаталдық өлім жағдайларын куәландыратын медициналық құжаттаманы толтыру және беру жөніндегі әдістемелік ұсыныстар" деген 2-1 қосымшамен толықтырылсын; көрсетілген бұйрыққа 3-қосымшада:

"Күндізгі стационарға жатқызуға жолдама" деген № 001-7/е нысан алып тасталсын;

"Үйдегі стационар науқасының картасы" деген № 003-2/е нысан осы бұйрыққа 26-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Стационарға жатқызуға жолдама" деген № 001-3/е нысан осы бұйрыққа 27-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Амбулаторлық пациенттің статистикалық картасы" деген № 025-5/е нысан осы бұйрыққа 28-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Амбулаторлық пациенттің статистикалық картасы профилактикалық тексерулер үшін" деген № 025-8/е нысан осы бұйрыққа 29-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"В" және "С" вирусты гепатиттерге тексерілгендер және ауыратын науқастарды жеке есепке алу картасы" деген № 030-1/е нысан осы бұйрыққа 30-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы" деген № 030-2/е нысан осы бұйрыққа 31-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Диспансерлік бақылаудың тексеру картасы (онко)" деген № 030-6/е нысан осы бұйрыққа 32-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы" деген № 111/е нысан осы бұйрыққа 33-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Диспансерлік контингентті бақылау картасы" деген ТБ-16/е нысан осы бұйрыққа 34-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

мынадай нысандармен толықтырылсын:

осы бұйрыққа 35-қосымшаға сәйкес "Баланың медициналық картасы балалар үйі үшін (қыз бала)" деген № 026-1/е нысан;

осы бұйрыққа 36-қосымшаға сәйкес "Баланың медициналық картасы балалар үйі үшін (ұл бала)" деген № 026-2/е нысан;

осы бұйрыққа 37-қосымшаға сәйкес "Пациентті/клиентті және көрсетілген элеуметтік қызметті тіркеу журналы" деген № 055/е нысан;

көрсетілген бұйрыққа 4-қосымшада:

"АИТВ-инфекциясының ошағын эпидемиологиялық тексеру картасы" деген № 273/е, "ИФТ зертханасындағы зертханашылардың, күнделікті жүктемесін есебінің тіркеу күнделігі" деген № 276/е нысандар алып тасталсын;

"Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АҚТҚ антиденелеріне зерттеуге тізімдік жолдама" деген № 264/е нысан осы бұйрыққа 38-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Вирусқа қарсы АИТВ ДНК анықтау үшін ПЦР түскен материалды тіркеу журналы" деген № 264-1/е нысан осы бұйрыққа 39-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы" деген № 264-2/е нысан осы бұйрыққа 40-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"ПЦР әдісімен тексерудің қорытындысы" деген № 264-3/е нысан осы бұйрыққа 41-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АҚТҚ жұқпасына зерттеуге жеке жолдама" деген № 264-8/е нысан осы бұйрыққа 42-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"ИФТ әдісімен зерттеуге келген материалды тіркеу журналы" деген № 266/е нысан осы бұйрыққа 43-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"АИТВ-ға антиденесіне қайта бақылау сарысуын тіркеу және есепке алу журналы" деген № 267-1/е нысан осы бұйрыққа 44-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"АИТВ-ға антиденелерді тексеру қорытындысы" деген № 270/е нысан осы бұйрыққа 45-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін кеңес беруді есепке алу журналы" деген № 270-4/е нысан осы бұйрыққа 46-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы" деген № 270-6/е нысан осы бұйрыққа 47-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Адамның иммунитет тапшылығы вирусына (АИТВ) қарсы антиденелерге тексерілгені туралы куәлікті беру журналы" деген № 272/е нысан осы бұйрыққа 48-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Бракераждық журнал" деген № 280/е нысан осы бұйрыққа 49-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"CD-4, CD-8 анықтау үшін алынған үлгілердің қорытындысын тіркеу журналы" деген № 281-1/е нысан осы бұйрыққа 50-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"CD-4, CD-8 тексерілген қанның қорытындысы" деген № 281-2/е нысан осы бұйрыққа 51-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

мынадай нысандармен толықтырылсын:

осы бұйрыққа 52-қосымшаға сәйкес "АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға төзімділігін зерттеу нәтижесі" деген № 265-1/е нысан;

осы бұйрыққа 53-қосымшаға сәйкес "Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы" деген № 247-3/1е нысан;

осы бұйрыққа 54-қосымшаға сәйкес "Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы" деген № 247-3/2е нысан;

көрсетілген бұйрыққа 6-қосымшада:

"Зертханалық зерттеулердің жұмыс журналы" деген № 251/е нысан алып тасталсын;

"Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектен бөлінген сұйықтар талдауы" деген № 218/е нысан осы бұйрыққа 55-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қанның биохимиялық талдауы" деген № 228/е нысан осы бұйрыққа 56-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Гормондар мен медиаторлардың мөлшерін анықтау қан талдауы" деген № 235/е нысан осы бұйрыққа 57-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Коагуологиялық зерттеу қан талдауы" деген № 237/е нысан осы бұйрыққа 58-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Вассерман реакциясы және тағы басқа қан талдауы" деген № 241/е нысан осы бұйрыққа 59-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Вирусты гепатиттердің маркерлеріне қанды зерттеуге жолдама" деген № 245/е нысан осы бұйрыққа 60-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Иммуноферменттік талдау" деген № 245-1/е нысан осы бұйрыққа 61-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Талдаулар мен олардың нәтижесін тіркеу журналы" деген № 250/е нысан осы бұйрыққа 62-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы" деген № 259/е нысан осы бұйрыққа 63-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Антиглобулиндік тестіге (тікелей сынама, тікелей емес сынама) жолдама" деген № 206/е нысан осы бұйрыққа 64-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қанды иммуногематологиялық зерттеуге (ABO жүйесі, резус-тиістілік, антиэритроциттік антиденелер) жолдама" деген № 207/е нысан осы бұйрыққа 65-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Зертханалық тіркеу журналы" деген ТБ-04/е нысан осы бұйрыққа 66-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қақырықты туберкулез микобактериясына (ТМБ) микроскопиялық тексеруге жіберетін жолдама" деген ТБ-05/е нысан осы бұйрыққа 67-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"ТМБ дақылдарының туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілерге сезімталдығын анықтауға жолдама" деген ТБ-06/е нысан осы бұйрыққа 68-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"ТМБ дақылының туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығының нәтижелерін алуға арналған жолдама" деген ТБ-06а/е нысан осы бұйрыққа 69-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Зертханалық егу әдісі бойынша зерттеулерді есепке алу журналы" деген ТБ-17/е нысан осы бұйрыққа 70-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы" деген ТБ-18/е нысан осы бұйрыққа 71-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

мынадай нысандармен толықтырылсын:

осы бұйрыққа 72-қосымшаға сәйкес "Қанды биохимиялық генетикалық скринингке жолдау" деген № 202/е нысан;

осы бұйрыққа 73-қосымшаға сәйкес "Қанды экспресс-әдіспен талдау" деген № 248/е нысан;

осы бұйрыққа 74-қосымшаға сәйкес "Қанды микрореакцияға жолдау" деген № 249/е нысан;

осы бұйрыққа 75-қосымшаға сәйкес "Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы" деген № 253-2/е нысан;

осы бұйрыққа 76-қосымшаға сәйкес "Кіріс бақылау актісі" деген № 263/е нысан;

осы бұйрыққа 77-қосымшаға сәйкес "Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу актісі" деген № 283/е нысан;

осы бұйрыққа 78-қосымшаға сәйкес "Қақырықты Хpert МТВ/RII-мен зертханалық зерттеуге жолдама" деген ТБ-06б/е нысан;

осы бұйрыққа 79-қосымшаға сәйкес "ВАСТЕС ТМБ дәріге сезімталдық тестісі және культуралық зерттеулерді есепке алу журналы" деген ТБ-24/е нысан;

осы бұйрыққа 80-қосымшаға сәйкес "HAIN тест және ХpertMTV/RII нәтижелерін есепке алу журналы" деген ТБ-25/е нысан;

көрсетілген бұйрыққа 7-қосымшада:

"Донорлар мерезбен, гепатитпен және тағы басқа аурулармен ауырғанда жүргізілетін іс-шараларды тіркеу журналы" деген № 403/е, "Донорларды гемотрансфузиялық инфекцияларға тексеру нәтижелерін тіркеу журналы" деген

№ 433/е, "Мұрағатталған донор қан сарысуларының үлгілерін тіркеу журналы" деген № 433-6/е нысандар алып тасталсын;

"Донорлардың қан үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға алғашқы зерттеу нәтижесін растау ведомосы" деген № 405-2/е нысан осы бұйрыққа 81-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Ақылы донордың медициналық картасы" деген № 406/е нысан осы бұйрыққа 82-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Өтеусіз донордың картасы" деген № 407/е нысан осы бұйрыққа 83-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Донорлыққа қатысуға келген адамдарды есепке алу күнделігі" деген № 410/е нысан осы бұйрыққа 84-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"HLA-типтеу нәтижесі" деген № 410-2/е нысан осы бұйрыққа 85-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қан дайындауды есепке алу журналы" деген № 411/е нысан осы бұйрыққа 86-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қан тапсырушы донорлардан дайындалған қан компоненттерінің қозғалысын есепке алу және жарамсыздыққа шығару журналы" деген № 411-1/е нысан осы бұйрыққа 87-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қан компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді есепке алу журналы" деген № 412/е нысан осы бұйрыққа 88-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсыздыққа шығару журналы" деген № 412-1/е нысан осы бұйрыққа 89-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қанның компоненттерін өндіруді есепке алу журналы" деген № 413/е нысан осы бұйрыққа 90-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қанның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы" деген № 413-1/е нысан осы бұйрыққа 91-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Криопреципитатты өндіруді есепке алу журналы" деген № 413-2/е нысан осы бұйрыққа 92-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Уақытша оқшауланған сақталудағы қан компоненттерін тіркеу журналы" деген № 415/е нысан осы бұйрыққа 93-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Медициналық ұйымдардан түскен өтінімдерді есепке алу журналы" деген № 417/е нысан осы бұйрыққа 94-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қанды және оның компоненттерін жарамсыздығы бойынша есептен шығаруды тіркеу журналы" деген № 418/е нысан осы бұйрыққа 95-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қан, қан компоненттері мен препараттарын, стандарттық диагностикумдарды босатуды есептеу журналы" деген № 422/е нысан осы бұйрыққа 96-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Өнімді беру бөлімшесі бойынша қанның, оның компоненттерінің, препараттарын және қаналмастырғылардың қозғалысын есептеу ведомосы" деген № 423/е нысан осы бұйрыққа 97-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Донорлардың зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы" деген № 425/е нысан осы бұйрыққа 98-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"ЕПҰ түскен қанның иммуногематологиялық зерттеуінің нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 425-3/е нысан осы бұйрыққа 99-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Стандарттық эритроциттерді дайындау журналы" деген № 425-4/е нысан осы бұйрыққа 100-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 425-5/е нысан осы бұйрыққа 101-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Жеке және арнайы іріктелген донор қанын тіркеу журналы" деген № 425-6/е нысан осы бұйрыққа 102-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Медициналық ұйымына трансфузиялық заттардың берілуін есепке алу картасы" деген № 426/е нысан осы бұйрыққа 103-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Донорлардың бастапқы-позитивті сарысуының үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға қайта зерттеуді тіркеу журналы" деген № 433-1/е нысан осы бұйрыққа 104-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Трансфузиялық инфекция зертханасының ақылы қызметтерін тіркеу журналы" деген № 433-2/е нысан осы бұйрыққа 105-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы" деген № 433-4/е нысан осы бұйрыққа 106-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 436/е нысан осы бұйрыққа 107-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

"Қан компоненттері мен препараттарын өндіру үшін негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы құралдарды іштей бақылау журналы" деген № 437/е нысан осы бұйрыққа 108-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

мынадай нысандармен толықтырылсын:

осы бұйрыққа 109-қосымшаға сәйкес "Қанды жеке және арнайы іріктеуге жолдама" деген № 405-3/е нысан;

осы бұйрыққа 110-қосымшаға сәйкес "HLA-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау нәтижесін тіркеу журналы" деген № 410-4/е нысан;

осы бұйрыққа 111-қосымшаға сәйкес "SBT типтеу әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы" деген № 410-5/е нысан;

осы бұйрыққа 112-қосымшаға сәйкес "Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы" деген № 410-6/е нысан;

осы бұйрыққа 113-қосымшаға сәйкес "HLA-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу журналы" деген № 410-7/е нысан;

осы бұйрыққа 114-қосымшаға сәйкес "Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу журналы" деген № 410-8/е нысан;

осы бұйрыққа 115-қосымшаға сәйкес "Лейкоциттік антиденелерді анықтауға жолдама" деген № 410-9/е нысан;

осы бұйрыққа 116-қосымшаға сәйкес "HLA-жүйесі бойынша типтеуге жолдама" деген № 410-10/е нысан;

осы бұйрыққа 117-қосымшаға сәйкес ""Кросс-матч" үйлесімділігіне жеке сынамаға жолдама" деген № 410-11/е нысан;

осы бұйрыққа 118-қосымшаға сәйкес "Тромбоциттерді HLA-жүйесі бойынша арнайы іріктеу сынамасына жолдама" деген № 410-12/е нысан;

осы бұйрыққа 119-қосымшаға сәйкес "Антиденелерді серологиялық әдіспен анықтау нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 410-13/е нысан;

осы бұйрыққа 120-қосымшаға сәйкес ""Кросс-матч" үйлесімділігіне сынама нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 410-14/е нысан;

осы бұйрыққа 121-қосымшаға сәйкес "Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алу журналы" деген № 413-3/е нысаны;

осы бұйрыққа 122-қосымшаға сәйкес "Мұздатылған эритроциттерді өндіруді есепке алу журналы" деген № 413-4/е нысан;

осы бұйрыққа 123-қосымшаға сәйкес "Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы" деген № 413-5/е нысан;

осы бұйрыққа 124-қосымшаға сәйкес "Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алу журналы" деген № 413-6/е нысан;

осы бұйрыққа 125-қосымшаға сәйкес "Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процессін тіркеу журналы" деген № 413-7/е нысан;

осы бұйрыққа 126-қосымшаға сәйкес "Қан компоненттерін салыстырмалы жарамсыздығы бойынша тіркеу журналы" деген № 418-1/е нысан;

осы бұйрыққа 127-қосымшаға сәйкес "Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу журналы" деген № 422-2/е нысан;

осы бұйрыққа 128-қосымшаға сәйкес "Жасушалық қан компоненттерін – тромбоциттерді, лейкоциттерді беруді есепке алу журналы" деген № 422-3/е нысан;

осы бұйрыққа 129-қосымшаға сәйкес "Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналы" деген № 422-4/е нысан;

осы бұйрыққа 130-қосымшаға сәйкес "Қан препараттардың босатуды есепке алу журналы" деген № 422-5/е нысан;

осы бұйрыққа 131-қосымшаға сәйкес "Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 425-8/е нысан;

осы бұйрыққа 132-қосымшаға сәйкес "Донор қанының клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 425-9/е нысан;

осы бұйрыққа 133-қосымшаға сәйкес "Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 425-10/е нысан;

осы бұйрыққа 134-қосымшаға сәйкес "АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы" деген № 433-7/е нысан;

осы бұйрыққа 135-қосымшаға сәйкес "Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу жолдамасы" деген № 433-8/е нысан;

осы бұйрыққа 136-қосымшаға сәйкес "ЖҚП мен криопреципитат сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 436-2/е нысан;

осы бұйрыққа 137-қосымшаға сәйкес "Кіндік қаны донорынан перифериялық қан мен кіндік қанды қабылдауды тіркеу журналы" деген № 446/е нысан;

осы бұйрыққа 138-қосымшаға сәйкес "Кіндік қан донорының кіндік қаны мен перифериялық қанын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы" деген № 446-1/е нысан;

осы бұйрыққа 139-қосымшаға сәйкес "Кіндік қанының дің жасушалары үлгілерін криоконсервілеу үдерісін жазу журналы" деген № 446-2/е нысан;

"Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы (есепке алу) медициналық құжаттамаларының нысандарының тізбесі және оларды сақтау мерзімдері" деген 7-1 қосымша осы бұйрыққа 140-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын.

2. Облыстардың, Астана, Алматы қалаларының денсаулық сақтау басқармаларының бастықтары (келісім бойынша) және республикалық денсаулық сақтау ұйымдарының, ғылыми-зерттеу институттары мен ғылыми орталықтардың басшылары осы бұйрықпен бекітілген бастапқы медициналық құжаттама нысандарын денсаулық сақтау ұйымдарына енгізісін және бастапқы әкімшілік деректердің құпиялылығын қамтамасыз етсін.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті (А.Ғ. Төлеғалиева) заңнамада белгіленген

тәртіппен осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді қамтамасыз етсін.

4. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң қызметі және мемлекеттік сатып алу департаменті (Е.Р. Әмірғалиев) осы бұйрықты мемлекеттік тіркегеннен кейін оның бұқаралық ақпарат құралдарында ресми жариялануын қамтамасыз етсін.

5. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің "Туу, қайтыс болу және перинаталдық өлім жағдайларын куәландыратын медициналық құжаттаманы енгізу туралы" 2007 жылғы 27 тамыздағы № 520 (Қазақстан Республикасы нормативтік құқықтық актілерін мемлекеттік тіркеу тізілімінде 2007 жылы 27 қыркүйекте № 4946 тіркелген және 2007 жылы 23 қарашадағы № 180 (1209) "Заң газетінде" жарияланған) және "Туу, қайтыс болу және перинаталдық өлім жағдайларын куәландыратын медициналық құжаттаманы енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2007 жылғы 27 тамыздағы № 520 бұйрығына толықтыру енгізу туралы" (Қазақстан Республикасы нормативтік құқықтық актілерін мемлекеттік тіркеу тізілімінде 2008 жылы 28 сәуірде № 5202 тіркелген және 2008 жылғы 21 мамырдағы № 75 (1475) "Заң газетінде" жарияланған) 2008 жылғы 10 сәуірдегі № 196 бұйрықтарының күші жойылды деп танылсын.

6. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министрі Е.Ә. Байжүнісовке жүктелсін.

7. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушы
"Келісілген"

С. Мусинов

Қазақстан Республикасы
Статистика агенттігінің төрағасы
_____ Ә. Смайылов
2012 жылғы 3 тамыз

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
1-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

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 (қайталап) 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, колданылған шаралар Причины отказа в приеме (первичный, повторный), принятые меры	Медициналық сақтанд жөнінде деректер Данные по медицинск страхованию	
17	18	19	20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
2-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

А4 форматы

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат А4

Код организации по ОКПО _____

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

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) _____

—

Сырақатнама № (№ истории болезни) _____

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД)_____, Ps _____,

t⁰ _____

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 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 _____, АҚ (АД) _____,
t⁰ _____ (1 сағаттан кейін; через 1 час);

Ps _____, АҚ (АД) _____, t⁰ _____ (2 сағаттан кейін; через 2 часа);

Ps _____, АҚ (АД) _____, t⁰ _____ (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)

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2012 жылғы 31 шілдедегі

№ 514 бұйрығына

3-қосымша

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы

№ 907 бұйрығына

1-қосымша

Нысан

A4 форматы

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат А4

Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а. 2010 жылғы
"23" қарашадағы № 907
бұйрығымен бекітілген
№ 005-1/е нысанды
медициналық құжаттама
Медицинская документация
Форма № 005-1/у
утверждена приказом
и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан от
"23" ноября 2010 года № 907

**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 ауырухана бөлімшесі (Отделение больницы, где проводится трансфузия) _____

— Сырқатнаманың № (№ истории болезни) _____

— Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД)_____, Ps_____, t⁰ _

— Трансфузиондық сырқатнама (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 трансфузион-ной среды) _____

— Трансфузиялық затты дайындау күні (Дата заготовки трансфузионной среды) _____

— Үйлесу сынамаcының өткізу (Проведение проб на совместимость):

- биологиялық сынамаcы 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 ТАӨ (ФИО врача, проводившего трансфузию) _____

— (қолы, подпись)

Трансфузиядан кейін (После трансфузии):Ps _____, АҚК (АД) _____, t⁰ _____ (1 сағаттан кейін; через 1 час);

Ps _____, АҚК (АД) _____, t⁰ _____ (2 сағаттан кейін; через 2 часа);

Ps _____, АҚК (АД) _____, t⁰ _____ (3 сағаттан кейін; через 3 часа).

Несептің бірінші бөлігінің түсі (Цвет первой порции мочи)

— Тәуліктік диурез (Суточный диурез) _____

_____ (күні, уақыты; дата, время) (қолы; подпись)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
4-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

A4 форматы

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат А4

Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005-2/ е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 005-2/у
Ұйымның атауы Наименование организации	утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қанның, оның компоненттері мен препараттарының мен диагностикалық стандарттардың қабылдануы мен таратылуын тіркеу журналы

Журнал регистрации поступления и выдачи крови, ее компонентов, препаратов, диагностических стандартов

20 жылғы (года) " ____ " _____ басталды (20 жылғы (года) " ____ " _____ аяқталды ((начат) _____ (окончен) _____)

1. Емдеу денсаулық сақтау ұйымының қан құю бөлімшесінде немесе қан бөлмесінде толтырылады .
1. Заполняется в отделении переливания или кабинете крови лечебной организации здравоохранения.
2. Ірі ұйымдарда трансфузиялық заттардың әр түріне жеке журнал жүргізуге болады: қан
2. В крупных организациях на разные виды трансфузионных средств можно вести отдельные

компоненттеріне, қан препараттарына, стандартты қан сарысуына, қаналмастырғыларға.

3. Ай сайын әр баған бойынша қорытынды шығарылады.

4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, бас дәрігердің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс.

журналы: на компоненты крови, препараты крови, стандартные сыворотки, кровезаменители.

3. Ежемесячно по каждой графе подводится итог.

4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью и подписью главного врача.

Р/с № п/п	Алған күні және уақыты Дата и время получения	Дайындаушы ұйым Организация – изготовитель	Заттанба нөмірі (сериясы) Номер (серия) этикетки	Дайындалған күні (сакталу мерзімі) Дата заготовки (срок годности)	АВО бойынша қанның тобы (Группа крови по АВО	Резус-тиістілік Резус-принадлежность	Консервіленген қан және эритроцитқұрамды компоненттер К р о в ь консервированная и эритросодержащие компоненты	Плазма барлық криопре: Плазма видов, криопре:
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
4-1-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

A4 форматы

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат А4

Код организации по 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 Медицинская документация Форма № 005-3/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
Ұйымның атауы Наименование организации	

_____ науқасының трансфузиялық парағы
Трансфузионный лист больного _____

№

№	Күні Дата	Трансфузиялық заттың атауы Наименование трансфузионной среды	Мөлшері, мл Количество , мл	Донордың қан тобы, Rh Группа крови, Rh донора	Көрсетілімдер Показания	Заттаңба №, өндіруші № этикетки, производитель	Асқынулар Осложнения	Дәрігердің ТАӘ Ф И О врача
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
5-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

A5 форматы

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат A5

Код организации по 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 Медицинская документация Форма № 034/у
Ұйымның атауы Наименование организации	утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

КОНСЕРВИРОВАННОЕ ДОНОРСКОЕ ТКАНИ ЖӘНЕ (НЕМЕСЕ) АҒЗАЛАРДЫҢ (АҒЗАЛАРДЫҢ БӨЛКТЕРІ) ПАСПОРТЫ ПАСПОРТ КОНСЕРВИРОВАННОЙ ДОНОРСКОЙ ТКАНИ И (ИЛИ) ОРГАНА (ЧАСТИ ОРГАНА)

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 fs24-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)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
6-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

А4 форматы
Формат А4

КҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а. 2010 жылғы
"23" қарашадағы № 907
бұйрығымен бекітілген
№ 009/е нысанды медициналық
құжаттама
Медицинская документация
Форма № 009/у
утверждена приказом и.о.
Министра здравоохранения

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

20__ жылғы(года) "___" _____ басталды (20__ жылғы(года) "___" _____ аяқталды (начат) _____ (окончен) _____)

- Ірі ұйымдарда трансфузиялық заттардың жеке түрлеріне жеке журнал жүргізуге болады: қанға, оның компоненттері мен препараттарына, каналмастыру 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	Сырақатнама № № истории болезни	Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі Группа крови и резус принадлежности больного	Құю көрсетілімдері Показания к переливанию	Құдо ол ко то ре Гр с пр пе кр ко до
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
7-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

А4 форматы
Формат А4

КҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО _____

шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

10. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): Ұлы отан соғысының мүгедегі - болған жағдайда (бұдан әрі – ҰОС) – 1, Ұлы отан соғысының қатысушы - болған жағдайда (бұдан әрі – ҰОСҚ) (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)) 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, теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид по труду) - 9, қоныс аударушылар (переселенцы) – 10, басқалар (прочие) – 99.

11. Пациент бағытталды (Пациент направлен): медициналық-санитарлық алғашқы көмек - болған жағдайда (бұдан МСАК) (Первичная медико-санитарная помощь – при наличии (далее - ПМСП) - 1, ҚДЕ (ҚДП) - 2, өзі қаралды (обратился) - 3, жедел жәрдеммен (скорой помощью) - 4, басқа стационардан (другим стационаром) - 5, әскери комиссариаттан (военкоматом) - 6, перзентханамен (роддомом) - 7, басқалар (прочие) - 8, (астың сызыңыз (подчерк

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 сағат 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 дейін 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		
Патологоанатомиялық диагноз/өлуінің себебі Патологоанатомический 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	Операцияның атауы мен коды	Анестезия (коды)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2-жоспарлы	Операциядан кейінгі асқынулар	Арнаулы аппаратура (коды)

Уақыты Время	Название и код операции	Анестезия (код)	Тип операции: 1-экстрен. 2-плановая	Послеоперационное осложнение	Специальная аппаратура (код)	Дәрігерлердің коды Коды врачей
Хирургиялық операциялар Хирургические операции						
__/__/__ :____						хирург
Код						ассистент
__/__/__ :____						анесте-зиолог
Код						хирург
__/__/__ :____						ассистент
Код						анесте-зиолог
__/__/__ :____						хирург
Код						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) (fs24заполняется 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)

А И Т В
инфекция ()
ВИЧ-инфекцию
)

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

Қысқартулар/Сокращение: КШТ - клиникалық-шығынды топтар (КЗГ – клинико-затратная группы);

ММК - мамандандырылған медициналық көмек (СМП – специализированная медицинская помощь);

ЖММК - жоғары мамандандырылған медициналық көмек (ВСМП – высокоспециализированная медицинская помощь);

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) _____ Код _____ Қолы (Подпись) _____

Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением) ТАӘ (ФИО) _____ Код _____ Қолы (Подпись) _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
8-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

А4 форматы

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат А4

Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-2/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма 066-2/у
Ұйымның атауы Наименование организации	утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

ОНКОЛОГИЯЛЫҚ СТАЦИОНАРДАН ШЫҚҚАН АДАМНЫҢ КАРТАСЫ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Емдеуге
жатқызу
бюросы
айқындаған
емдеуге
жатқызу коды

К о д
госпитализации,
определенный
Б ю р о
госпитализацией

Сырқатнаманың
№ (№ истории
болезни) _____

_____ МТН (_____
РМН)
ЖСН (ИИН)

ҒЗИ үшін квота № (Для НИИ № квоты)	әдеттегі (обычная);	әкімшілік (административная)
	ЖММК (ВСМП);	ҒЗЖ (НИР)

01. Тегі (Фамилия) _____ Аты (Имя) _____
Әкесінің аты (Отчество) _____

02. Туған күні (Дата рождения): күні (число) _____ айы (месяц) _____ жылы (год) _____

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-О) _____

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 жалғастыру (продолжение лечения первичной опухоли); аурудың қайталануын емдеу (лечение рецидива 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-О) _____

24.2. Ісіктің морфологиялық түрі (Морфологический тип опухоли) _____ АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-О) _____

24.3. Ісік процесінің сатысы (Стадия опухолевого процесса):

I a	II a	III a	IV a	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 b(0-4)

_____ ; N_(0-4x) _____ ; M_(0, 1, x) _____

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 (брюшина)
сүйектер (кости)	бауыр (печень)	бүйрек (почка)	аналық бездер (яичники)
өкпе мен/немесе өкпекап (легкие и/или плевра)	басқа ағзалар (другие органы)	тері қабаты (кожа)	көп санды (множественные) белгісіз (неизвестна)

24.5.2. Процестің өрістеуі кезінде (при прогрессировании процесса):

алыс лимфа түйіндері (отдаленные лимфатические узлы)	ми (головной мозг)	сүйек миы (костный мозг)	ішперде (брюшина)
сүйектер (кости)	бауыр (печень)	бүйрек (почка)	аналық бездер (яичники)
өкпе мен/немесе өкпекап (легкие и/или плевра)	басқа ағзалар (друг (другие органы)	тері қабаты (кожа)	көп санды (множественные) белгісіз (неизвестна)

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-градиент (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 (реконваленценция).

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 внутритканевое) , Тін ішілік сәулелендіру (Облучение интратканевое): .

Тіркескен сәулелендіру (Облучение сочетанное): қашықтықтан + қуыс ішілік (дистанционное + внутритканевое) , қашықтықтан+ тін ішілік (дистанционное + интратканевое) , 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 (интратканевая); қуыс ішілік (внутритканевая); 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 соединение); 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); регианарлық 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); адыюантты (профилактикалық) (адыюантная (профилактическая)); адыюантты емес (неадыюантная);

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.

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- 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 доза Суммарная доза

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)

*) Таргентты терапияның жанама әсерлері (побочные эффекты таргентной терапии): терілік реакциялар (кожные реакций); гастринтестинальды (гастроинтестинальные); кардиотоксикалық (кардиотоксичность); қан кетулер (кровотечения); басқалар (другие); жоқ (нет);

31.7. Сүйек резорбциясының ингибиторларымен терапия (терапия с ингибиторами костной резорбции):

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)

*) Сүйек резорбциясының ингибиторлары терапиясының жанама әсерлері (побочные эффекты терапии с ингибиторами костной резорбции): Тұмау тәріздес синдром (гриппоподобный синдром); гастринтестинальды 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 (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) *(астын сызыңыз) (подчеркнуть)*

Дәрігер (Врач)): ТАӘ (ФИО) _____ Код _____ Қолы (Подпись) _____

Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО) _____ Код _____ Қолы (Подпись) _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
9-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

А4 форматы
Формат А4

КҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907
----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

Республики Казахстан

бұйрығымен бекітілген

№ 008/е нысанды

медициналық құжаттама

Медицинская документация

Форма № 008/у

Ұйымның атауы

утверждена приказом и.о.

Наименование организации

Министра здравоохранения

Республики Казахстан от

"23" ноября 2010 года № 907

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) _____

Стационарлық науқас

картасының № _____

№ қарты стационарного больного

Операцияға дейінгі

Операция күні (Дата операции)

диагноз (

20 ___ жылғы (года) “ _____ ”

Диагноз до операции)

Хирург _____

_____ Ассистенттер
_____ (Ассистенты) _____
_____ Анестезиолог _____

Операциядан
кейінгі
диагноз (_____
Диагноз после
операции) _____

Ауырсынуды
б а с у (_____
Обезболивание
)

ОПЕРАЦИЯ СИПАТТАМАСЫ ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ

— _____

— _____

— _____

— _____

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

—

—
—
—
—
—
—
—
—
—
—
—
—
—
—
—

Операцияның аяқталуы (Исход операции): _____

—
—
—
—
—
—
—
—
—
—
—

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
10-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

А4 форматы КҰЖЖ бойынша ұйым коды
Формат А4 Код организации по 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 01/е-нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма ТБ 01/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения
Ұйымның атауы	
Наименование организации	

ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ

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 м
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/

алдын ала тексеру/профосмотр: қауіпті топ/группа риска; міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент

өлгеннен кейін/посмертное: қауіпті топ/группа риска; міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент;

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 противотуберкулезный центр (далее – ПТО) _____ / _____ / _____

7. Зерттеу қорытындылары/Результаты исследования

Исследования /Зерттеулер		ем бастаған дейін 0 ай до начала лечения 0 месяца			2 ай 2 месяца		3 ай 3 месяца		4 ай 4 месяца	
		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	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба
Қақырық жағынд-ң микроскопиясы (микроскопия мазка мокроты)	Күні (дата)									
	қорытынды (результат)									
	Зерттеу № (лаб.№)									
Қақырықтың дақылы (посев мокроты)	Дақыл (посев)	Әдіс метод)	(Л-Й В Л-Й		Л-Й		Л-Й			
		Күні (дата)								
		қорытынды (результатт)								
		Зерттеу № (лаб №)								
	Сезімталдық (ТЛЧ)	Әдіс метод)	(Л-Й В МГ							
		Күні (дата)								
		Зерттеу № (лаб №)								
		Н								
R										
E										

	Z									
	S									
Рентген	Күні (дата)									
	Ыдырау (распад)									
113 код	Күні (дата)									
	қорытынды (результат)									

Примечание: 1. Қақырық жағындының, дақылдың, сезімталдықтың қорытындысын, қақырық жағындысын жиі нәтижелері микроскопии, посево, ТЛЧ санын санын жинауы

2. Молекулалық-генетикалық (МГ): Хайн-тест, G-Xpert - қажеттісін тандаңыз/Молекулярно-генетический: .
необходимое

ТДК/ДТК: ия/да жоқ/нет Жүргізілген жағдайда, күні/Если проведено, дата: __/__/__

ТКК/ПТК: ия/да жоқ/нет Жүргізілген жағдайда, күні/ Если проведено, дата: __/__/__

10. Туберкулезге қарсы препараттар/Противотуберкулезные препараты

Ем баст. дейінгі салмағы / Вес до начала _____ кг:	қарқынды кезеңі/интенсивная фаза					жалғастыру кез			
	H 100мг H 300мг H инъекц 500мг мг	R 150мг R 150 инъец	Z 500 мг	E 100 мг E 400 мг	S 1000 мг	Белгіленген мөлшердегі түйдектелген препараттар микобактериясы - болған жағдайда (бұдан әрі – БМБП) / Комбинированные препараты с фиксированными дозами – при наличии (далее – КПФД)		H100 H300	R150
Күні/ Дата	Өлшем бірлігі /Единица измерения таблетка/ ампула	Өлшем бірлігі /Единица измерения капсула/ ампула	Өлшем бірлігі /Единица измерения таблетка	Өлшем бірлігі /Единица измерения таблетка	Өлшем бірлігі /Единица измерения флакон	H75R150Z400E275 Өлшем бірлігі/ Единица измерения таблетка	H30R60Z150 Өлшем бірлігі /Единица измерения таблетка	Өлшем бірлігі /Единица измерения таблетка	Өлше бірлі Еди изме капс

11. Қарқынды кезеңіндегі науқасқа ТБЕ өткізу қағазы/Лист проведения НКЛ больного на интенсивной фазе 1 -7 беттер/страницы 1-7

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 _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
11-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

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 IV санатты ТБ 01/е - нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма ТБ 01/у-категория IV утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
Ұйымның атауы Наименование организации	

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/ТТТТ Науқастың тіркеу №/Регистрационный № больного _____ Тіркелген күні ____/____/____ КК/АА/ЖЖЖЖ Дата регистрации ДД/ММ/ТТТТ 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 _____	3. Әлеу жұмыс дейінгі самоза медраб пените 4. Қауі қатына нашак
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

Туған күні/Дата рождения: ____/____/____ КК/АА/ЖЖЖЖ

ДД/ММ/ТТТТ

Жынысы/Пол: ер/мужской; әйел/женский

Нақты мекен-жайы/: БТОЖ/БОМЖ

Адрес фактического проживания _____ облысы/область

_____ қаласы/ауданы _____

город/район _____

_____ елді мекені

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 Дата нач. лечения	Кат.	Ем үлгісі Схема лечения	Нәтиже Исход	Ем аяқталған күні Дата окон.леч.
1					
2					
3					
4					

7. Орталық дәрігерлік консультациялық комиссиясының

қорытындысы

Заключение Центральной врачебной консультативной комиссии

ТБ түрі/ формы ТБ	Күні/ даты	КДТ ТБ және КАДТ ТБ бойынша қабылдаған шешімдері Принятые решения по МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ	
		Шешімі Заключение ЕҚП/ ПВР	Себебі Причина ЕҚП/ПВР
КДТ ТБ/ МЛУ ТБ			
КАДТ ТБ/ ШЛУ ТБ		ҰҚП/ ПТР	ҰҚП/ ПТР

бостан
АҚТК/
Басқал
до 1 год
5. Нау
жаңа :
лечени
Басқал
ТМБ (
ТМБ(-
6. Туб
Өкпе
Легочн
Диাগнс

шифр
ТДК/Д
Жүргіз
Если п
ТКК/П
Жүргіз
Если п
Ретров
Антир
Бастал
Если н
Котрим
Профи
Бастал
Если н

**8. Ем т
Инфор**

Қағ Ме,
1
2
3
4
5
6
Жа. Ме,
1

Л-Й																				
В																				
Молек-ый Молек-лы																				
Л-Й																				
В																				
Л-Й																				
В																				
Л-Й																				
В																				
113код	Күні/дата																			
	қорытынды (результат)																			

Дәрі-дәрмектердің қысқартылған атаулары/Аббревиатура лекарств: Н – Изониазид; R – Рифампицин; E – Этамбутол; S – Стрептомицин; Z – Пиразинамид; Am – Амикацин; Km – Канамицин; Cm – Капреомицин; Cfx – Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин; Lfx – Левофлоксацин; Mfx – Моксифлоксацин; Gfx – Гатифлоксацин; Pto – Протионамид; Eto – Этионамид; Cs – Циклосерин; PAS – Парааминосалицилді қышқыл/Парааминосалициловая кислота;

*ең көп оң дәрежелі нәтижесі бар сынаманың қорытындысы мен күні көрсетіледі /указать дату и результат того образца, в котором наибольшие положительные результаты

** әріптерді көрсету қажет: С - сезімтал; Т – төзімді; Ө - өскін (указать буквы: Ч - чувствительный; Уст - устойчивый; П – пророст)

Қысқартулар /Сокращение: Л-Й– Левенштейн-Йенсен; В- ВАСТЕС; Молекулярные методы (Х- Хайн; G-Хpert).

10. IV категория тәртібі, ем басталған күні, мөлшері (мг), мөлшерді өзгерту және дәріні қабылдауды тоқтату

Режим категории IV, дата начала лечения, доза (мг), изменение дозы и отмена приема лекарств

Күні / Дата	Н 300мг	R 150мг	Z 500мг	E 400мг	K m 1000мг	A m 500мг	C m 1000мг	Ofx 200мг 400мг	Lfx 250мг 500мг	Pto 250 мг	Eto 250 мг	C s 250мг	PAS	Mfx 450мг 400мг 250мг	Amx-Clv 500мг/ 125мг 500мг/ 250мг	Clr 500мг 500мг
													4000мг 3% 400мг 4000мг 4000мг банка (ложка)			

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; "O" – 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; "O" – 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 _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
12-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

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 ТБ 03/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма ТБ 03/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
Ұйымның атауы Наименование организации	

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

сол жағы/левая часть

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

Тіркелген күні Датарегистрации	Тіркеу № Регистрационный №	ТАӘ Жынысы / ФИО	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Адрес	Ұйым Организация қарқынды кезең/ в интенсивной фазе жалғастыру кезеңі в поддерживающей фазе	Е м басталған күні/ Дата начала лечения Е м категориясы / Категория лечения	Ауру, шоғы / Локал забол (Ө/ӨТ)

Пунктир сызықшаларымен берілген бағандарға мәліметтерді енгізу жоғарғы және төменгі бөліктеріне сай болуы тиісті/Ввод данных в графах с пунктирными линиями - заносить соответствующие данные верхней и нижней части.

* Басқалар: ҚА - қайталанған ауру ТМБ(-) ҮКЕ - үзілістен кейінгі емі ТМБ(-) СЕ - сәтсіз емі ТМБ (-)/ Другие: Р - рецидив МБТ(-) ЛПП - лечение после перерыва МБТ(-) НЛ - неудача лечения МБТ(-)

ортаңғы жағы/средняя часть

20 _____ жыл (год)

Емдеу мониторингі/Мониторинг лечения			
нәтижесі/анализ жасалған, зерттелген күні/результат/дата анализа, исследования			
Қарқынды кезең/ Интенсивная фаза			
ем баст дейін 0 ай 0 месяцев до начала лечения	ДСТ/ТЛЧ	2 ай (месяца)	3 ай

Ыдырау распад	Жағынды Мазок			Себінді Посев	H	R	Z	E	S	Л-Й	ВАСТЕС	Молекулярлы Молекулярный	R Ыдырау Распад	Жағынды Мазок		R Ыд Рас
	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	3 сынама 3 проба											1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	

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)	Ескерту. Примеч
	Сауықты Вылечен	Ем аяқталды Леч.завершено	Сәтсіз ем Неуд.лечения	Ем тәртібі бұзылды Нарушения режима лечения	Ауыстырылды Переведен	I V категорияға ауысырылды Переведен на IV категирию	Қайтыс болды Умер		

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
13-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

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

Ұйымның атауы
Наименование организации

бұйрығымен бекітілген
ТБ 09/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация
Форма ТБ 09/у
утверждена приказом и.о.
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от "23" ноября 2010 года № 907

Туберкулезбен ауыратын науқасты ауыстыру жолдамасы

Направление на перевод больного туберкулезом

Науқасты ауыстыратын ұйымның атауы, мекенжайы/Название, адрес переводящей организации _____

Науқас ауысып баратын ұйымның атауы, мекенжайы/Название, адрес организации, в которую больной переводится _____

Науқастың ТАӘ/ФИО больного _____

Туған күні/Дата рождения _____

кк.аа.жжжж/дд.мм.гггг

Жынысы/Пол: Е/М Ә/Ж

Мекен-жайы (көшкен жағдайда жаңа мекен-жайы)/Адрес (при переезде будущий адрес): _____

Науқасқа жақын адамның ТАӘ/ФИО близкого лица _____

Науқасқа жақын адамның мекен-жайы/Адрес близкого лица _____

Диагнозы/Диагноз _____

Тіркеу нөмірі/Регистрационный номер _____ Ем бастаған күні/Дата нач. леч. _____

Ем санаты/Категория лечения:

I санат жаңа жағдайлар/Категория I новые случаи

II санат қайталанған жағдайлар/Категория II повторные случаи

IV санат КДТ ТБ/Категория IV МЛУ ТБ

Науқас қабылдайтын препараттар/Препараты, получаемые больным

Ескертулер (жанама әсерлер)/Примечание (побочные эффекты) _____

Науқасты ауыстыратын тұлғаның ТАӘ/ФИО переводящего _____

Лауазымы/Должность _____ Қолы/Подпись _____

Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____

Науқас ауыстырылған ұйымдар үшін

Для использования организацией, в которую больной был переведен:

(Науқас тіркеуге алынғаннан кейін нысанның бұл бөлігін ауыстырған ұйымға жіберу қажет)

(Эту часть формы отправить в организацию, направившую больного после его регистрации)

Ұйымның атауы/Название организации _____

Мекенжайы/Адрес _____

Науқастың ТАӘ/ФИО больного _____

Науқас осы ұйымда тіркелді

Больной зарегистрирован в данной организации

Тіркеу нөмірі (жаңа)/Регистрационный номер (новый) _____

Тіркелген күні/Дата регистрации _____

Науқасты қабылдап алған тұлғаның ТАӘ/ФИО принявшего _____

Лауазымы/Должность _____ Қолы/Подпись _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
14-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Қысқартулар/Сокращение: ЕҚП - екінші қатардағы препараттар; УҚП - үшінші қатардағы препараттар;

ПВР - препараты второго ряда; ПТР - препараты третьего ряда;

Диагностикалық әдіс (Метод диагностики)			ДСТ үлгісі алынған күні Дата взятия материала на ТЛЧ	IV кат бо-ша тіркелуге себеп болған ДСТ* қорытындысы. Егер ДСТ қорытындысы күтуде болса, қорытынды кейін енгізілуі тиіс. ДСТ қорытындысын толық білу үшін ем алу кітапшасын қараңыз. **Т-төзімді С – сезімтал Ө – өскін Результат ТЛЧ**, по которому пациент регистрирован в категорию IV. Если ТЛЧ в ожидании, то результат должен быть внесен позже. См. карту лечения для полной истории результатов ТЛЧ. **Уст – устойчив Ч – чувствителен П – пророст (результат/дата)										Ем жүргізу барысында қа қақырық дақылды (Д) микрос айдың ішінде бірден арты соңғы оң нәтижелі қорытын Результаты микроскопии и мокроты (П) в течение леч делано более одного иссл положительный результат)													
Л-Й	Бактек	Молекулярлы Молекулярный		Айлар					Месяц																		
				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5														
			Н	Р	Е	С	З	См	Км	Ам	Сс	Рто / Ето	РАС	Ofx	Lfx	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д
																М	П	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П
																Зерт	Зерт	Зерт	Зерт	Зерт	Зерт	Зерт	Зерт	Зерт	Зерт	Зерт	Зерт
																.№	.№	.№	.№	.№	.№	.№	.№	.№	.№	.№	.№
																Лаб	Лаб	Лаб	Лаб	Лаб	Лаб	Лаб	Лаб	Лаб	Лаб	Лаб	Лаб
																№	№	№	№	№	№	№	№	№	№	№	№

*1- Жаңа жағдай/Новый; 2- Қайталанған ауру/Рецидив; 3- Ем тәртібі бұзылды /Нарушение режима; 4- I кат кейінгі сәтсіз ем/НЛ после I кат; 5- II кат кейінгі сәтсіз ем/НЛ после II кат; 6- III кат кейінгі сәтсіз ем/НЛ после III кат; 7- Ауыстырылды/Переведен; 8- Басқалар/Другие: 8.1 – қайталанған ем ТМБ (-)/ рецидив МБТ(-); 8.2 - үзілістен кейінгі ем ТМБ (-)/лечение после перерыва МБТ(-); 8.3 – сәтсіз ем ТМБ (-)/неудача лечения МБТ(-); 8.4 – симптоматикалық ем/ симптоматическое лечение. Молекулярлы/Молекулярный: Хайн-тест, G-Xper

20_ жыл (год)

ортаңғы жағы/средняя часть

Дәрі-дәрмектердің қысқартылған атаулары (аббревиатура лекарств): Бірінші қатар ТҚП/ПТП первого ряда: Н – Изониазид R - Рифампицин E – 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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
15-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

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 Медицинская документация Форма ТБ 12/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
Ұйымның атауы Наименование организации	

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				Барлық қалдық пен кіріс		Шығыс Расход		
			Саны Количество				Всего приход с остатком	Расход	Кайда (МСАК, ТҚМ, аудан, бөлімше, бөлім)/ Куда (ПМСП, ПТО, район, отделение, пост)	Анықтама қағазының № накладной	ТҚП саны Количес т ПТП
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

Нысан

А4 форматы

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат А4

Код организации по 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 14/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма ТБ 14/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
Ұйымның атауы Наименование организации	

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 иили отрывов (нарушение режима) от лечения ко мне возможно применение мер принудительной изоляции по Закону РК № 496-1 от 10.12.1999г. "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 _____

2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
17-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

А4 форматы

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат А4

Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы	Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі	Денсаулық сақтау
Министерство здравоохранения	министрінің м.а. 2010 жылғы
Республики Казахстан	"23" қарашадағы № 907
	бұйрығымен бекітілген
	ТБ 19/е нысанды медициналық
	құжаттама
	Медицинская документация
	Форма ТБ 19/у
Ұйымның атауы	утверждена приказом и.о.
Наименование организации	Министра здравоохранения
	Республики Казахстан
	от "23" ноября 2010 года № 907

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 _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
18-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

А4 форматы

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат А4

Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005-4/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма №005-4/ у утверждена приказом и.о.
Ұйымның атауы	

**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 (20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончено)
начато)

1. Медициналық ұйымдар трансфузиология бөлімшесінің (кабинетінің) жауапты тұлғасы толтырады.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

1. Заполняется ответственным лицом отделения (кабинета) трансфузиологии медицинских организаций.
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Р/с №	Бөлімше Отделение	Сәйкестендіру нөмірі (танбасы, штрих коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих код и другие)	Компоненттің атауы Наименование компонента	Дайындау күні Дата заготовки	Жарамдылық мерзімі Годен до	Есептен шығарылды (мл/доза) Списано (мл\доз)	Есептен шығарудың себебі Причина списания	Есептен шығару күні Дата списания	Ж Д ул
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
19-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
1-қосымша

Нысан

A4 форматы
Формат А4

КҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО _____

Денсаулық сақтау министрлігі
 Министерство здравоохранения
 Республики Казахстан

Ұйымның атауы
 Наименование организации

министрінің м.а. 2010 жылғы
 "23" қарашадағы № 907
 бұйрығымен бекітілген
 № 009-1/е нысанды
 медициналық құжаттама
 Медицинская документация
 Форма № 009-1/у
 утверждена приказом и.о.
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан от
 "23" ноября 2010 года № 907

Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ

учета реципиентов крови и ее компонентов

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (басталды (начато) _____) _____ (окончено)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Жауапты тұлға толтырады | 1. Заполняется ответственным лицом |
| 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс | 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 бойынша трансфузия көлемі Наименование перелитых компонентов крови, количество трансфузий по каждому компоненту с указанием номера этикетки по каждому отдельно	Адамның иммундық тапшылық вирусы - болған жағдайда (бұдан әрі – АИТВ) - инфекцияларына, В және С гепатиттеріне

Құрамында эритроцит бар Эритроцитсодержащие	Жаңа мұздатылған плазма - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖМП) Свежезамороженная плазма – при наличии (далее - СЗП)	Қ а н препараттары Препараты крови	Гемакон № № гемакона	Дозасы Доза	Науқастың диагнозы Диагноз больного	тексеру күні, нөмірі, нәтижесі Дата, номер, результат обследования на в и р у с иммунодефицита человека – инфекции при наличии (далее – ВИЧ), гепатиты В и С
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
20-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
2-қосымша

Нысан

A4 форматы

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат A4

Код организации по ОКПО _____

<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p> <p>Ұйымның атауы Наименование организации</p>	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 090/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма 090/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Обыр немесе басқа қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған науқас туралы
МӘЛІМДЕМЕ
ИЗВЕЩЕНИЕ**

о больном в 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): cf1 1 – ер (мужской), cf1 2 – cf1 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 при 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 толтырыған 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 1

: пол

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.).

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2012 жылғы 31 шілдедегі

№ 514 бұйрығына

21-қосымша

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы

№ 907 бұйрығына

2-қосымша

Нысан

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
22-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
2-қосымша

Нысан

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 № 113/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма 113/у
Ұйымның атауы Наименование организации	Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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 состоит
ли на диспансерном учете, получает ли базисную терапию)

—

—

—

—

Жасалған операциялар (Перенесенные операции)

Гемотрансфузиялар

(Гемотрансфузии) _____

Аллергоанамез _____

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 ағымының 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 абортами		босанумен родами			
1	2	3	4	5	6	7	8
		жасанды искусственным (хирургический, медикаментозный)	өздігінен, оның ішінде қатып қалған самопроизвольным, в том числе замершей	мерзімінен бұрын преждевременными	мерзімінде в срок		

Соңғы етеккірі (Последняя менструация с) _____ 20____ жылғы (года) _____

_____ бастап (по) _____ дейін

Жүктілік спонданды немесе жоспарланған (овуляцияны ынталандыру, ЭЖҰ инсеминациялау) (астын сызыңыз) (Беременность спонтанная или индуцированная (стимуляция овуляции, инсеминация ЭЖО) (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 (Мочеиспускание) _____
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 _____ c. 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) _____

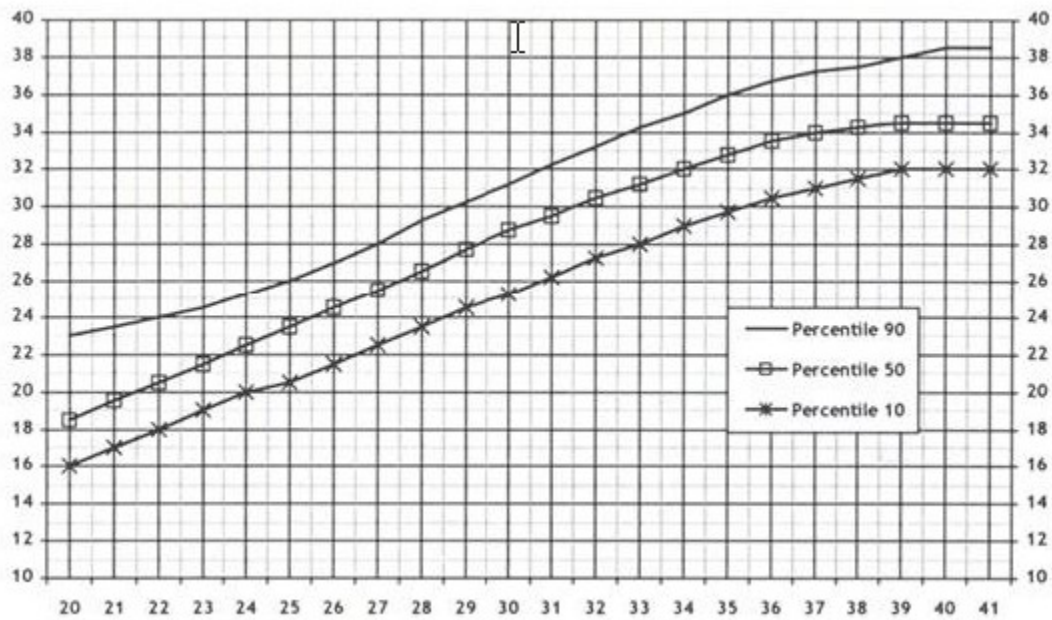
Қауіптік факторлары (әрбір келу кезінде айқындалады)

(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

ВДМ (СМ)



Тексеру қорытындылары

Результаты обследования

Басқа зерттеулер (Другие исследования):

Қантты анықтауға қан тапсыру (Кровь на сахар)	
Несептің баксебу (көрсетілімдер бойынша) (Бакпосев мочи (по показаниям))	

RW 1 _____

— 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 (10-14нед)				
2 триместр (16-20нед)				

Ультрадыбыстық скрининг (Ультразвуковой скрининг)

	Өткізу күні	Жүктілік мерзімі	ХА маркерлері (қолда бар болғанда)	Қорытынды	Ұсыныстар

Өткізу кезеңі (Период проведения)	(Дата проведения)	(Срок беременности)	Маркеры ХА (при наличии)	(Заключение)	(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 _____

Аллергоанамез _____

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)

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Қосымша тексерілулер (Дополнительные обследования)

-

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 (Мочевыделение) _____ Нәжіс (Стул) _____
	ДИАГНОЗЫ: 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 ершеліктері (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 катысты) 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).

Алкоголь

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 болдырмауға тырысыңыз. Дәрілерді тек дәрігердің тағайындауы бойынша ғана қабылдаңыз.

Тошнота и рвота

Обычно тошнота и рвота возникают в течение 1-го месяца беременности и продолжаются 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 үшайлығында көп көкөністерді, жемістерді, сусындар мен көкшөптерді қамтитын тамақтану режимін сақтау керек. Дәні бұзылмаған жармаларды пайдалану керек.

Жүктіліктің екінші үшайлығы 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, жанғақтар, жұмыртқалар, бұршақ тұқымдастары болуы мүмкін. Бұл кезде ұн өнімдері де қажет: қара нан, кебектер және тазартылмаған күріш қосылған нан.

Жүктіліктің үшінші үшайлығы – 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
Сиыр 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 Овоци
– 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 НӘРЕСТЕҢІҢ 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 пеленки;

- 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 недопомоганий 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.

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 23-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 2-қосымша

Нысан

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 № 088-1/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма 088-1/у
Ұйымның атауы Наименование организации	Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы Журнал регистрации и реабилитации инвалидов

Р/с №	Күні	ТАӘ	Туған күні, жасы	Үйінің мекенжайы және телефоны	Жұмыс орыны	Мүгедектік тобы	Клиникалық диагнозы	Куәландыру үлгісі бастапқы (1) салдарлық (2)	Корытынды	Оң
№	Дата	ФИО	Дата рождения, возраст	Домашний адрес и телефон	Место работы	Группа инвалидности	Клинический диагноз	Т и п освидетельствования первичное (1) повторное (2)	Заклучение Мүгедектік тобы	Реа
п/п									Группа снята (2)	Тәу
									Енбекке жарамсыз	Кр
									Есептен алынған тобы	ста
									Группа инвалидности (1)	Ем
									Группа снята (2)	ста
									Енбекке жарамсыз	Дн
									Енбекке жарамсыз	пол
									Енбекке жарамсыз	Ам
									Енбекке жарамсыз	Сал
									Енбекке жарамсыз	ем
									Енбекке жарамсыз	Сал
									Енбекке жарамсыз	леч
									Енбекке жарамсыз	Үй
									Енбекке жарамсыз	Ст:

									парағы ұзартылды Продлен больничный лист (3)	Рег хир Рег хир
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
24-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
2-қосымша

Нысан

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 № 103/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма 103/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
Ұйымның атауы Наименование организации	

ИКСИ ЭКҰ 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)
ЭмбриологОоциттердің 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

Шишалар (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):.....
...

1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								

18								
19								
20								
21								
22								
23								

Ұрықтарды бағалаудың ең жоғарғы баллы – 7. Кез келген аномалия бар болған жағдайда 0,5 балл алынып тасталады. Әр аномалияның барлығы бір рет қана есепке алынады. Максимальная оценка эмбрионов 7 баллов. При наличии любой аномалии отнимается 0,5 балла. Наличие каждой аномалии учитывается только один раз.

Пациенттің ТАӘ (ФИО пациентки)

.....

Ұрықтарды тасымалдау (Перенос эмбрионов)

Күні (Дата) 2012 жыл (год).....

Уақыты (Время)..... сағат (час) минут (минута)

Ұзақтылығы (Продолжительность)..... минут (минута)

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): Cook, Wellace	ТҰ түрі (селективті/ селективті емес) (Вид ПЭ (селективный/ неселективный)) Түсініктеме (Комментарии)
--------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Катетерге қайта жинау (Повторный набор в катетер): иә (да) жоқ (нет)	.....
Катетерде ұрықтардың тұрып қалуы (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): ОО 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)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
25-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
2-қосымша

Нысан

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 № 125/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма 125/у
Ұйымның атауы Наименование организации	Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**ЭКҰ ТАҒАЙЫНДАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЯ ЭКО**

Гепатит Жатыр түтігі (Маточные трубы) Menses
Күйеуі (Муж): Оң (Правая): с _____ бастап (дня)
Әйелі (Жена): Сол (Левая): по _____ дейін (дней)

Жеке карта (Индивидуальная карта) № _____ бағдарлама (программа)
Донор ПАРАҒЫ (ЛИСТ донора) № _____
ЭКҰ ҰТ (М) (Д) ТАҒАЙЫНДАУ ПАРАҒЫ (ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЯ ЭКО ПЭ
(М) (Д) № _____
ДҰЖ ЭКҰ ҰТ (М) (Д) (ЭКО Д.Я. ПЭ (М) (Д) № _____ ИИС (М) (Д) № _____

ТАӘ
(ФИО) _____

Шарт берілді (Договор выдан)
Емшараға ақы төленді (Оплачена процедура)
Күре тамырдың ішіндегі наркозға ақы төленді (Оплачен
внутривенный наркоз)
Донорлыққа ақы төленді (Оплачено донорство)
Ұрықтарды криоген консервациялау
(Криоконсервация эмбрионов)

Күні (Дата) _____ Қолы (Подпись) _____
Күні (Дата) _____ Қолы (Подпись) _____
Күні (Дата) _____ Қолы (Подпись) _____

Күні (Дата) _____ Қолы (Подпись) _____

Күні (Дата) _____ Қолы (Подпись) _____

Пункция алдындағы

ЖАДЫНАМА

ПАЦИЕНТКЕ:

1. Сіздің пункцияңыз 20 ___ ж. " ___ " _____, сағат _____
___ белгіленген.

2. Инъекция жасау _____ бұлшықет арасына/тері ішіне
күрсақтың алдыңғы қабырғасына _____ бір, күні " ___ " _____
___ уақыты _____.

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 животаsf1 _____ 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 _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
25-1-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
2-қосымша

Нысан

A4 форматы КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі

Ұйымның атауы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а. 2010 жылғы
"23" қарашадағы № 907
бұйрығымен бекітілген
№ 103/е-12 нысанды
медициналық құжаттама

ТУУ ТУРАЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КУӘЛІК

(тіркеу органдарында ұсыну үшін беріледі)

Берілген күні 20__ жыл "___" _____

1. Анасының тегі, аты, әкесінің аты _____

(жеке басты куәландыратын құжаттарға сәйкес)

1-1. ЖСН _____

2. Мекенжайы (анасының тұрақты мекенжайы): _____

Республикасы _____ облысы/респ.маңызы бар қала _____

_____ ауданы/облыст. маңызы бар қала _____ округі/кент
әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала ауданы _____ елді мекені
_____ (1-қала, 2-ауыл) _____ көшесі, үйі _____, пәтері

3. Анасының туған күні: _____ күні, _____ айы, _____ жылы.

4. Анасының ұлты _____

5. Анасының отбасылық жағдайы: некеге тұрмаған - 1, некеге тұрған - 2, жесір – 3, ажырасқан – 4, белгісіз – 5.

6. Анасының білімі: жоқ - 1, бастапқы - 2, басты орта - 3, жалпы орта - 4, кәсіптік орта - 5, аяқталмаған жоғары-6, жоғары - 7, белгісіз - 8.

7. Босану күні және уақыты: _____ сағат, _____ күні, _____ айы, _____ жылы.

8. Босану орны: 1-стационарда, 2-үйде, 3-басқа жерде (көрсету қажет)

9. Баланың жынысы: 1-ұл, 2-қыз.

9-1. Бала мынадай жағдайда туды: бір ұрықты болып - 1, егіздің біріншісі болып - 2, егіздің екіншісі болып - 3, басқа да көп ұрықтының бірі болып - 4

9-2. Бала мынадай жағдайда туды: айы-күні жетіп - 1, шала - 2, мерзімінен асып - 3

9-3. Баланың туған кездегі салмағы _____ (грамм), _____ бойы (см).

9-4. Анасының босану саны бойынша нешінші баласы (тірідей туатын кезектілігі) _____

10. Дәрігердің, медицина қызметкерінің ТАӘ _____

Медициналық ұйымның немесе
жеке медициналық практикамен
айналысатын жеке тұлғаның мөрі

Куәлік беруші медицина
қызметкерінің қолы

Ата-аналардың назарына

"Неке (ерлі - зайыптылық) және отбасы туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 189-бабына сәйкес баланы тіркеу органдарында тіркеу міндетті. Баланың тууы туралы өтініш бала туғаннан кейін екі айдан кешіктірмей жасалуы тиіс.

СЕРИЯСЫ _____ №103/е-07 НЫСАНҒА

ТУУ ТУРАЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КУӘЛІКТІҢ ТҮБІРТЕГІ

(медициналық ұйымда қалады)

Берілген күні 20 ____ ж. " ____ " _____

1. Анасының тегі, аты, әкесінің аты _____

(жеке басты куәландыратын құжаттарға сәйкес)

1-1. ЖСН _____

2. Анасының тұрақты мекенжайы: _____ Республикасы

_____ облысы/респ.маңызы бар қала

_____ ауданы/облыст. маңызы бар қала

_____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала

ауданы _____ елді мекені _____ (1-қала, 2-аул)

_____ көшесі, үйі _____, пәтері _____

3. Анасының туған күні: _____ күні, _____ айы, _____ жылы

4. Анасының ұлты _____

— 5. Анасының отбасылық жағдайы: некеге тұрмаған - 1, некеге тұрған - 2, жесір - 3, ажырасқан - 4, белгісіз - 5.

6. Анасының білімі: жоқ - 1, бастапқы - 2, басты орта - 3, жалпы орта - 4, кәсіптік орта - 5, аяқталмаған жоғары-6, жоғары - 7, белгісіз - 8.

7. Босану күні және уақыты: _____ сағат, _____ күні, _____ айы, _____ жылы

8. Босану орны: _____

(1-стационарда, 2-үйде, 3-басқа жерде (көрсету қажет))

9. Баланың аты: _____

10. Баланың жынысы: 1-ұл, 2-қыз

11. Бала толық _____ апта жүктілігі мерзімінде туды

12. Жүктіліктің саны _____, босану саны _____

13. Ананың туған баласының саны бойынша нешіншісі (тірідей туатын кезектілігі) _____

14. Бала: 1-бір ұрықты, 2-егіздердің бірін, 3-егіздердің екіншісін, 4-өзге де көп ұрықты туу кезінде туды

15. Баланың туған кездегі салмағы _____ (грамм), _____ бойы (см).

16. Апгар шкаласы бойынша баға _____ 1 мин _____ 5 мин

17. Тірі туу өлшемдері: тынысы-1, жүректің соғуы-2, кіндік тамырының соғуы-3, дене құрылысының еркін қимылдауы-4

18. Нақты жүктілік қаупінің медициналық факторлары

Анемия	01
Қанайналым жүйесінің аурулары	02
Тыныс органдарының аурулары 02	02
Ананың жұқпалы және паразиттік аурулармен ауруы	04
Кардиоваскулярлік гипертензия	05
Бүйрек гипертензиясы	06

Жүктіліктен болған гипертензия	07
Қантты диабет	08
Бүйрек аурулары	09
Гидрамнион (судың көп болуы)	10
Экстракорпоральдық ұрықтану(қосымша репродукциялық технология)	11
Ықпалдандырылған жүктілік (аналықклетканың жетілуіне жәрдемдесу, ЭКО, ВРТ)	12
Олигогидрамнион	13
Эклампсия/Преэклампсияның ауыр түрі	14
Жүктіліктің ерте кезінде қан кету	15
Несеп-жыныс жолдарының жұқпасы	16
Жаңадан пайда болған ісіктер	17
АИТВ/ЖИТС	18
Мерез	19
Жүктілік кезінде аз тамақтану	20
Генитальдық герпес	21
Плацентаның кемістігі	22
Rh-сенсбилизация	23
Ірі ұрық	24
Басқалар (көрсету қажет)	25
Болмаған	00

19. Жүктілік кезінде қауіптің басқа факторлары:

Темекі шегу	01
Психобелсенді заттарды пайдалану	02

20. Босанудың асқынуы:

Босану кезіндегі гипертермия	01
Плацентаның алда жатуы	02
Плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі	03
Өзара әрекеттесіп босану	04
Қарқынды босану	05
Ұрықтың алда жатуы немесе дұрыс жатпауы салдарынан босанудың қиындай түсуі	06
Босану кезінде қан кету	07
Ұрықтың күйзелісімен (дистреспен) асқынған босану және босандыру	08
Кіндік патологиясының жағдайы мен асқынған босану және босандыру	09
Басқалар (көрсету қажет)	10
Болмаған	00

21. Акушериялық емшаралар

Амниоцентез	01
Ұрықтың мониторингі	02

Хоиронның биопсиясы (кардоцентез)	03
Ультрасонография	04
Басқалар (көрсету қажет)	05
Жүргізілмеген	00

22. Жаңа туған кезеңдегі асқынулар:

Анемия	01
Фатальдық алкогольдік синдром	02
Тоңып кептелу синдромы	03
30 минутқа дейін кеудені желдету	04
30 минуттан астам кеудені желдету	05
Басқалар (көрсету қажет)	06
Асқынулары жоқ	00

23. Туа біткен ауытқулар (даму кемістіктері, деформациялар және хромосомдық бұзушылықтар)

Анэнцефалия	01
Жұлын-мил жарығы	02
Энцефалоцеле	03
Гидроцефалия	04
Жырық таңдай	05
Жаппай қоянжырық	06
Өнештің артррезиясы	07
Анустың артррезиясы	08
Эписпадия	09
Қол-аяғы кемістіктерінің жойылуы	10
Омфалоцеле	11
Даун синдромы	12
Басқалар (көрсету қажет)	13
Болмаған	00

24. Әлеуметтік факторлар

Анасы байқауға алынды:

Жүктіліктің бірінші жартысында	01
Жүктіліктің екінші жартысында	02

Кеш келу себептері:

- медициналық қызметтер үшін ақы төлеу	02.1
- жұмыстың жоқтығы	02.2
- мекенжайға тіркелудің жоқтығы	02.3
- білмеу себебінен	02.4
- басқа себептермен	02.5

25. Босандыру әдістері:

Табиғи жолмен

Операциямен (кесар тілігі, вакуумэкстракциялар, акушерлік қысқаштар салу)

01

26. Куәлік беруші медицина қызметкерінің тегі, аты, әкесінің аты _____ Қолы _____

— 27. Куәлікті _____ алды, алушының қолы _____

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2012 жылғы 31 шілдедегі

№ 514 бұйрығына

25-2-қосымша

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы

№ 907 бұйрығына

2-қосымша

Нысан

A4 форматы

КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі

Ұйымның атауы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрінің м.а. 2010 жылғы
"23" қарашадағы № 907
бұйрығымен бекітілген
№ 106/е-12 нысанды
медициналық құжаттама**ҚАЙТЫС БОЛУЫ ТУРАЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КУӘЛІК Берілген күні
20__ ж. " __ " _____ № _____**(алдын ала, түпкілікті, алдын аланың, түпкіліктінің орнына
сериялары _____ № _____)

1. Қайтыс болғанның тегі, аты, әкесінің аты

_____ (жеке басты куәландыратын құжаттарға сәйкес)

1-1. ЖСН _____

2. Жынысы: ер-1, әйел-2 (сызу қажет)

3. Туған уақыты: _____ күні, _____ айы, _____ жылы

4. Қайтыс болған уақыты: _____ күні, _____ айы, _____ жылы

5. 1 жасқа дейінгі балалар үшін: айы-күні жеткен-1, айы-күні жетпеген-2 (сызу қажет) туған кездегі салмағы: _____ грамм-1, бойы _____ см (2), өмір сүрген айы _____ және күні _____ (3), анасының _____ баласы (4), анасының жасы _____ (5).

5-1. Тірі туу өлшемдері: тынысы-1, жүректің соғуы-2, кіндікбау тамырының соғуы-3, бұлшықеттердің еркін қимылы-4.

6. Қайтыс болған адамның тұрақты мекенжайы: _____ Республикасы

_____ облысы/респ.маңызы бар қала

_____ ауданы/облыст. маңызы бар қала

_____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала

ауданы _____ елді мекені _____ (1-қала, 2-аул)

_____ көшесі, үйі _____, пәтері _____

7. Қайтыс болған жері: _____ Республикасы

_____ облысы/респ.маңызы бар қала

_____ ауданы/облыст. маңызы бар қала

_____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала

ауданы _____ елді мекені _____ (1-қала, 2-аул)

_____ көшесі, үйі _____, пәтері _____

8. Қайтыс болды: стационарда-1, үйде-2, басқа жерде-3

9. Ұлты _____

10. Отбасы жағдайы: некеге тұрмаған - 1, некеге тұрған - 2, жесір -

3, ажырасқан - 4, белгісіз - 5.

11. Білімі: жоқ - 1, бастапқы - 2, басты орта - 3, жалпы орта - 4,

кәсіптік орта - 5, аяқталмаған жоғары-6, жоғары - 7, белгісіз - 8.

12. Жұмыс орны және лауазымы: _____

13. Қайтыс болу себебі: ауру - 1, өндірістен тыс сәтсіз жағдай - 2, өндірістегі сәтсіз жағдай - 3, өлтірілген - 4, өзін-өзі өлтірген - 5, анықталмады - 6

14. Жазатайым оқиғадан қайтыс болғанда: улану немесе жарақаттану:

а) жарақаттану (улану) уақыты: жылы _____ айы _____ күні _____

б) өндірістен тыс жазатайым оқиға жағдайдағы жарақат түрі: тұрмыстық

- 1, жол-көліктен басқа, көшеде болған - 2, жол-көліктен болған - 3,

мектепте болған - 4, спорттық - 5, басқа да - 6

в) жарақаттанған немесе уланған кездегі орын және жағдай _____

15. Қайтыс болу себебін анықтаған: тек өлімді анықтаған дәрігер - 1,

емдеуші дәрігер - 2, орта медицина қызметкері - 3, патолог-анатом -

4, сот-медициналық сарапшы - 5

16. Мен, _____

(тегі, аты, әкесінің аты)

(лауазымы)

мәйітті тексеру - 1, медициналық құжаттама жазбасы - 2, бұрынғы тексеру - 3, ашу - 4 негізінде өлімге әкеп соқтырған патологиялық процестің (жағдайдың) салдарын анықтап, мынадай себебін белгіледім.

	АХЖ-10 коды (арудың күні)	
	Басталуы	Аяқталуы
17. Қайтыс болу себебі:		
1) а) _____ (тікелей өлімге әкелген ауру немесе жағдай)	||||| ||||| |_|_|_|_|_| |_|	||| ||| |_|_|_|_|_| |_|
б) _____ (тікелей себептердің туындауына әкеп соқтырған патологиялық жағдайлар)	||||| ||||| |_|_|_|_|_| |_|	||| ||| |_|_|_|_|_| |_|
в) _____ (өлімнің негізгі себебі соңынан көрсетіледі)	||||| ||||| |_|_|_|_|_| |_|	||| ||| |_|_|_|_|_| |_|
г) _____ (жарақаттану және улану кезіндегі сыртқы себептер)	||||| ||||| |_|_|_|_|_| |_|	||| ||| |_|_|_|_|_| |_|
2) Өлімге себепші болатын, бірақ аурумен немесе патологиялық жағдаймен байланысты емес оған әкелетін басқа да маңызды жағдайлар _____	||||| ||||| |_|_|_|_|_|	||| ||| |_|_|_|_|_|

18. Ана өлімі болған жағдайда:

18.1 жүкті болып қайтыс болды (жүктіліктің мерзімі мен оқшаулануына қарамастан);

18.2 босану (аборт) кезінде

18.3 босанғаннан (аборт) кейінгі 42 күннің ішінде

18.4 жүктілік аяқталғаннан, босанғаннан кейінгі 43-365 күннің ішінде

19. Куәлікті берген денсаулық сақтау ұйымының атауы, оның мекенжайы

20. Куәлік берген медицина қызметкерінің тегі, аты, әкесінің аты, лауазымы _____

—
Медициналық ұйымының немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғаның мөрі

Куәлік берген медицина қызметкерінің қолы

* қайтыс болған 1 жастағы бала үшін анасының қатысуымен толтырылады

-----Кесу сызығы-----

ҚАЙТЫС БОЛУЫ ТУРАЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КУӘЛІКТІҢ ТҮБІРТЕГІ 106
/е-07

№ _____

Берілген күні 200__ ж " ____ " _____

(алдын ала, түпкілікті, алдын аланың, түпкіліктінің орнына № _____)

1. Тегі, аты, әкесінің аты

(жеке басты куәландыратын құжаттарға сәйкес)

1-1. ЖСН _____

2. Қайтыс болғанның тұрақты мекенжайы: _____ Республикасы

_____ облысы/респ.маңызы бар қала

_____ ауданы/облыст. маңызы бар қала

_____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала

ауданы _____ елді мекені _____ (1-қала, 2-аул)

_____ көшесі, үйі _____, пәтері _____

3. Туған уақыты _____ 4. Қайтыс болған уақыты _____

(күні, айы, жылы) (күні, айы, жылы)

4. Қайтыс болды: стационарда-1, үйде-2, басқа

жерде-3 _____

Қайтыс болу себебі (диагнозы) _____

1 жасқа дейін шегінеген балалар үшін:

5. Туған уақыты: ____ күні _____ айы _____ жылы

6. Қайтыс болған уақыты: _____ күні _____ айы _____ жылы

туған кездегі салмағы _____ (грамм), _____ бойы (см)

6-1. Тірі туу өлшемдері: тынысы-1, жүректің соғуы-2, кіндікбау

тамырының соғуы-3, бұлшықеттердің еркін қимылы-4.

7. Туған жері _____

(медициналық ұйымның атауы, оның мекенжайы)

8. Анасының тегі, аты, әкесінің аты _____

9. Қайтыс болу себебі

1) а) _____

(тікелей өлімге әкелген ауру

немесе жағдай)

АХЖ-10 коды (аурудың) күні

Басталуы Аяқталуы

||||| |||

||||| |||

|_|_|_|_| |_____|_____

| _____]

б) _____

(тікелей себептердің туындауына
әкеп соқтырған|патологиялық
жағдайлар)

||||| |||
||||| |||
|_|_|_|_|_|_| |_____|_____
| |

в) _____

(өлімнің негізгі себебі соңынан
көрсетіледі)

||||| |||
||||| |||
|_|_|_|_|_|_| |_____|_____
| |

г) _____

(жарақаттану және улану кезіндегі
сыртқы себептер)

||||||| |||
||||||| |||
|_|_|_|_|_|_|_| |_____|_____
| |

2) Өлімге себепші болатын, бірақ аурумен немесе патологиялық жағдаймен
байланысты емес оған әкелетін басқа да
маңыздыжағдайлар _____

_	_	_	_	_	_	_

Анасы қайтыс болған жағдайда:

10. Соңғы жүктіліктің уақыты: _____ күні _____ айы _____ жылы

11. Соңғы жүктіліктің нәтижесі: босану-1, аборт-2

12. Куәлікті берген медициналық ұйымның атауы, оның мекенжайы _____

13. Куәлік берген медицина қызметкерінің тегі, аты, әкесінің аты,
лауазымы _____

Алушының қолы _____

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2012 жылғы 31 шілдедегі

№ 514 бұйрығына

25-3-қосымша

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы

№ 907 бұйрығына

2-қосымша

Нысан

A4 форматы

КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі

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

Ұйымның атауы

№ 106-2/е-12 нысанды
медициналық құжаттама

ПЕРИНАТАЛДЫҚ ӨЛІМ ТУРАЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КУӘЛІК

№ _____

(алдын ала, түпкілікті, алдын аланың, түпкіліктінің орнына № _____)

Берілген күні 20__ ж. " ____ " _____

1 - өлі туған

2 - туғаннан соң 1-аптадан кейін қайтыс болды

Шифрдың орны

1.

1.

2.

2.

3.

3.

4.

4.

5.

5.

а)

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

6.

6.

7.

7.

8.

8.

9.

9.

—

—

—

—

—

—

—

		— (м ағ се
10.		10 м — — м: м үі
11.		11 ж
12.1		12 кә —
12.2		12
13.		13
14.		14
15.		15 бс
16.		16 н
17.		17
18.		18 22
19.		19 кә
20.		20 кө
21.		21 кә —
22.		22 кө
23.		23 бс —
24.		24 ту

25.		25
		—
26.		26
		—
27.		27
		27
		еҫ
28.		28
		—
29.		29
		ж:
30.		30
		өл
		31
		а,
		т:
		—
		—
		б
		—
		—
31.		в
		п
		—
		—
		г)
		—
		—
		д
		—
		—
		32

32.		а) пс б) аг
		3з — б) — м — к
33.		3д 3е Ті 3ж —

-----Кесу сызығы-----

**ПЕРИНАТАЛДЫҚ ӨЛІМ ТУРАЛЫ
МЕДИЦИНАЛЫҚ КУӘЛІКТИҢ ТҮБІРТЕГІ**

№106-2/е-07 нысанына

(алдын ала, түпкілікті, алдын аланың, түпкіліктіні орнына
сериялар № _____)

Берілген күні 20 ____ ж. " ____ " _____

Медицина ұйымдарының атауы _____

Бала 1-өлі туған, 2 - туғаннан соң 1-аптадан кейін өлді (сызу қажет)

1. Анасының тегі, аты, әкесінің аты _____

2. Анасының туған күні: _____ күні, _____ айы, _____ жылы

3. Ұлты _____

4. Анасының отбасы жағдайы: некеге тұрмаған - 1, некеге тұрған - 2, жесір - 3
, ажырасқан - 4, белгісіз – 5.

5. Жұбайының тегі, аты, әкесінің аты _____

6. Қайтыс болған (өлі туған) баланың анасының тұрақты мекенжайы:

_____ Республикасы _____ облысы/

респ.маңызы

бар қала _____ ауданы/облыст. маңызы бар қала

_____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала

ауданы _____ елді мекені _____ (1-қала, 2-аул)

_____ көшесі, үйі _____, пәтері _____

7. Анасының жұмыс орны (жұмыс істемесе, кімнің қамқорлығында екенін көрсету қажет) _____

Қызметі немесе орындалатын жұмысы _____

8. Анасының білімі: жоқ - 1, бастапқы - 2, басты орта - 3, жалпы орта - 4, кәсіптік орта - 5, аяқталмаған жоғары - 6, жоғары - 7, белгісіз - 8.

9. Қайтыс болған баланың тегі, аты, әкесінің аты

10. Жынысы: 1 - ер, 2 - әйел, 3 - анықталған жоқ

11. Туған, өлі туған күні мен уақыты: _____ мин, _____ сағ, _____ күні, _____ айы, _____ жылы

12. Қайтыс болған күні мен уақыты: _____ мин _____ сағ, _____ күні,, _____ айы, _____ жылы

13. Қайтыс болған (өлі туған) жері:

а) _____ республикасы, _____ облысы/респ.маңызы бар қала _____ ауданы/облыст. маңызы бар қала _____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала ауданы _____ елді мекені _____ (1-қала, 2-аул) _____ көшесі, үйі _____, пәтері _____

б) өлім (өлі туу) 1 - стационарда _____ 2 - үйде _____, 3 - басқа жерде _____ болды (жазу қажет)

14. Ана туған баланың саны бойынша нешіншісі (тірідей туатын кезектілігі) _____

15. Босану саны бойынша нешіншісі _____, жүктілігі _____

16. Нақты жүктіліктің мерзімі _____ толық апта

17. Оған дейінгі жүктіліктер аяқталды: тірі баланы туумен _____ 1, өлі баланы туумен _____ 2, өз еркімен болған түсікпен _____ 3, медициналық абортпен _____ 4, оның ішінде мед көрсетімдер бойынша-5

18. Оған дейінгі жүктіліктердің соңғысы аяқталды: тірі баланы туумен _____ 1, өлі баланы туумен _____ 2, өз еркімен болған түсікпен _____ 3, медициналық абортпен _____ 5, оның ішінде мед. көрсетімдер бойынша-6 (сызу қажет)

19. Дәрігердің (фельдшердің, акушердің) келу саны

20. Босандырған: дәрігер-1, акушер-2, фельдшер-3, басқа адам (сызу қажет)

21. Босану асқынулары:

Босану кезіндегі гипертермия	01
Плацентаның алда жатуы	02
Плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі	03
Босануды жігерлендірудің сәтсіз аяқталуы	04
Қарқынды босану	05
Ұрықтың алда жатуы немесе дұрыс жатпау салдарынан босанудың қиындай түсуі	06
Босанудан болған гипертензия	07
Босану кезінде қан кету	08
Ұрықтың күйзелісімен (дистреспен)асқындалған босану және босандыру	09
Кіндіктің патологиялық жағдайыменасқындалған босану және босандыру	10
Басқалар (көрсету қажет)	11
Болмаған	00

22. Босануға жәрдемдесу мақсатында қолданылған операциялар мен операциялық құралдар: болмаған-1, болған-2 (қандай екендігін көрсету қажет)

23. Бала (ұрық) 1-бір ұрықты, 2-егіздердің бірін, 3-егіздердің" екіншісін, 4-өзге де көп ұрықты туу кезінде туды

24. Бала (ұрық) 1 - күні жетіп, 2 - күні жетпей, 3 - күннен асып туды

25. Бала (ұрық) 1-өлі, 2-мацерацияланып, 3-тұншығып туды

26. Баланың (ұрықтың) туған кезіндегі салмағы _____ гр

27. Баланың (ұрықтың) туған кезіндегі бойы _____ см.

28. Тірі туу өлшемдері: тынысы-1, жүректің соғуы-2, кіндікбау тамырының соғуы-3, бұлшықеттердің еркін қимылы-4

29. Баланың (ұрықтың) өлуі: 1-босанғанға дейін, 2-босану кезінде, 3-босанғаннан кейін, 4-белгісіз жағдайда болды

30. Баланың (ұрықтың) өлуі, өлі тууы мынадай себептерден болды: 1 - аурудан, 2 - жазатайым оқиғадан, 3 - өлтіруден болды, 4 - анықталған жоқ

31. Апгар шкаласы бойынша баға: 1 минуттан кейін _____ балл, 5 минуттан кейін _____ балл

		35. Ақ
		Амнис
		Ұрықт
		Ұрықт
		Ультр
		Басқал
32. Нақты жүктілік қаупінің медициналық факторлары		Жүргі:
Анемия	01	
Қанайналым жүйесінің аурулары	02	
Тыныс органдарының аурулары	03	36. Жа

Ананың жұқпалы және паразиттікаурулармен ауруы	04	Анеми
Кардиоваскулярлік гипертензия	05	Фатал
Бүйрек гиертензиясы	06	Тоңып
Жүктіліктен болған гипертензия	07	30 миғ
Қантты диабет	08	30 миғ
Бүйрек аурулары	09	Басқал
Гидрамнион (судың көп болуы)	10	Асқын
Олигогидрамнион	11	
Эклампсия	12	37. Туа
Жүктіліктің ерте кезінде қан кету	13	Анэнц
Несеп-жыныс жолдарының жұқпасы	14	Жұлып
Жүктілік кезінде аз тамақтану	15	Энцеф
Генитальдік герпес	16	Гидро
Плацентаның кемістігі	17	Жыры
Rh-сенсбилизация	18	Жаппа
Ірі ұрық	19	Өңешп
Ұрықтың гипотрофиясы	20	Ануст
Басқалар (көрсету қажет)	21	Эписп
Болмаған	00	Қол-ая
		Омфал
		Даун с
33. Жүктілік кезінде тәуекелдің басқа факторлары:		
Темекі шегу	01	Басқал
Алкогольды пайдалану	02	Болма:
34. Босанудың асқынуы:		38. Өлк
Босану кезіндегі гипертермия	01	Анасы
Плацентаның алда жатуы	02	Жүкті:
Плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі	03	Жүкті:
Қарқынды босану	04	
Ұрықтың алда жатуы немесе дұрыс жатпаусалдарынан босанудың қиындай түсуі	05	Кеш ке
Босану кезінде қан кету	06	-медп
Ұрықтың күйзелісімен (дистреспен) асқынған босану және босандыру	07	-жұмы
Кіндік патологиясының жағдайы мен асқынған босану және босандыру	08	-мекен
Басқалар (көрсету қажет)	09	-білме
Болмаған	00	-басқа
		Дәріге
		39. Бос
		Табиғт
		Опера:
		вакуум

40. Перинаталдық өлімнің себебі:

--	--	--

а) баланың (ұрықтың) өлуіне қайтыс болуына болған негізгі ауруы немесе жағдайы (тек бір ғана ауруы көрсетіледі)	АХЖ-10	(аурудың) күні
	коды	басталуы аяқталуы

б) баланың (ұрықтың) өзге де ауруы немесе жағдайлары	|||||	|||

в) баланың (ұрықтың) қайтыс болуына себеп болған анасының негізгі ауруы немесе жағдайы (бала жолдасы)	|||||	|||

г) баланың (ұрықтың) өлуіне әсер еткен анасының өзге де аурулары немесе жағдайы (бала жолдасы)	|||||	|||

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты

Туу туралы актінің жазбасы: 200 ____ жылғы _____ № _____
Қайтыс болу туралы актінің жазбасы: 200 ____ жылғы _____ № _____
тіркеу органдарының атауы _____
20 ____ ж _____ Тіркеу органының қызметкерінің қолы _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі № 514
бұйрығына
25-4-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
бұйрығына
2-1-қосымша

Туу, қайтыс болу және перинаталдық өлім жағдайларын куәландыратын медициналық құжаттаманы толтыру, беру жөніндегі әдістемелік ұсыныстар

1. Жалпы ережелер

1. Осы нұсқаулық "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының кодексінің және "Неке (ерлі - зайыптылық) және отбасы туралы" Қазақстан Республикасының кодексіне әзірленген және туу (№ 103/е-12 нысаны), қайтыс болу (№106/е-12 нысаны), перинаталдық өлім (№106-2/е-12 нысаны) жағдайларын куәландыратын медициналық құжаттаманы толтырудың және берудің бірыңғай талаптарын белгілейді.

2. Осы нұсқаулықта пайдаланылатын негізгі ұғымдар:

1) босану - жүктілік мерзіміне қарамастан, 500 грамм және одан аса немесе 22 толық апта толғанда және жоғары мерзімі кезінде өлі немесе тірі ұрықты ананың ағзасынан толық алу немесе шығарып алу (экстракция).

2) жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғалар - медициналық көмек пен медициналық қызмет көрсетуге бағытталған медициналық, дәрігерлік және фармацевтикалық қызметпен айналысуға лицензиясы болғанда тиісті бейіндегі медициналық білімі бар жеке тұлғалардың жеке медициналық қызметі;

3) медициналық ұйым – негізгі қызметі медициналық көмек көрсету болып табылатын денсаулық сақтау ұйымы;

4) өлі туу (өлі туған ұрық) - жүктілік ұзақтығына қарамастан ұрықтану өнімін ананың ағзасынан толық алу немесе шығарып алуға дейінгі өлімі, сондай-ақ мұндай бөлінуден кейін жүрек соғуы, тыныс алу, кіндікбау тамырының соғуы немесе бұлшықеттердің еркін қимылы сияқты өмірдің басқа белгілерін көрсетеді;

5) өлім себептері - өлімге әкеп соқтырған немесе оның болуына душар еткен барлық аурулар, патологиялық жағдайлар немесе жарақаттар, сондай-ақ жазатайым жағдайлар немесе кез келген жарақаттарды туғызатын күш көрсету жағдайлары;

6) перинаталдық кезең - ұрықтың құрсақтағы өмір сүрудің (бұл кезде ұрық ағзасының нормалы салмағы 500 грамм құрайды) 22 толық аптасынан (154-ші күннен) басталады және жаңа туған нәрестеге 7 күн толғанда аяқталады;

7) тірі туу - жүктілік ұзақтығына қарамастан ұрықтану өнімін ананың ағзасынан толық алу немесе шығарып алу, бұл ретте мұндай бөлінуден кейін ұрық тыныс алады немесе жүрек соғуы, кіндікбауы кесілген/кесілмегеніне және плацента бөлінгені/бөлінбегеніне қарамастан, кіндікбау тамырының соғуы немесе бұлшықеттердің еркін қимылы сияқты өмірдің басқа белгілерін көрсетеді;

8) тіркеу органдары - азаматтық хал актілері жазбасы мемлекеттік органдары - азаматтық хал актілері жазбасы бөлімдері, ал мұндайлар жоқ жерлерде - жергілікті атқарушы органдар немесе аудандық және ауылдық округтері әкімдері аппараттарының лауазымды тұлғалары;

9) түсік - жүктіліктің 22 аптасына дейінгі мерзімде ұрықтың өлуінен болған босануға дейін кенеттен айырылып қалу.

3. Бұл нұсқаулық жұмысқа қолдануда, меншік нысанына және ведомстволық бағыныстылығына қарамастан, барлық медициналық ұйымдарда, сондай-ақ жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғалар үшін міндетті.

4. Туу, қайтыс болу және перинаталдық өлім жағдайларын куәландыратын медициналық құжаттаманың бланкілері және олардың түбіртектері куәліктердің бөлек кітаптарында жинақталады. Кітаптың соңына жазумен парақ саны

көрсетіледі. Кітаптар тігіледі, медициналық ұйымның немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғаның мөрімен бекітіледі және медициналық ұйымның басшысында немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғада сақталады.

5. Медициналық ұйымның есеп жасау үшін пайдаланатын туу, қайтыс болу және перинаталдық өлім жағдайларын куәландыратын медициналық құжаттаманың түбіртектері дәрігерлік (медициналық) куәліктердің берілген жері бойынша куәлік берілген жылдан кейін 5 жылға дейін сақталуы тиіс, кейін қолданыстағы нұсқаулықтарға сәйкес жойылуы керек.

6. Туу, қайтыс болу және перинаталдық өлім жағдайларын куәландыратын медициналық құжаттаманы куәліктерді тіркеу кітаптарында нөмірлеу бірінші нөмірден басталады да жыл бойына бірінші қаңтардан бастап отыз бірінші желтоқсанға (қоса алғанда) дейін жүйелі түрде жүргізіледі.

7. Туу, қайтыс болу және перинаталдық өлім жағдайларын куәландыратын медициналық құжаттаманың бөлінген бланкісі сызылады, "бүлінген" деп жазылады және бланк кітабында қалдырылады. Бүлінген бланкіде қойылған куәліктің нөмірі келесі бланкіге ауыстырылмайды.

8. Туу, қайтыс болу және перинаталдық өлім жағдайларын куәландыратын медициналық құжаттама жоғалған жағдайда өтініш берушінің жазбаша өтініші бойынша оның нөмірі және "телнұсқа" деген белгісімен берілген күні көрсетіле отырып, бастапқы данаға (түпнұсқасына) тура сәйкес келетін жаңа дәрігерлік (медициналық) куәлік ресімделеді.

9. Бланкілердің барлық бағандары толық жауаптармен, жекелеген сөздер қысқартылмай, сиямен немесе шарикті пастамен анық жазумен толтырылады. Түзетуге және өшіруге болмайды. Сұрақтарға қайшы жауаптар берілген бағандар "жоқ" деген сөзбен толтырылады. Қажетті мәліметтер болмаған кезде тиісінше " белгісіз", "анықталмаған" және т.б. көрсетіледі.

10. Туу, қайтыс болу және перинаталдық өлім жағдайларын куәландыратын медициналық құжаттаманың дұрыс толтырылуына, уақтылы берілуін бақылауды медициналық ұйымдардың басшылары немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғалар жүзеге асырады.

11. Өлімнің себептерін кодтаудың дұрыстығын бақылауды денсаулық сақтау мемлекеттік басқарудың жергілікті органдарының уәкілетті тұлғалары жүзеге асырады.

2. Туу туралы медициналық куәлікті толтыру және беру (№103/е-12 нысаны)

12. Тіркеу органдарында тууды тіркеу үшін туу фактісін растайтын №103/е-12 "Туу туралы медициналық куәлік" бастапқы медициналық құжаттамасының есептік үлгісі беріледі.

Дене салмағы 500 грамм және одан жоғары және гестациялық мерзімі 22 апта және одан жоғары тірі туған нәрестелердің барлық жағдайлары тіркеуге жатады.

13. Туу туралы медициналық куәлікті дәрігер ресімдейді, ол болмаған жағдайда орта медицина қызметкері ресімдейді.

14. Түсік тастаған, өлі туған жағдайда туу туралы медициналық куәлік ресімделмейді.

15. Туу туралы медициналық куәлікті тірі туудың барлық жағдайында ана босанған немесе ұйымда акушерлік төсектер бар/жоғына қарамастан босанудан кейін баламен жатқызылған стационардан шығарылуы кезінде барлық медициналық ұйымдар береді.

16. Бала медициналық ұйымнан тыс жерде туған жағдайда туу туралы медициналық куәлікті медициналық ұйым немесе жеке медициналық практикамен айналысатын, үйде босандырған жеке тұлға береді.

17. Көп ұрықты босану кезінде туу туралы медициналық куәлік туған баланың әрқайсысына туу ретіне байланысты жеке ресімделеді.

18. Тауып алынған, тастанды (бас тартылған) баланың тууы тіркелген жағдайда медициналық ұйым баланың жасы туралы анықтаманы рәсімдейді және бала орналастырылған медициналық ұйым бас тартылған немесе қалдырылған күннен жеті тәуліктен кешіктірмей тіркеу органдарында тіркейді.

19. Туу туралы медициналық куәлік тіркеу органдарында тіркеу үшін ата-аналарына, ондай болмаған жағдайда - тәрбиесінде болатын баланың асыраушыларына, қамқоршыларына немесе балалар мекемелерінің әкімшіліктеріне беріледі.

20. Медициналық куәліктің нөмірі, сериясы, берілген күні, тууды тіркеу жүргізілген тіркеу органы, туу актісі жазбасының нөмірі мен күні №097/у "Жаңа туған нәрестенің даму тарихы" бастапқы медициналық құжаттамасының есептік үлгісінде көрсетіледі.

21. Туу туралы медициналық куәлікте дәрігер немесе орта медицина қызметкері туу туралы медициналық куәлікті берген күні (немесе оны тіркеу органына беру күні, ұйымда туғаны тіркелген жағдайда) туралы белгі жасайды, медициналық ұйымның атауын, пошталық мекенжайын, өздерінің тегін, атын, әкесінің атын көрсетеді.

22. Туу туралы медициналық куәлікті толтыратын тұлғалар тірі туған баланың туғаны фактісін, туған жерін (медициналық ұйымның атауы немесе бала үйде, жолда және тағы басқа жағдайда туды деп көрсетеді), туған күнін, баланың жынысын, салмағын көрсетеді. Сондай-ақ баланың анасы туралы мәліметтер

көрсетіледі: тегі, аты, әкесінің аты (жеке басты куәландыратын құжаттарға сәйкес), білімі және тұрғылықты жері.

23. Түбіртекте тиісті пункттерде жасалған туу туралы медициналық куәліктің жазбаларына толық сәйкес келетін жазбалар жазылады. Бұған қоса, жаңа туған нәрестелердің тізілімін құру кезінде терең талдау жасау үшін түбіртекке анасы туралы мынадай мәліметтер енгізіледі: туған күні, ұлты, тұратын жері (жеке басты куәландыратын құжаттарға сәйкес), отбасылық жағдайы, жүктілік, босану саны бойынша нешіншісі, босану кезіндегі жүктілік мерзімі, сондай-ақ бала туралы мәліметтер, босануда туғандығы (бір ұрықты, екі ұрықтының біріншісі немесе екіншісі, басқа көп ұрықты босануда туғандығы), Апгар шкаласы бойынша баға, тірі туу өлшемдерінің болуы енгізіледі. Жүктілік кезінде қауіп (медициналық және әлеуметтік), босану асқынулары, акушерлік емшаралар, жаңа туған кезеңнің асқынулары факторларының болуы тиісті кодтарды дөңгелетумен белгіленеді.

24. Туу туралы медициналық куәлік медициналық ұйымның немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғаның мөрімен және куәлікті ресімдеген медицина қызметкерінің қолымен куәландырылады.

25. Туу туралы медициналық куәліктің түбіртегіндегі жазбалар туу туралы куәліктегі жазбалармен толық сәйкес келуі тиіс.

26. Туу туралы медициналық куәліктің үзіндісін алушы оны алғанда куәліктің түбіртегіне қол қояды.

3. Қайтыс болу туралы медициналық куәлікті толтыру және беру (№106/е-12 нысаны)

27. Өлімді тіркеу органдарында тіркеу үшін медициналық ұйымдар немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғалар №106/е-12 "Қайтыс болғаны туралы медициналық куәлік" бастапқы медициналық құжаттаманың есептік нысанын ұсынады.

28. Нәресте өлі туғанда, бала туғаннан кейінгі 0-ден 7 тәулікке дейін шетінеген жағдайларда перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік ресімделеді.

29. Қайтыс болғаны туралы медициналық куәлік қайтыс болған адаммен бірге тұрған адамдарға беріледі, ал ондай адамдар болмаған жағдайда мәйітті тапқан ішкі істер органдарына беріледі.

30. Қайтыс болғаны туралы медициналық куәлікті дәрігер, ал ол болмаған жағдайда - орта медицина қызметкері ресімдейді.

31. Заңнамада белгіленген тәртіппен сот-медициналық сараптау белгіленген жағдайда қайтыс болғаны туралы медициналық куәлікті сараптама нәтижелерін ескере отырып, сот-медициналық сарапшы ресімдейді.

32. Өлім фактісін медицина қызметкері жеке анықтамай, қайтыс болғаны туралы медициналық куәлікті сырттай ресімдеуге тыйым салынады.

33. Қайтыс болғаны туралы медициналық куәлікті мәйітті тексерудің, медициналық құжаттамадағы жазбалардың, науқасты бұрынғы бақылаудың немесе ашып тексеру нәтижелерінің негізінде медициналық ұйымның дәрігері (орта медицина қызметкері) немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлға береді.

34. Өлім медицина ұйымында болған жағдайда мәйітті беру қайтыс болғаны туралы медициналық куәлік ресімделгеннен кейін жүзеге асырылады. Қайтыс болған адамды медицина ұйымы жерлеген жағдайда сол медицина ұйымы қайтыс болғаны туралы медициналық куәлікті ресімдеп, бес күн мерзім ішінде тіркеу органдарында тіркеуді жүргізеді.

35. Патологиялық анатомиялық ашу жүргізілген жағдайда қайтыс болғаны туралы медициналық куәлікті мәйітті ашу күні оның нәтижесі ескеріле отырып, паталогоанатом ресімдейді.

36. Тіркелген өлімнің себептерінің дұрыстығын қамтамасыз ету және тіркеу органдарында өлімнің тіркелуі мен көмуді кешіктірмеу үшін қайтыс бөлу туралы медициналық куәліктер "алдын ала", "алдын аланың орнына", "түпкілікті", немесе "түпкіліктінің орнына" деген жазумен беріледі.

37. "Алдын ала" деген белгісімен медициналық куәлік, егер өлім себептерін анықтау немесе белгілеу үшін қосымша зерттеулер жүргізу қажет болса, немесе куәлік беретін кезде өлім түрі (жазатайым оқиға, өндірістен тыс немесе өндіріспен байланысты, өзін-өзі өлтіру, өлтіру) анықталмаған, бірақ алдағы уақытта анықталатын жағдайда беріледі.

Өлім мен өлім түрі анықталғаннан кейін "алдын аланың орнына" белгісімен нөмірі мен берілген күні көрсетілген жаңа куәлікті бұрынғы куәлікті берген медициналық ұйым немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлға ресімдеп, тікелей аумақтық статистика органына жібереді.

Егер "түпкілікті" белгісімен өлім туралы медициналық куәлік берілген, бірақ кейіннен диагноз жазбасында қате анықталған болса, "түпкіліктінің орнына" деп жазылған №_____ өлім туралы медициналық куәліктің орнына жаңа медициналық куәлік жасалады және тікелей аумақтық статистика органына жіберіледі, ал оның көшірмесі тіркеу аумақтық органына жіберіледі.

38. Қайтыс болғаны туралы медициналық куәлікті өлім күші көрсетуден болған деген күдік болмағанда мәйітті тексеру негізінде ғана өлімді анықтаған дәрігер береді.

Экологиялық немесе техногендік апаттарға (жер сілкіну, әуе, көлік, шахталық және адамдар жаппай қырылатын басқа да жарақаттар) байланысты ерекше жағдайларда және алдын ала тергеу жүргізген құқық қорғау органдарының келісімімен сот-медициналық сарапшыларға мәйіттің сыртынан қарау негізінде қайтыс болғаны туралы медициналық куәлік беруге болады.

39. Медициналық ұйымның басшысы қайтыс болғаны туралы медициналық куәліктің дұрыс толтырылуын, олардың қайтыс болған адамның туыстарына уақтылы берілуін, сондай-ақ қайтыс болған адамды денсаулық сақтау ұйымы жерлеген жағдайда қайтыс болғаны туралы медициналық куәлікті азаматтық хал актілері жазбасы органдарында мемлекеттік тіркеуді қамтамасыз етеді.

40. Куәліктің нөмірі мен сериясы, берілген күні, өлімнің себебі, тіркеуді жүргізген тіркеу органы, өлім актісі жазбасының нөмірі мен күні №025/е "Амбулаториялық сырқаттың медициналық картасы", №003/е "Стационарлық сырқаттың медициналық картасы" немесе №096/е "Босану тарихы" бастапқы медициналық құжаттамасының есеп нысандарында көрсетіледі.

41. Қайтыс болғаны туралы медициналық куәліктің бланкісінде "алдын ала", "алдын аланың орнына", "түпкілікті" немесе "түпкіліктінің орнына" деген тиісті белгілердің астын сызу арқылы оның сипаты көрсетіледі.

42. 1-5-тармақтар белгілерге сәйкес толтырылады, жеке басты куәландыратын құжаттарға сәйкес тегі, аты және әкесінің аты толтырылады.

6-7-тармақтарда тұрғылықты жері мен қайтыс болған жері туралы мәліметтер сол жердегі әкімшілік-аумақтық бөлініс бойынша көрсетіледі, ал мұны анықтау мүмкін болмаған жағдайда бұрын болған әкімшілік-аумақтық бөлініс бойынша көрсетіледі.

8-тармақта тиісті белгілердің асты сызылады.

9-тармақта ұлты жеке басты куәландыратын құжат бойынша, онда ұлты туралы жазба болмаған жағдайда көрсетілмейді.

Шетелдік азаматтың өлімін тіркеу кезінде ұлтынан басқа оның қай елдің азаматы (адамы) екендігі, сондай-ақ оның азаматтығы көрсетіледі.

Азаматтығы жоқ адамдарға "азаматтығы жоқ адам" деген сөздер қосыла отырып, ұлты көрсетіледі.

10-11-тармақтарда тиісті белгілердің асты сызылады.

12-тармақта қайтыс болған адам жұмыс істеген кәсіпорынның, мекеменің, ұйымның атауы, оның лауазымы немесе атқаратын жұмысы көрсетіледі;

әскери қызметшілерге - әскери қызметшінің жеке басын куәландыратын құжаттарға сәйкес әскери бөлімнің немесе мекеменің атауы;

зейнеткерлерге - "зейнеткер" деп жазылады және бұрынғы негізгі жұмысы көрсетіледі.

13-15-тармақтарда тиісті белгілердің асты сызылады.

16-тармақта қайтыс болғаны туралы медициналық куәлікті толтырған медицина қызметкерінің тегі, аты, әкесінің аты және лауазымы көрсетіліп, одан әрі тиісті белгілердің асты сызылады.

17-тармақта міндетті түрде Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының денсаулыққа байланысты оныншы отырысында ұсынған Аурулар мен проблемалардың халықаралық жіктемесі бойынша (АХЖ-10) өлімнің бастапқы себебі, коды (шифры) және аурудың басталған және аяқталған күні (күні, айы, жылы) көрсетіледі. Жарақаттанған және уланған жағдайда міндетті түрде АХЖ-10 бойынша өлімнің сыртқы себептері және коды қосымша көрсетіледі.

Өлім себептерінің жазбасы, әдетте өлімнің өзара ұштасқан және жүйелі себептерінің негізгі түйіні бақыланатын 17-тармақтың екі бөлімінде жүргізіледі.

1-бөлім төрт жолдан тұрады: "а)", "б)", "в)", "г)".

"а)" жолы тікелей өлімге әкелетін өлімнің тек бір себебін (ауру, жарақат және басқа да патологиялық жағдай) жазуға және кодтауға арналады.

"б)" жолы өлімнің аралық себебін, яғни өлімнің тікелей себебінің туындауына әкелген аралық патологиялық жағдайды жазуға және кодтауға арналады.

"в)" жолы өлімнің негізгі (бастапқы) себебін, яғни өлімге әкелген патологиялық процестің негізгі басты түйіні болып табылған ауруды, жарақатты немесе жағдайды жазуға және кодтауға арналады.

"г)" жолы өлімге әкелген сыртқы себептерді жазуға және кодтауға арналады.

2-бөлім өлімге себепші болатын, бірақ өлімнің негізгі (бастапқы) себебімен байланысы жоқ басқа да маңызды аурулар мен жағдайларды жазуға және кодтауға арналады. Мысалы, хирургиялық әрекеттердің көлемі мен күні, жүктілік мерзімі және т.б.

Өлім себептерінің жазбасына арналған аурулардан болған өлім жағдайында тек үш жол "а)", "б)", "в)" пайдаланылады, ал "г)" жолы бос қалдырылады.

Өлімнің негізгі (бастапқы) себебі ғана кодталуы тиіс.

Жарақаттанудан, уланудан болған өлім жағдайларында олардың түрі мен сипаты, сондай-ақ өлімге әкелген патологиялық процестердің тізбегі "а)", "б)", "в)" жолдарында, ал сыртқы себебі "г)" жолында көрсетіледі. Мұндай жағдайда екі жол кодталуы керек, біріншісі түрі мен сипаты бойынша жарақаттанудан, уланудан (XIX класс АХЖ-10) болған өлімнің негізгі (бастапқы) себептері көрсетілетін жол, екіншісі - барлық уақыттағы жарақаттану мен уланудың сыртқы себептері (XX класс АХЖ-10) көрсетілетін жол.

Егер өлімге әкелген патологиялық процестердің тізбегін толық және бөлшектеп анықтау мүмкін болмаса, онда өлімнің негізгі (бастапқы) себебінің жазбасы аурудың, жарақаттың өзі өлімнің негізгі (бастапқы) себебі болатын "а)" жолында көрсетіледі.

Егер өлімге әкелген патологиялық процестердің бөлшек тетігі айқындалса, жазба "б)" жолымен аяқталады.

Әрбір жолда тек бір диагноз көрсетіледі, ал жолдар жоғарыдан төмен қарай толтырылады.

1-үлгі. 1) а) Іріңді менингит

б)

в)

г)

2)

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып "Анықталмаған бактериалды менингит" (G00.9.) есептеледі.

2-үлгі. 1) а) Қабыну

б) Қызылша

в)

г)

2)

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып "Қабынудан асқынған қызылша" (B05.2) есептеледі.

3-үлгі. 1) а) Уремия

б) Атеросклеротикалық нефросклероз

в) Бүйректің айрықша зақымдалуымен гипертензиялық ауру

г)

2)

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып "Бүйрек кемістігімен бүйректің айрықша зақымдалуынан болған гипертониялық ауру" (I12.0.) есептеледі.

4-үлгі. 1) а) Миокардтың алдыңғы жағының жіті трансмуральды инфаркті

б)

в)

г)

2)

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып "Миокардтың алдыңғы жағының жіті трансмуральды инфаркті" (I21.0) есептеледі.

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып әрбір жеке патологияға арналып сипатталған барлық критерийлер ескеріледі.

Сондай-ақ, жарақаттану себебінен болған өлім жағдайларында жарақаттың дәл орны, түрі мен сипаты көрсетіледі. "а)", "б)", "в)" жолдарында жарақаттың

сипаты бойынша өлімге әкелетін себептердің тізбегі көрсетіледі, ал "г)" жолында өлімнің сыртқы себебі көрсетіледі.

- 5-үлгі. 1) а) Бас миының жарақатты ісінуі
 - б) Негізгі бас сүйектің жабық сынуы
 - в)
 - г) Қатты зат қолданылған көшедегі шабуыл
- 2)

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып "Бас сүйек негізінің жабық сынуы" (S02.10) есептеледі. Сонымен бірге сыртқы себебі бойынша "Қатты зат қолданылған көшедегі шабуыл" (Y00.4) екінші коды қойылады.

- 6-үлгі. 1) а) Сепсис
 - б) Ортан жіліктің созылмалы остеомиелиті
 - в) Оң жақ сан сынуының салдары
 - г) Пәтердің балконынан құлаудың салдары
- 2) Инсулинге тәуелді қантты диабет

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып "Санның сыну салдары" (T93.1) есептеледі және "в" жолында коды көрсетіледі. Сонымен бірге "г" жолында "Басқа да жазатайым жағдайлардың салдарлары" (Y86.9) сыртқы себептердің екінші коды көрсетіледі.

"Салдарлар" ұғымы бұрын болғанды сипаттайтын немесе кейіннен байқалған, оқиға болғаннан кейін бір жылдан не одан көп уақыттан кейін пайда болған жағдайларды білдіреді.

- 7-үлгі. 1) а) Жарақатты шок
 - б) Қанға сүйектерінің көптеген сынықтары, ішкі органдардың жыртылуы
 - в)
 - г) Автобустың поезбен соқтығысуы кезінде онда отырған адам
- 2) 28 апталық жүктілік

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып "Дененің бірнеше жерін қамтыған басқа да анықталған жарақаттар" (T06.8), ал сыртқы себебі бойынша "Автобустың поезбен соқтығысуы кезінде онда отырған адам" (V75.6) болып есептеледі.

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып әрбір жеке патологияға арналып сипатталған барлық өлшемдер ескеріледі.

Сондай-ақ, жарақаттану себебінен болған өлім жағдайларында жарақаттың дәл орны, түрі мен сипаты көрсетіледі. "а)", "б)", "в)" жолдарында жарақаттың сипаты бойынша өлімге әкелетін себептердің тізбегі көрсетіледі, ал "г)" жолында өлімнің сыртқы себебі көрсетіледі.

Жүкті, босанатын, босанған әйелдер қайтыс болған жағдайда жазбалар мына үлгіде жүргізіледі.

Жүктіліктің, босанудың немесе босанғаннан кейінгі кезеңнің акушерлік асқынулары нәтижелерінен, сондай-ақ босандыру және басқа да дұрыс жүргізілмеген медициналық әрекеттер нәтижесінен болған өлім жағдайында өлімнің себебі туралы мәліметтер 1-бөлімнің "а)", "б)", "в)" жолдарында көрсетіледі.

Жазбада жүктілікке, босануға, босанудан кейінгі кезеңге байланыстылығы анық көрсетілуі керек, өлім болған әрбір кезең үшін сипаттық патология көрініп тұруы тиіс. Мысалы: "Жүктіліктің 20-аптасындағы қауіп төндіретін аборт", "Босанған кезде анестезия жағдайындағы жіті жүрек кемістігі", "Босанғаннан кейінгі сепсис".

- 8-үлгі. 1) а) Қан кету
- б) Афибриногенемия
- в) Медициналық аборт
- г)
- 2) 10 апталық жүктілік

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып "Қан кеткен кездегі медициналық түсік" (O04.6) есептеледі.

- 9-үлгі. 1) а) өкпе артериясының тромбоэмболиясы
- б) Босануға дейінгі үлкен күре тамыр тромбозы
- в)
- г)
- 2) 32 апталық жүктілік

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып "Босану кезіндегі үлкен флеботромбоз" (O22.3) есептеледі.

Жүкті, босанатын, босанған әйелдер бұрынғы ауруларынан немесе жүктілік кезеңінде пайда болған аурулардан (қантты диабет, жүрек-қан тамыры, туберкулез және т.б.) қайтыс болған жағдайда мыналар басшылыққа алынады:

Егер ауру тікелей акушерлік себепке байланысты болып, бірақ жүктіліктің физиологиялық әсерінен ауырласа немесе жүктілік кезінде ауырлайтын болса, өлім себебі туралы мәліметтер 1-бөлімнің "а)", "б)", "в)" жолдарында жазылады, бірақ бұл ретте 2-бөлімде жүктілік пен оның мерзімі туралы жазба жүргізіледі.

Босанғаннан кейінгі өлімнің барлық жағдайларында (1 жылға дейінгі кезеңде) II-бөлімде жазба жүргізіледі: босанғаннан кейінгі кезең (күнінің саны көрсетіледі).

- 10-үлгі. 1) а) өкпенің ісінуі
- б) Митральды стеноз (ревматикалық)
- в)

г)

2) 28 апталық жүктілік

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып "Жүктілікті, босануды және босанудан кейінгі кезеңді асқындыратын қан айналымы жүйесі аурулары" (О99.4) есептеледі.

11-үлгі. 1) а) Жіті тыныс жеткіліксіздігі

б) Оң жақтың вирусты қабынуы

в) Тұмау (вирусқа ұқсамайтын)

г)

2) 40 апталық жүктілік

Кодтау кезінде өлімнің негізгі себебі болып "Жүктілікті, босануды және босанғаннан кейінгі кезеңді асқындыратын тыныс алу мүшелері аурулары" (О99.5) есептеледі.

18-тармақта тиісті бас тақырыптың асты сызылады.

Ана өлімі жүктіліктің (оның ұзақтығы мен орнығуына қарамастан) жүктілік кезеңінде немесе ол аяқталғаннан кейінгі 42 күн ішінде жүктілікке, оған салмақ түсуінен немесе оның жүрісіне байланысты қандай да бір себептен, бірақ жазатайым жағдай не оқыс оқиға салдарынан болған деп түсіндірілетін өлім ретінде айқындалады.

Кеш болған ана өлімі босанғаннан кейін 42 күннен асатын, бірақ босанғаннан кейінгі бір жылдан кем емес мерзімде болған, тікелей акушериялық себептен немесе онымен жанама байланысты өлім ретінде айқындалады.

19-20-тармақта қайтыс болғаны туралы куәлікті берген медициналық ұйымның атауы немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты, олардың пошталық мекен-жайы көрсетіледі.

43. Қайтыс болғаны туралы медициналық куәлік медициналық ұйымның немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғаның мөрімен куәландырылып, куәлікті ресімдеген медицина қызметкерінің қолы қойылады.

44. Қайтыс болғаны туралы медициналық куәліктің түбіртегіндегі жазбалар куәліктегі жазбаларға толықтай сәйкес болуы тиіс.

1 жасқа дейін қайтыс болған балалар үшін:

5-тармақта туған жылы, айы, күні көрсетіледі.

6-тармақта қайтыс болған жылы, айы, күні, өмір сүрген айы және күні көрсетіледі.

7-тармақта медициналық ұйымның атауы мен оның мекен-жайы жазыла отырып, туған жері көрсетіледі.

8-тармақта анасының тегі, аты, әкесінің аты толық көрсетіледі.

45. Қайтыс болғаны туралы медициналық куәліктің үзіндісін алушы оны алған кезде куәліктің түбіртегіне қолын қояды.

4. Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлікті толтыру және беру (№106-2/е-12 нысаны)

46. Тіркеу органдарында өлі тууды немесе өмірінің алғашқы аптасында шетінеген нәрестенің өлімін тіркеу перинаталдық өлім туралы медициналық куәліктің (№ 106-2/е-12 нысан) негізінде жүргізіледі.

47. Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлікті барлық медициналық ұйымдар немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғалар өмірінің алғашқы аптасындағы (туғаннан кейін 0-ден 7 тәулікке дейін немесе 168 сағат) баланың салмағы 500 грамм және одан көп (егер дене салмағы туу кезінде белгісіз болса, бойы 25 см және одан көп немесе жүктіліктің 22 апта және одан жоғары гестациялық мерзімде) болғанда тірі тууы немесе өлімінің әрбір жағдайында жасалады.

48. Өлі туу немесе өмірінің алғашқы аптасында шетінеген нәресте өлімінің әрбір жағдай өлі туу немесе өмірінің алғашқы аптасында шетінеген нәресте өлімінен бес тәуліктен кешіктірмей:

1) өлі туу немесе өмірінің алғашқы аптасында шетінеген нәрестенің өлімі болған медициналық ұйым;

2) медицина қызметкерлері денсаулық сақтау ұйымынан тыс болған өлі тууды немесе өмірінің алғашқы аптасында шетінеген нәрестенің өлімін анықтаған медициналық ұйым;

3) медициналық ұйымнан тыс болған өлі тууды немесе өмірінің алғашқы аптасында шетінеген нәрестенің өлімін анықтаған жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлға;

4) сот-медициналық сараптау кезіндегі сот медицинасы орталығы тіркеу органдарында тіркейді.

49. Жаңа туған нәресте шетінеген жағдайда туғаннан кейін 168 сағат ішінде туу туралы медициналық куәліктің негізінде жаңа туған нәресте бастапқыда тірі туған бала ретінде, содан кейін перинаталдық өлім туралы медициналық куәліктің негізінде өлі туған нәресте ретінде тіркеу органдарында тіркеледі.

50. Тіркеу органдарында өлі тууды немесе өмірінің алғашқы аптасында шетінеген нәрестенің өлімін тіркеу үшін өлі туу немесе өмірінің алғашқы аптасында шетінеген нәрестенің өлімі фактілерін куәландыратын №106-2/у "Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік" медициналық құжаттамасының есептік үлгісі беріледі.

51. Перинаталдық өлім туралы куәлікті тек дәрігер, ол болмаған жағдайда - орта медицина қызметкері ресімдейді.

52. Өлі тууды немесе өмірінің алғашқы аптасында шетінеген нәрестенің өлімінің әрбір жағдайына арналған перинаталдық өлім туралы дәрігерлік куәлікті барлық медициналық ұйымдар немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғалар ресімдейді.

53. Өлі туу немесе өмірінің алғашқы аптасында шетінеген нәрестенің өлімі фактісін дәрігер (орта медицина қызметкері) жеке анықтамай, перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік ресімделмейді.

54. Көп ұрықты босану кезінде өлі тууды немесе өмірінің алғашқы аптасында шетінеген нәрестенің өлімінің әрбір жағдайына перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік жеке ресімделеді.

55. Орталықтандырылған патологиялық-анатомиялық бөлімшесінде тексеру жүргізілген жағдайда оның қорытындысын ескере отырып, ашып тексерген күні перинаталдық өлім туралы медициналық куәлікті патолог-анатом ресімдейді.

Тіркеу органдарында тіркеу үшін перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік өлі туған немесе өмірінің алғашқы аптасында шетінеген нәрестелерді әкелген медициналық ұйымдарға беріледі.

56. "Алдын ала", "алдын аланың орнына" немесе "түпкілікті", "түпкіліктінің орнына" деген белгісі бар перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік тіркеу органдарына жіберіледі.

57. Перинаталдық өлім туралы қосымша мәліметтер алу қажет болған жағдайда "алдын ала" деген белгісі бар алғашқы медициналық куәлікті беруге болады. Кейіннен толықтырылған мәліметтермен "алдын аланың орнына" белгісімен жаңа куәлік ресімделеді де, нөмірі мен берілген күні көрсетіле отырып, алғашқы куәлік берген медициналық ұйым немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлға тікелей аумақтық статистика органына жібереді.

58. "Түпкілікті" деген белгісі бар перинаталдық өлім туралы медициналық куәлікті берген жағдайда, бірақ алдағы уақытта қосымша нақты мәліметтерді белгілеу кезінде қосымша мәліметтерімен перинаталдық өлім туралы "түпкіліктінің орнына" белгісімен жаңа медициналық куәлік ресімделеді де, нөмірі мен берілген күні көрсете отырып, алғашқы куәлік берген медициналық ұйым немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлға тікелей аумақтық статистика органына жібереді.

59. Өлі туған жағдайда - №096/е "Босану тарихы", перинаталдық өлім болған кезде - №097/е "Жаңа туған нәрестенің даму тарихы" бастапқы медициналық құжаттамаларының тиісті есептік үлгісінде перинаталдық өлім туралы медициналық куәліктің нөмірі, сериясы, берілген күні, өлімнің себебі, тіркеу жүргізген тіркеу органы, перинаталдық өлім немесе туу актісі жазбасының нөмірі мен күні көрсетіледі.

60. Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлікті патолог-анатом ашып-көру күнінде ресімделеді, жүктілік кезінде және босану кезіндегі ананың, баланың (ұрықтың) патологиясы туралы клиникалық деректер медициналық құжаттамадан алынады (босану тарихы - № 096/е нысан, жаңа туған нәрестенің даму тарихы - №097/е нысаны).

61. 1-5-тармақтар босану тарихының мәліметтері ескеріле отырып толтырылады. Шетінеген (өлі туған) баланың тегі, аты, әкесінің аты, жынысы (жынысы анықталмаған жағдайда ата-анасының тілегі бойынша көрсетіледі), перинаталдық кезеңде өлген немесе өлі туған баланың туған күні мен уақыты, перинаталдық өлімнің күні мен уақыты көрсетіледі (өлі туған жағдайда толтырылмайды). Баланың (өлі туған) өлім болған жері: мекенжайы (республика, облыс, аудан, қала, ауыл) және болған орны (стационарда, үйде немесе басқа жерде) көрсетіледі.

62. 6-12-тармақтарда анасы туралы мәліметтер көрсетіледі: аты, тегі, әкесінің аты, туған күні, ұлты (жеке басын куәландыратын құжаттарға сәйкес). Анасының отбасы жағдайы туралы мәліметтер, некеде тұрғандардың - неке туралы куәлік негізінде немесе оның сөзінен неке қиған күні (Тіркеу органдарында тіркелуі) жазылады және жұбайының аты, тегі, әкесінің аты көрсетіледі. Бұл ретте "неке туралы куәліктегі жазба негізінде" немесе "анасының сөзінен" деген тиісті мәтіннің астын сызу арқылы ақпарат көзі көрсетіледі. Егер анасы көрсетілген мәліметтерді бермесе, "некеде тұрмаған" деген сөздердің астын сызу қажет.

Өлген (өлі туған) баланың анасының тұрғылықты жері, білімі. Анасының жұмыс орны және оның жұмысы (лауазымы немесе орындалатын жұмысы) көрсетіледі. Осы тармақты толтыру кезінде кәсіпорынның, мекеменің немесе ұйымның толық атауын көрсету қажет. Егер анасы жұмыс істемесе, өмір сүру көзі (жұбайының, әкесінің және т.б қамқорлығында) көрсету қажет.

63. 13-23-тармақтарда бұдан бұрын болған жүктілік туралы, осы жүктілік пен босанудың мерзімі, өтуі және асқынулары туралы мәліметтер көрсетіледі.

64. 24-30-тармақтарда босану тарихынан енгізілген бала туралы мәліметтер көрсетіледі.

65. Перинаталдық өлім себептерінің толықтығы мен нақтылығы перинаталдық өлімнің әрқилы себептерін анықтау үшін қажет.

Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының ұсынымдарына сәйкес әзірленген ұрыққа қолайсыз әсер еткен ана ағзасы тарапынан патология мен бала (ұрық) өлімінің себебін жазуды көздейді.

Бала (Ұрық) өлімінің және өлі туу себептерін жазу тиісті 31-тармақтың "а"-дан "д"-ға дейінгі әріптермен белгіленген бес жолында және Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының денсаулыққа байланысты оныншы отырысында

Ұсынған Аурулар мен проблемалардың халықаралық жіктемесі бойынша (АХЖ-10) кодтауы бойынша жүргізіледі.

"а" жолы өлімге себеп болған жаңа туған нәрестенің (Ұрықтың) бір негізгі ауруларын немесе патологиялық жағдайын жазуға арналған;

"б" жолы өлімге себеп болған баланың (Ұрықтың) өзге де ауруларын немесе жағдайын жазуға арналған;

"в" жолы жаңа туған нәрестеге (Ұрыққа) қолайсыз әсер еткен анасының негізгі ауруларын немесе жағдайын жазуға арналған;

"г" жолы балаға (Ұрыққа) қолайсыз әсер еткен анасының өзге де ауруларын (немесе анасының, баланың жолдасының жағдайы) жазуға арналған;

"д" жолы өлімге себеп болған, бірақ ананың немесе баланың ауруы немесе патологиялық жағдайы ретінде бағаланбайтын жағдайларды белгілеуге арналған. Бұл жолда босандыру мақсатында қолданған операциялар, операциялық құралдар жазылады.

"а" және "в" жолына бір ғана диагноз жазылады. Егер балаға (ұрыққа) қолайсыз әсер ететін ауруды немесе ананың жағдайын немесе баланың жолдасының жағдайын анықтау мүмкін болмаған жағдайда "в)" және "г)" жолдарында "белгісіз", "анықталған жоқ" деп жазу қажет, сызықша қойылмайды.

Сыртқа себептерден өлім болған жағдайда "а" жолында бала өлімінің тікелей себебі көрсетіледі, мысалы, тоңу, күйік, тыныс жолдарының тамақпен бітелуі, бас сүйегінің сынуы, "в" жолында - өлімге тікелей әсер еткен жағдайлар.

66. Мынадай үлгілер перинаталдық өлім себебін жазу және оларды статистикалық әзірлеме үшін іріктеу тәртібін көрсетеді:

1) Қан тобының теріс резусі бар әйел жүктілікке дейін митральды қақпақшасының функциясы жетіспеушілігімен жүректің митральды кемістігіне шалдыққан. Жүктілік кезінде декомпенсация белгісі байқалмаған. 12 апта жүктілік кезінде антиденелер пайда болып, титрлері өсе бастаған. 35 апталық жүктілікте өлі ұрықпен өз бетінше босанды. Ұрықтың жүрек соғуы босану басталысымен тыңдалмады.

Өлі туу себебі туралы жазба:

а) гемолитикалық ауру

б) ----

в) ананың қаны теріс резусті, антиденелердің жоғары титрімен

г) митралдық қақпақшасының функциясы жетіспеушілігімен жүректің ревматикалық кемістігі

д) ----

Шифрлеу кезінде үйлесімсіз резуспен гемолитикалық ауру негізгі себебі деп есептеледі.

2) әйел жүкті болғанға дейін несеп-тас ауруы мен созылмалы пиелонефритпен ауырды. Жүктіліктің бірінші жартысында созылмалы пиелонефрит өршіді. 38-аптада қызуы көтерілді, бактериуриясы бар созылмалы пиелонефрит қайталап өршіді. Алғашқы тәуліктерде созылмалы пиелонефриттің өршуінен Ұрықтың жатырда өлуі анықталды. Екінші тәулікте өз бетімен салмағы 2600 грамм өлі Ұрық туды. Тексергенде гипотрофия жағдайындағы антенаталды асфиксия белгілері анықталды. Өлі туу себебі туралы жазбада:

- а) антенаталды асфиксия;
- б) жатырдағы гипотрофия;
- в) созылмалы пиелонефрит;
- г) несеп-тас ауруы көрсетіледі;
- д) ----

Шифрлеу кезінде босанғанға дейін алғаш анықталған жатырдағы гипоксия, созылмалы пиелонефрит негізгі себебі деп есептеледі.

3) 21 жастағы әйел, сыртартқыда бір медициналық аборт. Жүктілік асқынбай өтті. Жанбастың көлемі қалыпты. Босанудың екінші кезеңінде босану функциясының әлсіздігі тіркелді, босандыру жүргізілді. Ұрықтың гипоксиясы басталуына байланысты қуыстық қысқаштар қойылды. Өлі туған ұл бала алынды, бойы 53 см, салмағы 3500 грамм. Реанимация шаралары нәтиже берген жоқ.

Ашып-көру кезінде: мишық түйінінің жыртылуы, кефалогематогема. Перинаталдық өлімнің себептері:

- а) босану кезіндегі жарақат
- б) басталған асфиксия
- в) босану функциясының әлсіздігі
- г) босандыру, қуыстық қысқыштар

Шифрлеу кезінде босану кезіндегі жарақат, босану функциясының әлсіздігі негізгі себебі деп есептеледі.

4) Плацентаның алдыңғы жақта жатуынан қан кетуге байланысты жүктіліктің 32-аптасында жүктілік токсикозы бар әйелге кесар тілу операциясы жасалды. Салмағы 1480 грамм нәресте 16 сағаттан кейін қайтыс болды. Тексерген кезде гиалинді жарғақша ауруы анықталды. Медициналық куәлікте:

- а) гиалинді жарғақша ауруы;
- б) күні жетпейтіндігі;
- в) плацентаның алдыңғы жақта жатуы;
- г) жүктілік токсикозы;
- д) кесар тілігі көрсетіледі.

Кодтау кезінде "плацентаның алдыңғы жақта жатуы" перинаталдық өлімнің негізгі себебі деп есептеледі.

67. Перинаталдық өлім туралы медициналық куәліктің түбіртегіндегі жазбалар куәліктегі жазбалармен толық сәйкес келуі тиіс. Қосымша, жаңа туған нәрестелердің тізілімін құру кезінде өлім (өлі туу) себептерін нақтылап талдау үшін түбіртекте анасы туралы мәліметтер көрсетіледі: дәрігердің (фельдшердің, акушердің) келу саны, осы жүктіліктен бұрын болған жүктіліктер, босану асқынулары (мәтінде тиісті кодтарды сызу қажет) немен аяқталғаны, осы жүктілік қаупінің медициналық және әлеуметтік факторлары, акушерлік емшаралар. Сонымен бірге бала туралы мәліметтер көрсетіледі: ана туған баланың нешіншісі, тірі туу өлшемдерінің болуы, Апгар шкаласы бойынша бағалау, жаңа туу кезеңінің асқынулары, туа біткен ауытқулар. Түбіртекке баланың тууы туралы және тірі тууы жағдайында оның қайтыс болуы туралы акттік жазбалардың күндері мен нөмірлері, өлі туған жағдайда қайтыс болуы туралы акттік жазбаның күні мен нөмірі көрсетіледі.

68. Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік медициналық ұйымның немесе жеке практикамен айналысатын жеке тұлғаның мөрімен және куәлік берген медицина қызметкерінің қолымен куәландырылады. Перинаталдық өлім туралы медициналық куәліктің үзіндісін алушы оны алғаны туралы куәліктің түбіртегіне қол қояды.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі № 514
бұйрығына
26-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
бұйрығына
3-қосымша

Нысан

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 № 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

**Күндізгі стационар (емхана, аурухана), үйдегі стационар науқасының
КАРТАСЫ**

11. Бекітілген МҰ-ның коды мен аты (Код и название МО прикрепления) _____

--

12. Осы ауру салдарынан биылғы жылы күндізгі стационарға жатуы (Проходил лечение в дневном стационаре в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2

13. Хирургиялық операциялар (Хирургические операции)	АХЖ-9 коды (код по МКБ-9КМ)	Өткізу мерзімі мен уақыты 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

Тағайындалғанды (астын сызыңыз) Назначено (подчеркнуть)	Орындалды (күні,колы) Выполнено (дата,подпись)
ЭКГ	
Эндоскопиялық зерттеу (Эндоскопическое исследование)	
Ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование)	
Ro – скопия (графия) _____	
Зертханалық 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-10 коды (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) _____

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі № 514
 бұйрығына
 27-қосымша

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
 бұйрығына
 3-қосымша

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 № 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

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) __ колы (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 " "С выбором стационара согласен"

Науқастың колы _____ Подпись больного _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі № 514
бұйрығына
28-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
бұйрығына
3-қосымша

Нысан

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 № 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

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 В и д * посещения	Дәрігеркоды Код врача	Күні Дата	Келу * түрі В и д * посещения	Дәрігер коды Код врача	Күні Дата	Келу * түрі В и д * посещен	Дәрігер коды Код врача

- Е (П) – Емхана (Поликлиника); Ү (Д) – үйінде (на дому); ҮҚ (А) – үйінде карау (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) _____ 11. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)	АХЖ-10 коды (Код МКБ-10)	Түрі (Тип) 1,2,3*

*) 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)

Диагнозы	АХЖ-10 коды (Код МКБ- 10)	1-алынды (взят) 2-есепте состоит) 3-шығарылды (снят)	Есептен шығарылу себебі * (Причина снятия с учета *)	Келесі келу күні (Дата следующей явки)	Дәрігердің коды (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 – МӘС) 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 (КДО) 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) “ _____ ” _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі № 514
бұйрығына
29-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
бұйрығына
3-қосымша

Нысан

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 № 025-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 025-8/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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) _____

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-инфилтративтік түрі (отечно-инфилтративная 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 (Дәрігер коды	Күні (Қаралу* түрі	Дәрігер коды	Күні	Қаралу* түрі	Дәрігер коды	Күні	Қаралу* түрі	Дәрігер коды
-----------	-----------------	-----------	-----------------	-----------------	------	-----------------	-----------------	------	-----------------	-----------------

Дата)	Қаралу * түрі (Вид * посещения)	(Код врача)	Дата)	(Вид * посещения)	(Код врача)	()	Дата)	(Вид * посещения)	(Код врача)	()	Дата)	(Вид * посещения)	(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	
	Ультрадыбыстық диагностика Ультразвуковая диагностика	
	Рентгендиагностика	

	Кольпоскопия	
	Дәрігер-консультант Врач-консультант	
	Дәрігер-консультант Врач-консультант	
	Дәрігер-консультант Врач-консультант	
	Дәрігер-консультант Врач-консультант	
	Дәрігер-консультант Врач-консультант	
	Дәрігер-консультант Врач-консультант	
	Дәрігер-консультант Врач-консультант	
	Дәрігер-консультант Врач-консультант	

31. Қорытынды диагноз және/немесе мінез-құлықтық қауіп факторы (Заключительный диагноз и/или поведенческий фактор риска)	АХЖ -10 коды (Код МКБ-10)	Диагноз типі (Тип диагноза) (1,2,3*)	Дәрігер коды (Код врача)

*) Әрбір диагноз үшін (Для каждого из диагнозов): 1 – ушыққан ауру (острое заболевание); 2 – өмірде бірінші рет тіркелген созылмалы ауру немесе бірінші рет анықталған диагноз, мінез-құлықтық қауіп факторы (впервые в жизни зарегистрированный хронический или установленный впервые диагноз, поведенческий фактор риска); 3 – бұрыннан белгілі созылмалы ауру немесе мінез-құлықтық қауіп факторы (известное ранее хроническое заболевание или поведенческий фактор риска)

32. Диспансерлеу (Диспансеризация) динамикалық байқау (динамическое наблюдение)

Есепке алынған күн (Дата взятия на учет)	Аурудың диагнозы, қауіп факторы (Диагноз заболелания, фактор риска)	АХЖ -10 коды (Код МКБ -10)	1 - алынды (взят) 2 - тұр (состоит) 3 - шығарылды (снят)	Диспансерлік топ (Диспансерная группа) (1,2,3А, 3Б, 3В)	Келесі келу күні (Дата следующей явки)	Денсаулық жағдайы (Состояние здоровья) (*)	Сауықтыру өткізілген орын (Место проведения оздоров-ления) (**)	Есептен шығарылу себебі (Причина снятия с учета) (***)	Дәрігер коды (Код врача)

*) 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 – ҚДЕ 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) " _____ " _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі № 514
бұйрығына
30-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
бұйрығына
3-қосымша

7. Тұрғылықты орны (Место жительства): облыс (область) _____
_____, аудан (район) _____, кент, аул (поселок, село) _____
_____, көшесі (улица) _____

үй (дом) № _____ пәтер (квартира) № _____

8. Берілген тұрғылықты орнында қай жылдан бері тұрады _____

9. Отбасылық жағдайы (Семейное положение): 1- үйленбеген, тұрмыс құрмаған (никогда не состоял (-а) в браке); 2-үйленген, тұрмыс құрған (состоит в браке); 3-ажырасқан (разведен (-а)); 4-жесір (вдовец (вдова)).

10. Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение):

қызметші (служащий);

жұмысшы (рабочий);

ауыл шаруашылық қызметкері (работник сельского хозяйства);

зейнеткер (пенсионер);

учащийся (оқушы);

үй шаруасында (домохозяйка);

жеке еңбекпен айналысатын адам (лицо, занятое индивидуальным трудом);

дін қызметшісі (служитель культа);

жұмыссыз (безработный);

басқалар (иное).

11. Білімі (Образование): 1-білімі жоқ (без образования); 2-бастапқы (начальное); 3-орта білім (среднее); 4-орта арнаулы (среднее спец); 5-аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее); 6-жоғары (высшее).

12. Тұрғындар санаты (Категория населения): 1-жұмыс істеушілер (работающие); 2-жұмыссыздықпен тіркелгендер (зарегистрированные безработные); 3-жұмыссыздықпен тіркелмегендер (незарегистрированные безработные); 4-ұйымдастырылған балалар (организованные дети); 5-ұйымдастырылмаған балалар (неорганизованные дети); 6-18 жастан 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 – МФК) (кандидат медицинских наук – при наличии (далее - КМН); 2 - медицина ғылымдарының докторы - болған жағдайда (бұдан әрі – МФД) (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),

күсу (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 заболеланиями 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 – СК) (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

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):

Талдау нәтижесінің берілген күні (Дата выдачи результата анализа) _____ жылғы (года). Иммуноблотингтың нәтижесі (Результат иммуноблотинга) - 1 - теріс (отрицательный) 2 - оң (положительный).

=====

26. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) _____
10-ХАЖ коды (код по МКБ-10) _____

27. Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): / ____ / ____ / ____ (күні/айы/жылы (дд/мм/гггг)).

28. Есепке алынған күн (Дата взятия на учет): / ____ / ____ / ____ / (күні/айы/жылы (дд/мм/гггг)).

29. Есепке алу (Взят на учет): 1-бірінші қойылған диагнозымен (с диагнозом, установленным впервые); 2-бұрынғы қойылған диагнозымен (с ранее установленным диагнозом); 3-ведомстволық емдеу ұйымында есепте тұр (состоит на учете в ведомственной лечебной организации); 4. қайтыс болғаннан кейін (учтен посмертно).

30. Аурудың анықталу жағдайлары (Обстоятельства выявления заболевания): 1- өздігінен қаралған (обратился самостоятельно); 2-донорлық қан тапсырған кезде (при сдаче донорской крови); 3-алды налу қарау жүргізу кезінде (при проведении профосмотра); 4-басқа жағдайларда (при других обстоятельствах); 5-қайтыс болғаннан кейін (учтен посмертно).

31. Анамнезінде болуы (Наличие в анамнезе): вирустық гепатит (вирусного гепатита) 1-иә(да) 2-жоқ (нет); В гепатитіне қарсы вакцинация (вакцинации против гепатита В) 1-иә (да) 2-жоқ (нет); вакцинаны алған күндері (дата вакцинации) 1-сі (1-ая) _____ жыл (год); 2-сі (2-ая) _____ жыл (год); 3-сі (3-я) _____ жыл (год)

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

*) 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)

40. Эпидемияға қарсы іс-шаралар (Противоэпидемические мероприятия): айланыста 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 нужное) _____ 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).

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі № 514
бұйрығына
31-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
бұйрығына
3-қосымша

Нысан

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 № 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

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)

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

Туған күні (Дата рождения) _____

2. Мекен-жайы (Адрес) _____

—

Мекен-жайының коды

Код места жительства

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

республика, өлке, облыс

(республика, край, область)

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

қала, аудан (город, район)

3. Тұрғыны (житель): қаланың (города), ауылдың (села)

4. Жынысы (пол): ер (мужской), әйел (женский)

5. Жұмыс істеуі (работает): иә (да), жоқ (нет)

Жұмыс орны, лауазымы (Место работы, должность) _____

—

-
- Жұмыс істемейтіндер үшін (для не работающих):
- Жасы бойынша зейнетақы (пенсия по возрасту) - 2
- Мүгедектігі бойынша зейнетақы (пенсия по инвалидности) - 3
- Стипендия - 4
- Жеке адамдар қолында (на иждивении отдельных лиц) - 5
- Басқалар (прочее) - 6
6. Оқуы (Учится в):
- орта мектепте (средней школе) --1
- КТК (ПТК) --2
- орта арнаулы оқу орны (среднем специальном учебном заведении) --3
- жоғары оқу орнында (высшем учебном заведении) --4
- басқалар (прочее) --5
- оқымайды (не учится) --6
7. Білімі (образование):
- жоғары (высшее) --1
- аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее) --2
- арнаулы орта (среднее специальное))
- орта мектепте бітірген сыныбының саны
- ақыл-ойы кемдерге арналған мектеп саналмайды
- (число оконченных классов средней школы, --3
- исключая школу для умственно отсталых)
- ақыл-ойы кемдерге арналған мектеп --4
- (школа для умственно отсталых)
- басқа (прочее) --5
- оқымаған (не учился) --6
8. Кім жіберді (астын сызу керек) (кем направлен (подчеркнуть)):
- психиатриялық (психоневрологиялық) ұйым --1
- (психиатрическая (психоневрологическая) организация)
- наркологиялық ұйым (наркологическая организация); --2
- басқа медициналық ұйым (другая медицинская организация); --3
- медициналық емес ұйым (немедицинская организация); --4
- өзідігінен (самостоятельно); --5
- басқа (прочее); --6
- 8.1. Источник выявления заболевания:
- 8.1.1. Медицинская организация (указать)

*) 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)-1, 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)

ЕҚЖ түрі Вид НЯ*	Дәрінің атауы Наименование препарата**	Енгізудің тәсілі Способ введения	ЕҚЖ 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)

Код *)	Қойылған күні Д а т а установления		Алынған (қайта қаралған) күні Дата снятия (пересмотра)		Код *)	Қойылған күні Д а т а 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; камқорлық (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.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі № 514
бұйрығына
32-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
бұйрығына
3-қосымша

Нысан

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 № 030-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 030-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

-L2;

-L3;

-L4;

-L5;

-M0;

-M1;

-M2;

-M3;

-M4;

-M5;

-M6;

-M7

09.2 (С81-96) Қауіп тобы (Группа риска): 1 – стандартты (стандартная); 2 – жоғары (высокая);

09.3 Тиістілігі (Резистентность): 1-алғашқы (первичная), 2-екінші (вторичная);

09.4 Қосалқы аурулары (Сопутствующие заболевания) _____
_____ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)_____

_____ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)_____

_____ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)_____

_____ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)_____

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)	(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 дис в д 2-с ме в орг 3-С в Ка:

*) 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 + внутриволостное); 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 Е д . измерения	Қосынды доза Суммарная доза	Қабылдау басталған күн Дата начала приема	Препараттың атауы Наименование препарата	Қабылдау аяқталған күн Дата окончания приема	Өлшем бірлігі Е д . измерения	Қоси доза Сум 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).

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі № 514
бұйрығына
33-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
бұйрығына
3-қосымша

Нысан

A4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	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

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 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)

_____ 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 (неделя).

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) _____

Гемотрансфузия _____

— Аллергоанамез _____

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)

Паритет	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, босанудан кейінгі мерзімнің ерекшеліктері Особенности течения родов, после родового периода
		абортпен абортами		босанумен родами			
		жасанды искусственным (хир., медикамен)	өздігінен самопроизвольным , в том числе замершей	мерзімінен бұрын преждевременными	мерзімінде 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):**

Жамбас өлшемдері: (Размеры таза по показаниям(рост менее 150см и выше 170 см.травмы таза, врожденные пороки развития таза и конечностей): D. Sp. _____
D. cr. _____ D. troch _____ c. ext _____

C. diag _____ C. vera _____ Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование: высота дна матки) _____ см. Іш шеңбері (Окружность живота) по показаниям _____ см.

Ұрықтың орналасуы, позициясы, түрі (Положение плода, позиция, вид) _____

Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) _____
Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) _____
Жүктіліктің мерзімі (Срок беременности): Еттекір бойынша (По менструации) _____
УДЗ бойынша (ерте 16 аптаға дейін) (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: (жүктілік мерзімі) (Диагноз: (срок беременности)) _____

Болжамды босану мерзімі (Предполагаемый срок родов) _____

Ұсыныстар (Рекоменции): _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Күні (Дата) _____

Тәуекел факторлары (әрбір келу кезінде айқындалады) (Факторы риска (определяются при каждом посещении))

№	Қабылдау күні (Дата приема)	Тәуекел факторлары (Факторы риска)	Ескерту (қайда босануға божанады: МҰ атауы, босандырудың болжамды деңгейі) Примечание (где предполагается рожать: наименование МО, предполагаемый уровень родоразрешения)

Гравидограмма

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 (10-14нед)				
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 _____

Аллергоанамаз _____

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) _____

Солқылдау симптомы (Симптом поколачивания) _____

Басқа ағзалары (Другие органы) _____

Несепшығару (Мочеиспускание) _____ Нәжіс (Стул) _____

Диагноз _____

Ұсыныстар (Рекомендации) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Күні (Дата) _____

Терапевтің қайтадан тексеруі (Повторные осмотры терапевта) _____

Мамандардың консультациялары (Консультации специалистов) _____

Қосымша тексерулер
Дополнительные обследования

Босануға дайындау (Подготовка к родам)

Ана мектебі Школа подготовки к родам				
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))				
АҚК (АД) оң қолында (на правой руке)				
сол қолында (на левой руке)				
Іштегі баланың орналасуы				

(Положение плода)					
Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода)					
Тұрмыстық жағдайлар (Бытовые условия)					
Әлеуметтік саулық (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) _____ _____
АК	Тері (Кожные покровы) _____
АД	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) _____
	Диагноз: Жүктілік (Беременность) _____ апта (недель).
	1) Тексерулер (Обследования):
	2) Ұсыныстар (Рекомендации):

Босанудан кейінгі эпикриз

Послеродовый 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 асқынуы (Осложнения данной беременности) _____

Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход беременности: аборт, роды в срок, преждевременные)

_____ апта (недель). Босану күні (Дата родов) _____

Диагноз _____

Босану ершеліктері (Особенности родов) _____

Нәресте: тірі, салмағы (Ребенок: живой, пол _____, масса (вес) _____ грамм. Бойы (Рост) _____ сантиметров.

Босанудан кейінгі кезеңнің ағымы (Течение послеродового периода) _____

Флюорография _____

Контрацепция _____

Менгерушінің қолы (Подпись заведующего) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі № 514
бұйрығына
34-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
бұйрығына
3-қосымша

Нысан

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 № ТБ16/у нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ16/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

ДИСПАНСЕРЛІК КОНТИНГЕНТТІ БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДИСПАНСЕРНЫМ КОНТИНГЕНТОМ

<p>Жеке коды/ Индивидуальный код _____ _____</p> <p>Жеке куәлігінің нөмірі/туу туралы куәлігі __ _____</p> <p>(Номер удостоверения личности (свидетельства о рождении) 1. Контингент түрі/ Тип контингента</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>күдікті белсенді ТБ (ТБ сомнительной активности)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>белсенді ТБ (ТБ активный)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>белсенді емес ТБ (ТБ неактивный)</p>	<p>Сауықтырылуы/Оздоровление:</p> <p><input type="checkbox"/> _____ топ _____ (санаторная)</p> <p><input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ұ л т ы (
 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) _____

5. Бұл оқу топтарына кіретін балалардың санын жазатын жер. Бұл жердегі сандар тек қана оқу топтарының санын көрсетеді. Оқу топтарының санын жазатын жердегі сандар тек қана оқу топтарының санын көрсетеді.

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

**** 1
другое
Эпиде:

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі № 514
бұйрығына
35-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
бұйрығына
3-қосымша

Нысан

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 от "23" ноября 2010 года № 907

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 _____ сағат _____

(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 зерттеулер:
(лабораторные 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) _____

— Бастың көлемі (окружность головы) _____

Кеуде шеңбері (окружность грудной клетки) _____

Алмасу картасын жабыстыруға арналған орын
(место для приклеивания обменной карты)

Диспансерлік бақылау парағы

(лист диспансерного наблюдения)

Диагноздар Диагнозы	Тіркеуге алынған күні (дата взятия на учет)	Тіркеуден шыққан күні (дата выписки с учета)	Қосымша тіркеулер (дополнительные учеты)

**Баланың топтар бойынша қозғалысы
(движения ребенка по группам)**

Күні (дата)	Топ (группа)

**Емдеуде қолданылатын антибиотиктерді есепке алу
(учет антибиотиков, применяемых при лечении)**

Тағайындау күні (дата назначения)	Антибиотиктердің атауы (наименование антибиотиков)	Курстың ұзақтылығы (продолжительность курса)	Антибиотиктерді қабылдаудың кері әсері (реакция на применение антибиотиков)

**Емдеуге жатқызу туралы мәліметтер
(сведения о госпитализации)**

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

№	Жасы (возраст)	Стационардың атауы (наименование стационара)	Емдеуге жатқызу күні (дата госпитализации)	Емдеуге жатқызу күнінің саны (число дней госпитализации)	Жіберу кезіндегі диагноз (диагноз при направлении)	Қорытынды диагноз (заключительный диагноз)

**Рентгент 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 (возраст)	Массасы (масса)	Бойы (рост)	Басының шеңбері (окружность головы)	Кеудесінің шеңбері (окружность грудной клетки)	Тіс саны (количество 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 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.	

<p>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 °С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°С); 8. Дене қызуы <35,5 °С төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °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)</p>	<p>Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p>
<p>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); баскасы (другое) ...</p>	<p>Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез): Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p>
<p>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)</p> <p>Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица):</p> <p>_____</p> <p>(симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдіркабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)</p> <p>Тері (кожа): _____ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая)</p> <p>Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____ конъюнктивалар (конъюнктивы) _____</p> <p>_____</p> <p>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")</p> <p>Көзге көрінетіе туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки)</p> <p>_____</p> <p>Сүйек жүйесі (костная система) _____</p> <p>Бас пішіні (форма головы) _____ жігі (швы) _____</p> <p>Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ кіші еңбегі (малый родничок) _____</p> <p>Буынды бағалаңыз (оцените суставы):</p> <p>_____ (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)</p>	

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)
 Аскорыту 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 (мочепускание) _____ (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)):

	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) ___

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):

Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме?

(кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)

—
- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___

	<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 ақтандақтарды (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>Д а м у 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)</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>К ү т у 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"> 1. қатты үрей және аландау (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) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) 11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом) 12. секске қызықпау потеря интереса к сексу 13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности) 14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку) 	<p>Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии):</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 5. бала туралы ойлау (думать о ребенке) 6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходит на улицу и двигаться) 7. жақсы тамақтану (хорошо питаться) 8. өзіне күтім жасау (заботиться о себе)

	9. 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 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 режимі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны);

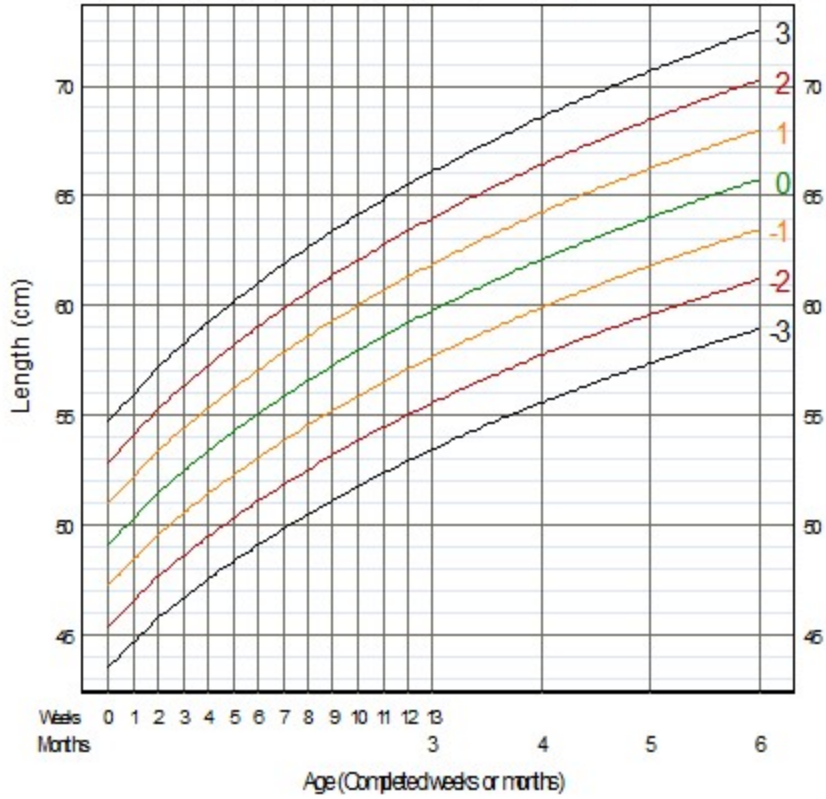
- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки));

- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации);

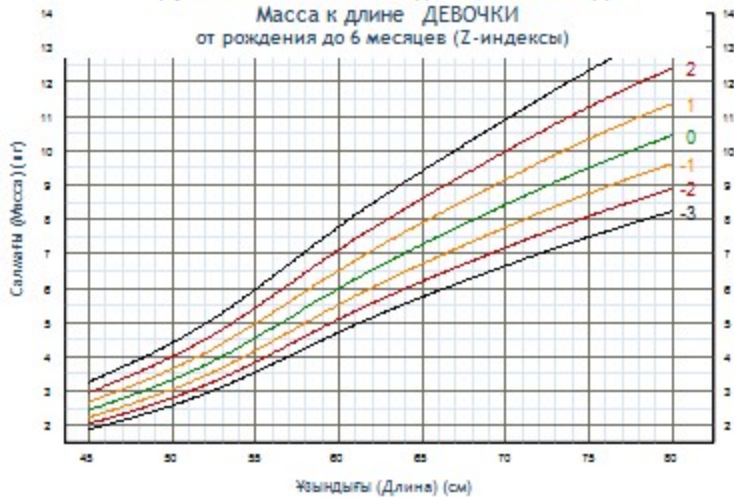
Дәрігер (врач):

Қыздың жасына қарай бойының
 ұзындығы
 (туғаннан бастап 6 айға дейін
 (Z-индекстер)
 Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
 от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)

Length-for-age GIRLS
 Birth to 6 months (z-scores)



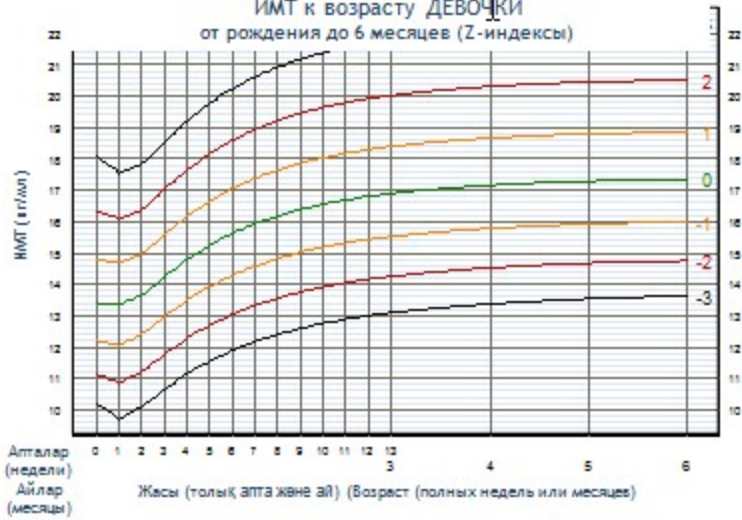
Қыздың бойының ұзындығына салмағы
(туғаннан бастап 6 айға дейін)(Z-индекстер)
Масса к длине ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)



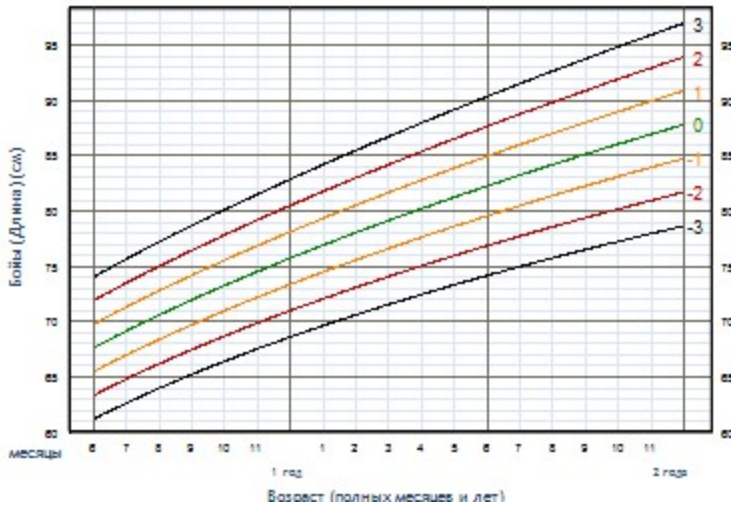
Қыздың жасына қарай дене салмағы
(туғаннан бастап 6 айға дейін)
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)



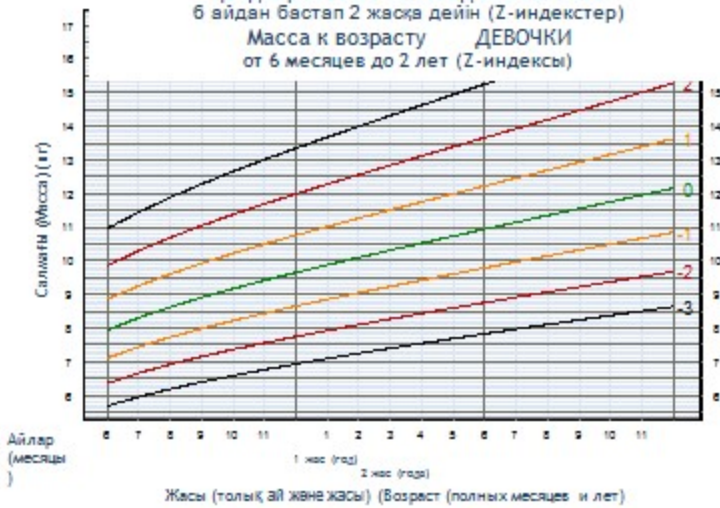
Қыздың жасына сәйкес ИМТ
туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-индекстер)
ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)



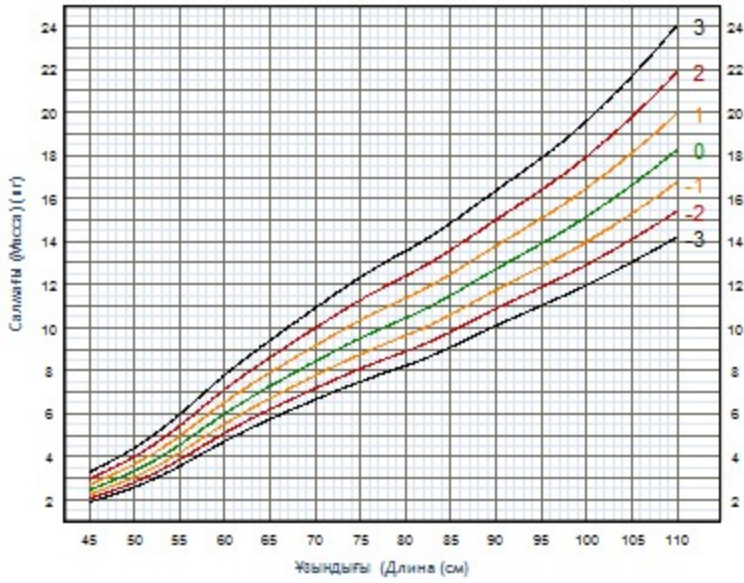
Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



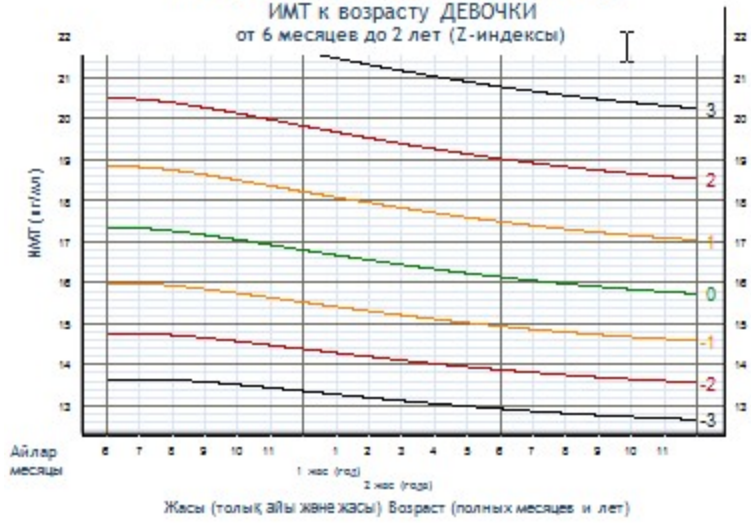
Қыздың жасына сәйкес дене салмағы
6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-индекстер)
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



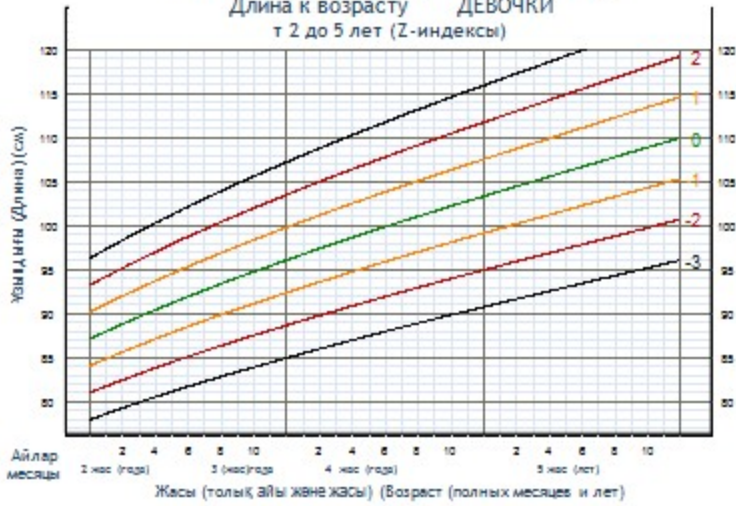
Қыздың жасына байланысты дене салмағы
(Масса к длине ДЕВОЧКИ)
от 6 месяцев до 2 лет (7 месяцев)



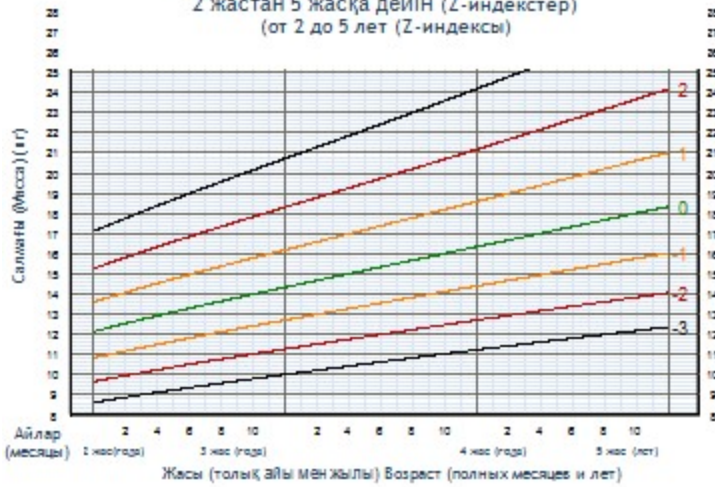
Қыздың жасына сәйкес ИМТ
6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-индекстер)
ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



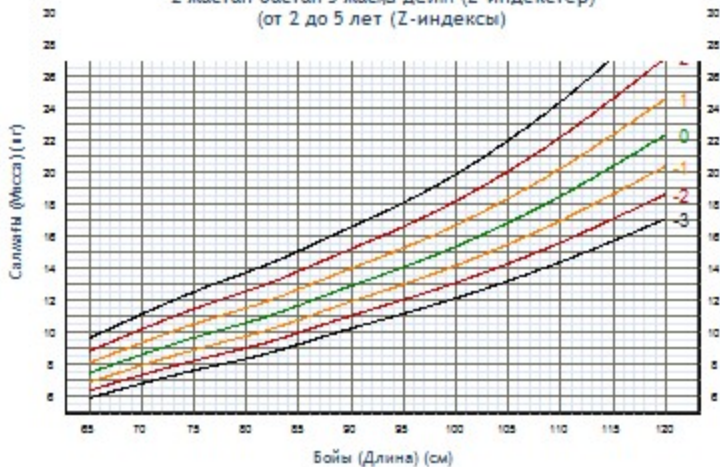
Қыздың жасына сәйкес бойының ұзындығы
2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-индекстер)
Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
т 2 до 5 лет (Z-индексы)



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)



	1 ревакцинация								
В вирустық гепатитке (Вирусного гепатита В)	Вакцинация	1							
		2							
		3							
Полиомиелитке (Полиомиелита)	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Күлге, көкжөтелге, сіреспеге (дифтерии, коклюша, столбняка)	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Гемофилиялық инфекцияға (гемофильной инфекции)	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Қызылшаға, паротитке, қызамыққа (кори, паротита, краснухи)	Вакцинация								
	Ревакцинация								
А вирустық гепатитке (Вирусного гепатита А)	Вакцинация								
Күлге, сіреспеге (дифтерии, столбняка)	1 ревакцинация								
	2 ревакцинация								
	3 ревакцинация								

Жоспардан тыс егу және қайтадан енгізілген екпелер (внеплановая вакцинация и вновь введенные вакцины)

Қарсы екпе (						Енгізу тәсілі (	Өндіруші мемлекет (	Реакция	

прививка против):	Вакцинация немесе (или) ревакцинация	мерзімі (дата)	Жасы (возраст)	Мөлшері (доза)	Сериясы (серия)	способ введения)	страна производитель)	Жергілікті (местная)	Жалпы (общая)

МАНТУ РЕАКЦИЯСЫ (РЕАКЦИЯ МАНТУ):

Манту реакциясы (реакция Манту):	Күні (дата)	Жасы (возраст)	Мөлшері (доза)	Туберкулин сериясы (Серия туберкулина)	Өндіруші мемлекет (страна-производитель)	Инfiltrат көлемі (размер инfiltrата)	Нәтиже (результат)	Фтизиатрдың қорытындысы (Заключение фтизиатра)

Қорытынды (нақтыланған) диагноздарды жазу парағы (лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов)

Шағымдану мерзімі (күні, айы, жылы) (дата (число, месяц, год) обращения)	Жасы (возраст)	Бірінші рет қойылған қорытынды (нақтыланған) диагноздарды "+" белгісімен белгілеу (+) заключительные (уточненные) диагнозы, впервые установленные, отметить знаком "+")	Дәрігердің қолы (тегін түсінікті етіп жазу) (подпись врача (фамилия разборчиво)	Емдеуге жатқызу туралы белгі (стационардың атауы, күні) "бастап - дейін" Отметка о госпитализации (название стационара, дата) "(с) (по)"

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

Нәрестені бірінші рет тексеріп-қарау (первичный осмотр новорожденного):

Нәрестені тексеріп-қарау міндеттері (задачи осмотра новорожденного):

1. Туғаннан кейін қалыпты бейімделуіне көз жеткізу (удостовериться в нормальной адаптации после рождения);

2. Қатерлі белгілердің болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)

3. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие);

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):	
<p>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 °С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°С); 8. Дене қызуы <35,5 °С төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °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)</p>	Иә (да) ____ Жок (нет) ____
<p>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); баскасы (другое)</p>	Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез): Иә (да) _____ Жок (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 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 (ГЖ) (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)

Аскорыту 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)

ТАМАҚТАНДЫРУ
ПРОБЛЕМАЛАРЫ

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	(ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
<p>- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жок (Нет) _____</p> <p>- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (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) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (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? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):</p> <p>- Иегі емшекке тиеді ме? (</p>

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):

Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізді ме?

(кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)

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

	<p>сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы емеді (сосет эффективно) - Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) ізденіз (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>Д а м у 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 _____ (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>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>Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии): 10. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности) 11. отбасы мүшелеріне</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"> 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) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) 11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом) 12. секске қызықпау потеря интереса к сексу 13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадёжности) 14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку) 	<p>әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней)</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания) 13. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку) 14. бала туралы ойлау (думать о ребенке) 15. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться) 16. жақсы тамақтану (хорошо питаться) 17. өзіне күтім жасау (заботиться о себе) 18. күнделік жүргізу (вести дневник) <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 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 °С 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)	Иә (да) _____ Жок (нет) _____
Тері (кожа): Кіндік (Пуповина) _____	
Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) конъюнктивалар (конъюнктивы) _____	

<p>Үлкен еңбегі (большой родничок)</p> <p>_____</p> <p>Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____</p> <p>Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____</p> <p>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) _____;</p> <p>Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____</p> <p>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) _____ Жок (Нет) _____</p> <p>- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (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) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (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) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Тольқ 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 ақтандақтарды (уылу) ізденіз (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>Д а м у 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): физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>		<p>Иә (да) Жок (нет)</p>
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіп белгілері (тревожные признаки, требующие специализированной помощи): 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) Жок (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. Психосоциалдық 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) _____ 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) _____ Аскорыту 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) _____ Жок (Нет) _____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (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) _ Жок (нет) _ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (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) ___ Жок (нет) ___</p> <p>- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жок (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)?</p> <p>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 АҚДС 1 + hib 1</p> <p>В гепатиті 2 ОПВ-1 АҚДС 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>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Ә=</p> <p>ДАМУ МАҚСАТЫНДА КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ)</p> <p>- Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)</p>	<p>Қалмаған (Не отстает)</p> <p>_____</p> <p>эпикриздік мерзімге қалып қойған</p> <p>Отстает на _____</p> <p>_____ эпикризный срок</p> <p>ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ)</p>	

<p>- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p>	<p>УХОДА для РАЗВИТИЯ)</p>
<p>КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):</p> <p>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)</p> <p>2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям)</p> <p>3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности):</p> <p>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 °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 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 ()</p> <p>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"> - 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 равновесия при ходьбе) - 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) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит) 	<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</p>

	помощи (психолог, логопед и т.д)
<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>	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
- Жасына сәйкес психоэлеуметтік 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 жаракат 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) _____ Конъюктивалар (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) _____ Аскорыту 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)):	
	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>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):</p> <p>Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</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) ___ Жок (нет) ___</p> <p>- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Тольк 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)?</p> <p>Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно)</p> <p>Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (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 1- 0 В гепатиті БЦЖ АҚДС 1 + hib 1</p> <p>2 В гепатиті ОПВ-1 АҚДС 2 + hib 2</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>ПСИХОҚОЗҒАЛЫС ДАМУЫ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ):</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Ә=</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>Қалмаған (Не отстает)</p> <p>_____</p> <p>эпикриздік мерзімге қалып қойған</p> <p>Отстает на _____</p> <p>_____ эпикризный срок</p> <p>ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)</p>
<p>КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):</p> <p>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)</p>		

<p>2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям)</p> <p>3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности):</p> <p>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 <35,5 °С төмен және жылытқанға карамастан 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)</p>	<p>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"> - 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 равновесия при ходьбе) - 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) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит). 	<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</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>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>ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):</p>	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Жасына сәйкес психоэлеуметтік 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 _____ _____	ДИАГНОЗ: /ДИАГНОЗ:
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 _____	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
Несеп шығару/Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	

- Тамактандыруда кыйндыктар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жок/Нет _____
- Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жок/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 _____ Жок/Нет _____
- Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жок/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 тамактандыруда қандай да бір кыйндық болса (емшекпен емізумен байланысты кыйндықтар; 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 ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем</p> <p>Толық салынбаған/ Приложен плохо</p> <p>Жақсы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>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/ Жаксы сорады</p> <p>- Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ АҚДС 1+ hib 1</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3</p> <p>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>Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____</p> <p>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 _____</p> <p>ұзақтығы/длительность _____</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Ә=</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>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> <p>Дамуы _____эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> <p>ДАМУ ТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- 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</p>	

<p>баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>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"> - 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>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>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 психоэлеуметтік 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 режімі) (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 жаракат 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

Конъюнктивалары /конъюнктивы

Үлкен еңбек / Большой родничок _____

<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 _____ _____;</p> <p>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>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</p>	<p>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</p>
<p>- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? ___рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>- Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жок/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):</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>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ</p>	<p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз . Емшек еміуін 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 _____ Жок/Нет _____</p>

<p>БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме? Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жок/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 Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады</p> <p>Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ЕГЛУІН 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 Перифириялық 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= Ә=</p>		<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p>

<p>ДАМЫТУ 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>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- 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</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>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок 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>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 психоэлеуметтік 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, екеге 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

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:

ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІНІҢ 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 _____ Жок/Нет _____

- Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жок/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 _____ Жок/Нет _____

- Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жок/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

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):

<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 ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жок/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 Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады</p> <p>Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ЕГЛУІН 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 Перифириялық 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= Ә= 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>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ 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.</p>	<p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог</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>- Табетінің жоктығы/Плохой аппетит.</p>	<p>, 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>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 психоэлеуметтік 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 жаракат 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:
ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІНІҢ 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 _____ Жок/Нет _____ - Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жок/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 _____ Жок/Нет _____

- Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жок/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

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):

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 _____ Жок/Нет _____

- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да _____ Жок/Нет _____

- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да _____ Жок/Нет _____

- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да _____ Жок/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)?

**ЕМШЕКПЕН
ЕМІЗУДІ
БАҒАЛАҢЫЗ:/
ОЦЕНИТЕ
КОРМЛЕНИЕ
ГРУДЬЮ:
Нәресте соңғы
бір сағат ішінде
емшек емді ме?
Кормился ли
младенец
грудью в
течение
последнего часа?**

<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>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/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 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм Перифириялық 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= Ә= 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>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ 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</p>	<p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</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>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>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок 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>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</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.
- 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 _____	

<p>_____ ; 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>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>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/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>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 _____</p>	

<p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:</p> <p>- Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/ Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/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 _____</p> <p>мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____</p> <p>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 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> <ul style="list-style-type: none"> - Аяқ-кол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (кұлағының 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>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:	
<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>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) _____;</p> <p>Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____;</p> <p>Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____</p> <p>_____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМЫТУ 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>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p>	<p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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? _____ — 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</p>	

<p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/___ бутылочкой ___ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ЕГЛУІН 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 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-кол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (кұлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или</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>

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	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 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 9 айлық баланы тексеріп-қарауы
 Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 200__ /Дата осмотра ___ \ _____ 200__ 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:
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?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жок/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 _____ Жок/Нет _____

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет _____ раз

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/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 _____ Жок/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 неделе ребенок ел:

- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____

- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ___/___ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ЕГЛУІН 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

<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 _____ 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-кол 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 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 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:

<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>Конъюнктивалары /конъюнктивы</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 _____</p> <p>_____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____</p> <p>_____ ;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____</p> <p>_____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМЫТУ 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>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ</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>Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ 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>—</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____</p> <p>Жок/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 _____ Жок/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 _____ Жок/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 _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____ / _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ЕГЛУІН 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

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

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____
Күні/Дата _____

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

<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>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-кол 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 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 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 _____	

<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 /Мочевыделение _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ 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>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До= Др= Ра= Рп= Н= Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/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>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/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 _____ Жок/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 _____ Жок/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>	

- 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 _____

**ЕГЛУІН 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,

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
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-кол 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 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 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 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	
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 _____	

<p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:</p>
<p>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>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/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>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/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 _____ Жок/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:</p>	

- Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____
 Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____

- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____
 қанша күн ____ /сколько дней ____

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/
 Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/
 Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/
 Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/
 Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____
 шыныаяк және қасық ___/___ бутылочкой ___ чашкой и
 ложкой ____

**ЕГЛУІН 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 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

Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ
 ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ,
 требующие специализированной помощи

МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ

<ul style="list-style-type: none"> - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи 	<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/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-элеуметтік 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 Конъюнктивалары /конъюнктивы 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 _____	
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?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До= Др= Ра= Рп= Н= Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/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 ____ Жок/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 _____ Жок/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 ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____</p>	

<p>шыныаяқ және қасық ___/___ бутылочкой ___ чашкой и ложкой ___</p>	
<p>ЕГЛУІН 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 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 жасмайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</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

- 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-элеуметтік 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 _____

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 _____

ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?

ДАМУЫҮ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ
ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Ә=

Дамуында тежелу жок/Не отстает

Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее

тежелген/Отстает на _____

эпикриз-ный 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 _____

Жок/Нет _____

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/ _____ раз

<p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/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 ____ Жок/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 ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/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 + қызылша/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</p>	

<p>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 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/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 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-элеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

<p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____</p>	
<p>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>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕСІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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 Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Емізсеніз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/ _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/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 _____ Жок/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:</p>	

<p>- Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяк және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ЕГЛУІН 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 + қызамык/краснуха + паротит/паротит 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>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>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи 	<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 2 жастағы баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 2 лет врачом

Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 200__ /Дата осмотра ___ \ _____ 200__ 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:
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?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жок/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 ____ Жок/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 ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____

- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____

ЕГЛУІН 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

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

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____

Күні/Дата _____

<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:</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:

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 _____	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
<p>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА</p> <p>Терісі: /Кожа:</p> <p>Перифириялық 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>_____</p> <p>Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____</p> <p>_____</p> <p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>_____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ;</p> <p>Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____</p> <p>_____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____</p> <p>_____ ;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____</p> <p>_____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМЫТУ 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>ДАМЫТУ 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>Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p>

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 емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью?
Иә/Да ____ Жок/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 ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/ ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____

ЕГЛУІН 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 + қызылша/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:

<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: 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

- 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 _____	
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) _____ ;	

<p>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>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>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____эпикризді мерзімгее тежелген/Отстает на _____эпикризны 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? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание 1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</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 _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p>	

<p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/ Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/ Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/ Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ЕГЛУІН 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 АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация</p> <p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____</p> <p>мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____</p> <p>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, 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>- 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>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог</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>, 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 _____

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

Издениз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/
ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ

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

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:

<p>- Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма? /Есть ли у младенца судороги?</p>	<p>- 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 ірінді шығындылар бар ма?/ Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің ірінді 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 Нәжісінде 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 секундқа 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> <p>- Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жоқ/Нет__</p> <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/ Если Да, сколько раз за 24 часа? ____</p> <p>- Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жоқ/Нет__</p> <p>—</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>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту:</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:</p> <p>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</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 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>НӘРЕСТЕҢІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 _____</p> <p>БЦЖ _____ Гепатит В2 _____</p> <p>_____ АҚДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1</p>	<p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____</p> <p>Күні/Дата _____</p>

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

Ізденіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ
ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ
БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ

ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/
ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ:

<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>- Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____</p> <p>- Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____</p> <p>- Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение рудной клетки</p> <p>- Аксилярлық температурасын өлшеңіз\ 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 _____</p> <p>ДА _____ НЕТ _____</p>	
<p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ:</p> <p>- Қашаннан бері? ___күн/Как долго? ___дней</p> <p>- Нәжісінде 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>	

	Ақырын (2 секундқы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?	
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?		
Тексеріңіз/Проверьте: ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		
<p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:</p> <p>- Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа? ____</p> <p>- Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/ Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да __ Жок/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>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: 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:</p> <p>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 __ Жок/Нет __</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жаксы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жаксы 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 Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
НӨРЕСТЕҢІҢ 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 _____		Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей 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

<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 қозғалысыз 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>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:</p>		

<p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если Да, СПРОСИТЕ:</p> <p>- Қашаннан бері?__күн/ Как долго?__дней</p> <p>- Нәжісінде қан бар ма?/ Есть ли кровь в стуле?</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> <p>- Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жок/Нет__</p> <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?__</p> <p>- Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/ Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жок/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>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий____ Төмен Не низкий емес____</p> <p>- 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 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 __ __ Жок/Нет __</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/ Да __ Жок/Нет __</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>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жок/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта - Иә/Да ___ Жок/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>НӘРЕСТЕҢІҢ ЕГЛУІН 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 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

<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:</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>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</p>	
<p>Баланың <u>іші өтеді ме?</u> Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка <u>диарея?</u> 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 Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Көздері шүңірейген Ашкарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, эзер ішеді Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.), Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 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</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 ___ Жоқ ___</p> <p>Есть ли у ребенка боли в <u>ухе</u>? 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 <u>тамағы</u> ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Есть ли у ребенка боли в <u>горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___</p> <p>Тамағында ақ өңез бар ма. Жакасты 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><u>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия</u></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><u>Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса):</u></p> <p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):</p> <p>Емшекті еме ме иә ___ жоқ ___ емсе, тәулігіне қанша рет ___ Түнде тамақтандырасыз ба. Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Ішсе немесе жесе, қандай тамақты және сұйықтықты _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да, то сколько раз за сутки ___ Кормите ли ночью. Да ___ Нет ___</p> <p>Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Тамақтану мәселелері/ Проблемы питания</p>
<p>Күніне қанша рет _____ Емізу кезінде нені пайдаланады _____ Бір тамақтану өлшемінің көлемі _____ Белсенді емізу Иә ___ Жоқ ___ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә ___ Жоқ ___ Өзгерсе, қалай _____</p> <p>Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____</p> <p>Объем одной порции _____ Активное кормление Да ___ Нет ___ Изменилось ли кормление во время болезни</p> <p>Да ___ Нет ___ Если да, то как _____</p>	
<p><u>Басқа мәселелерді тексеріңіз:</u> тері жабыны: <u>сарғыш; Бөртпе:</u> геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа _____ орналасу жері _____</p> <p>_____ қышитын қышымайтын;</p> <p>Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные;</p> <p>Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____</p> <p>_____ локализация _____</p> <p>Зудящая Не зудящая;</p> <p>Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы _____</p> <p>_____</p>	

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, 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><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?</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>Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Да ___ Нет ___</p>
<p>Бала <u>жетеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба?</u> Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание?</u> Да ___ Нет ___</p> <p>Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны ___ Жиі демалу</p> <p>Как долго? _____ Число дыханий в минуту ___ Учащенное дыхание</p> <p>Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидтық 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 <u>іші өтеді ме?</u> Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Есть ли у ребенка <u>диарея?</u> Да ___ Нет ___</p> <p>Қашаннан бері ___ Нәжісінде қан бар ма _____</p> <p>Как долго ___ Есть ли кровь в стуле _____</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 (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.),</p> <p>Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),</p>	
<p>Баланың <u>температурасы</u> бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары)</p> <p>Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Есть ли у ребенка <u>температура?</u> (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 ірінді 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 _____ Жоқ _____</p> <p>Есть ли у ребенка боли <u>в ухе</u>? Да _____ Нет _____</p> <p>Құлағынан ірінді 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 _____ Жоқ _____</p> <p>Есть ли у ребенка боли <u>в горле</u>? 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><u>Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз</u></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><u>Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса):</u></p> <p>Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар):</p> <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 немесе жесе, қандай тамақты және сұйықтықты _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</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>_____</p> <p>Күніне қанша рет _____ Емізу кезінде нені пайдаланады _____ Бір тамақтану өлшемінің көлемі _____ Белсенді емізу Иә _____ Жоқ _____ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә _____ Жоқ _____ Өзгерсе, қалай _____</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>Тамақтану мәселелері/ Проблемы питания</p>

Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа _____
орналасу жері _____
_____ қыштын қышымайтын;
Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушны; 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, ірінді бөлінетін,
ақ қабық: инъекцияланған, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____

Где _____ Конъюнктивит: гиперемияланған, гнойное отделяемое, Склеры
: инъекцияланған, желтушны. Носовое дыхание затруднено, выделения _____

Аускультативті: бронхит, 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 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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
36-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
3-қосымша

Нысан

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 № 026-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы	Медицинская документация Форма 026-2/у

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 зерттеулер:
(лабораторные 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 (д а т а заболевания)	Созылмалы аурулар (хронические заболевания)	Ауырған күні (д а т а 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) _____

Емдеуде қолданылатын антибиотиктерді есепке алу
(учет антибиотиков, применяемых при лечении)

Тағайындау күні (дата назначения)	Антибиотиктердің атауы (наименование антибиотиков)	Курстың ұзақтылығы (продолжительность курса)	Антибиотиктерді қабылдаудың кері әсері (реакция на применение антибиотиков)

Емдеуге жатқызу туралы мәліметтер
(сведения о госпитализации)

№	Жасы (возраст)	Стационардың атауы (наименование стационара)	Емдеуге жатқызу күні (дата госпитализации)	Емдеуге жатқызу күнінің саны (число дней госпитализации)	Жіберу кезіндегі диагноз (диагноз при направлении)	Қорытынды диагноз (заключительный диагноз)

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")	УКС УФО		
				Күні (дата)	Арасы (расстояние)	Ұзақтығы (длительность)

Антропометриялық деректер
(антропометрические данные)

Күні (дата)	Жасы (возраст)	Массасы (масса)	Бойы (рост)	Басының шеңбері (окружность головы)	Кеудесінің шеңбері (окружность грудной клетки)	Тіс саны (кол-во 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

<p>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 38⁰С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38⁰С); 8. Дене қызуы <35,5⁰С төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5⁰С 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)</p>	<p>Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p>
<p>СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (газовое 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); баскасы (другое)...</p>	<p>Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез): Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p>
<p>Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлектің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса);</p> <p>Рефлексстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; Автоматтандырылған жүру (автоматической походки)</p> <p>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)</p> <p>Тері (кожа): _____ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая)</p> <p>Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____ конъюнктивалар (конъюнктивы) _____</p> <p>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")</p> <p>Көзге көрінетіе туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки) _____</p> <hr/> <p>Сүйек жүйесі (костная система) _____</p> <p>Бас пішіні (форма головы) _____ жігі (швы) _____</p> <p>Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ кіші еңбегі (малый родничок) _____</p> <hr/> <p>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)</p> <p>Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____</p> <p>Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)</p>	

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)

Аскорыту 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>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего</p>

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):

Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)

ч а с а ,
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

	<p>салынбаған (приложен плохо) Жаксы салынған (приложен хорошо)</p> <p>- Нәресте жаксы емеді ме ? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы емеді (сосет эффективно)</p> <p>- Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (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>Д а м у 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 кроватки, предметов ухода, одежда ребенка)</p> <p>Жайдың гигиенасы (гигиена помещения _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22 °C төмен емес жай) (</p>		

<p>регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 °С) Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____</p>	<p>К ү т у 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"> 1. қатты үрей және аландау (глубокая тревожность и беспокойство) 2. терен 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) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) 11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом) 12. секске қызықпау потеря интереса к сексу 13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадёжности) 14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку) 	<p>Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии):</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 5. бала туралы ойлау (думать о ребенке) 6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться) 7. жақсы тамақтану (хорошо питаться) 8. өзіне күтім жасау (заботиться о себе) 9. күнделік жүргізу (вести дневник) <p>егер осы іс-шаралар</p>

	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 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, жарاقات 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).

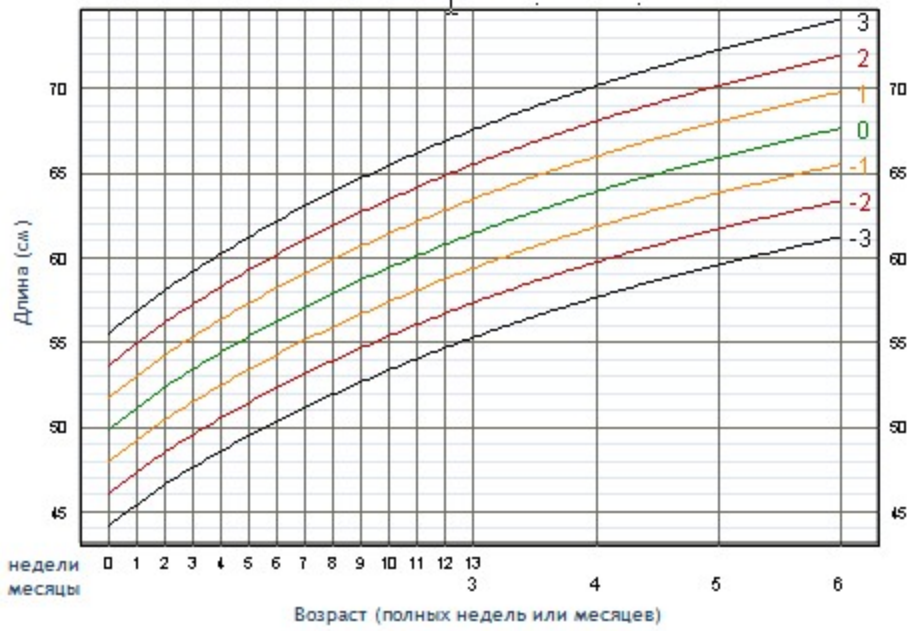
- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки)).

- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации).

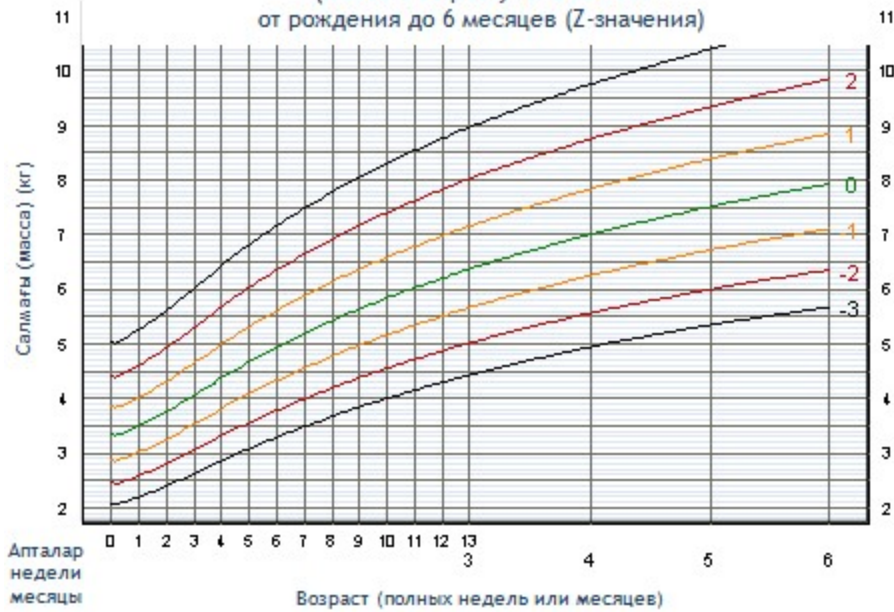
Дәрігер (врач):

Ұлдың жасына қарай бойының ұзындығы
(туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңызы)

Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-значения)

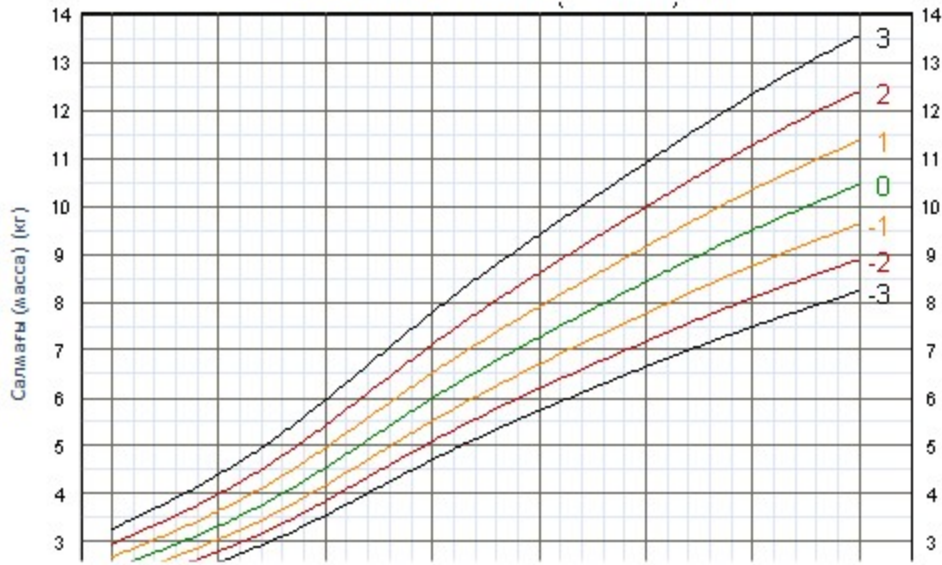


Ұлдың жасына қарай дене салмағы
Туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңыздары)
(Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-значения)

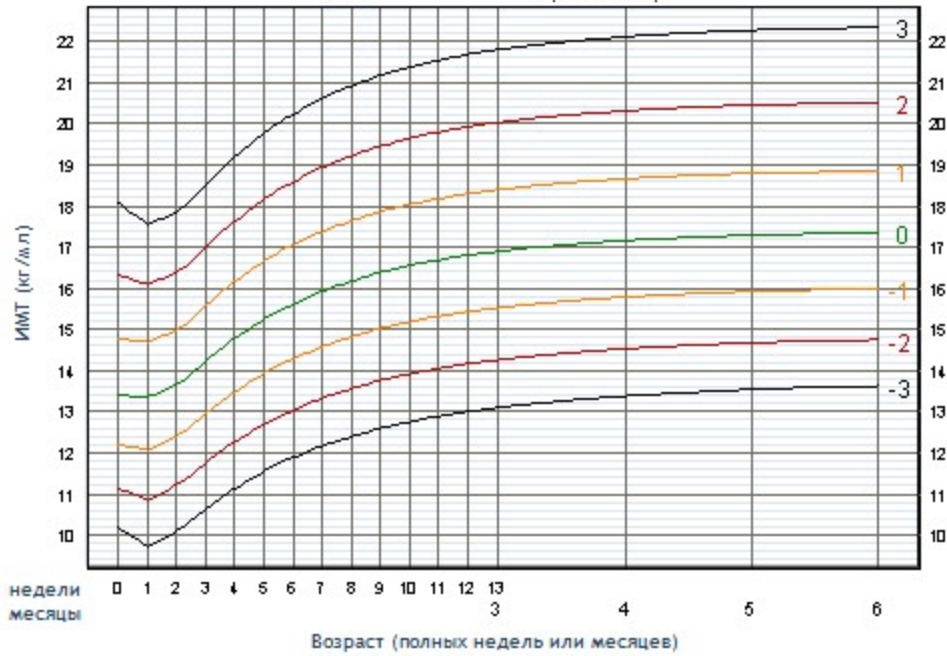


Ұлдың бойының ұзындығына салмағы
туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңыздары)

Масса к длине МАЛЬЧИКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-значения)

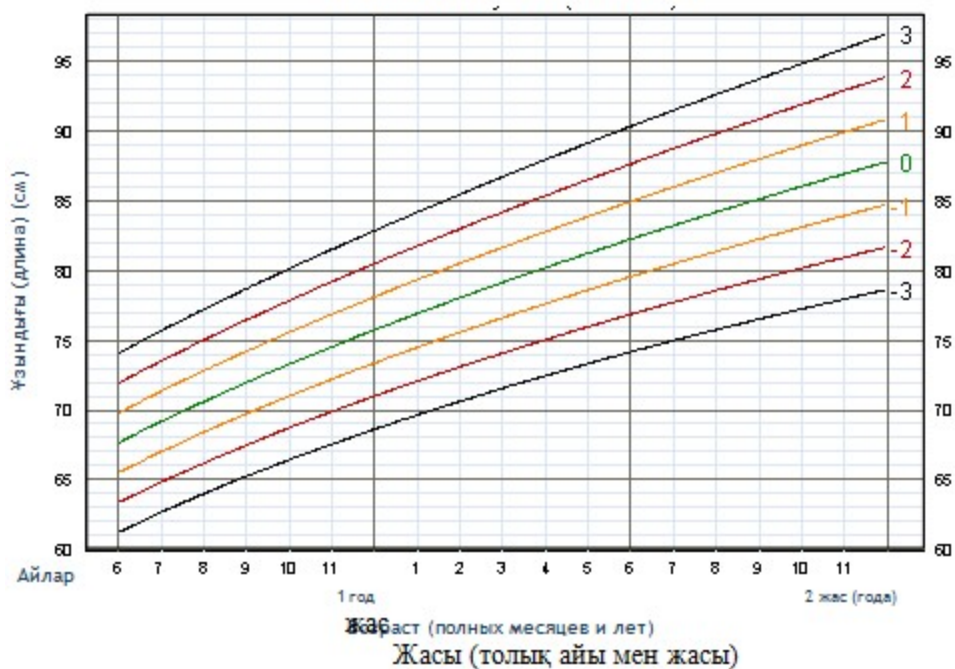


Ұлдың жасына қарай ИМТ
туғаннан бастап 6 айға дейін

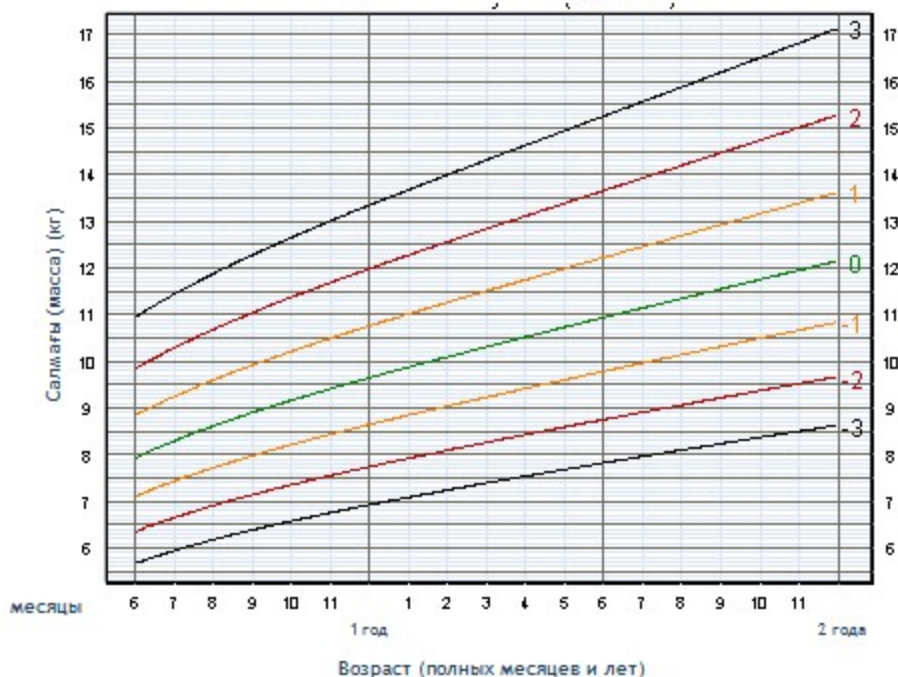


Қыз баланың жасына сәйкес бойының ұзындығы
6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздары)

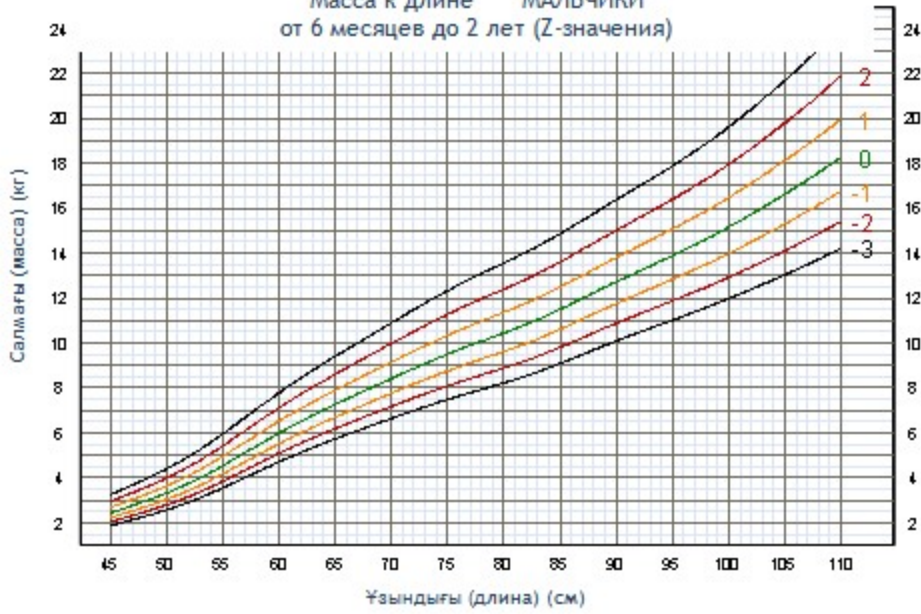
Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)



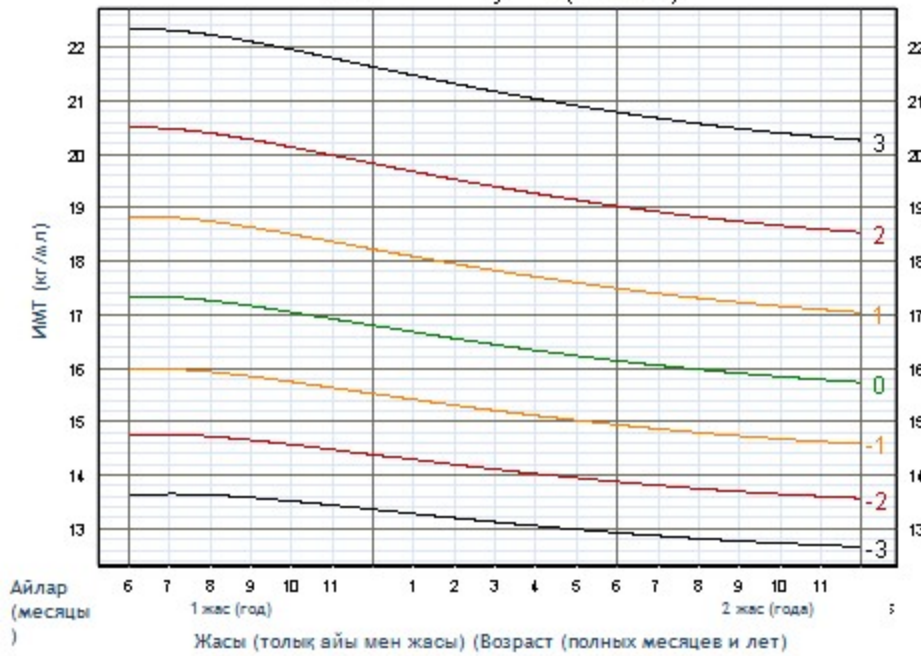
Ұлдың жасына сәйкес дене салмағы
6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздар)



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)

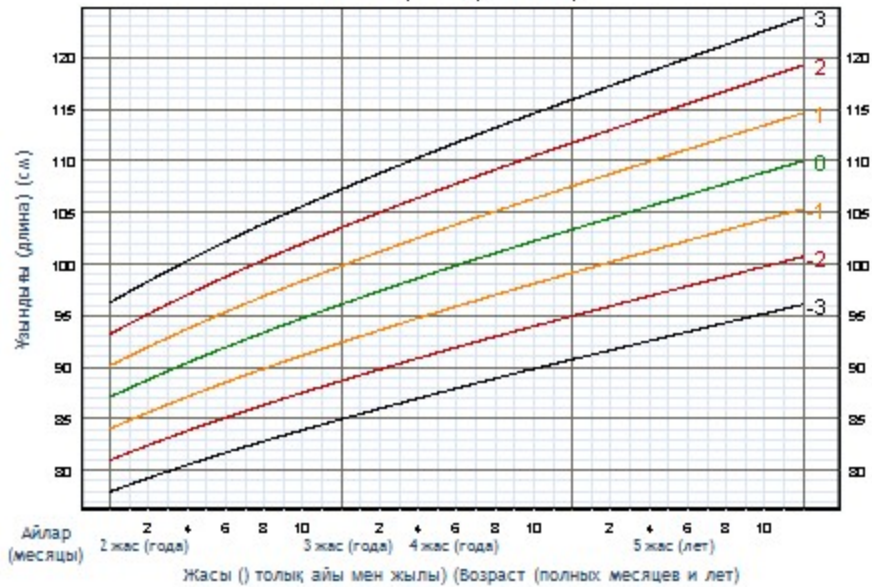


Ұл баланың жасына сәйкес ИМТ
 6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздар)

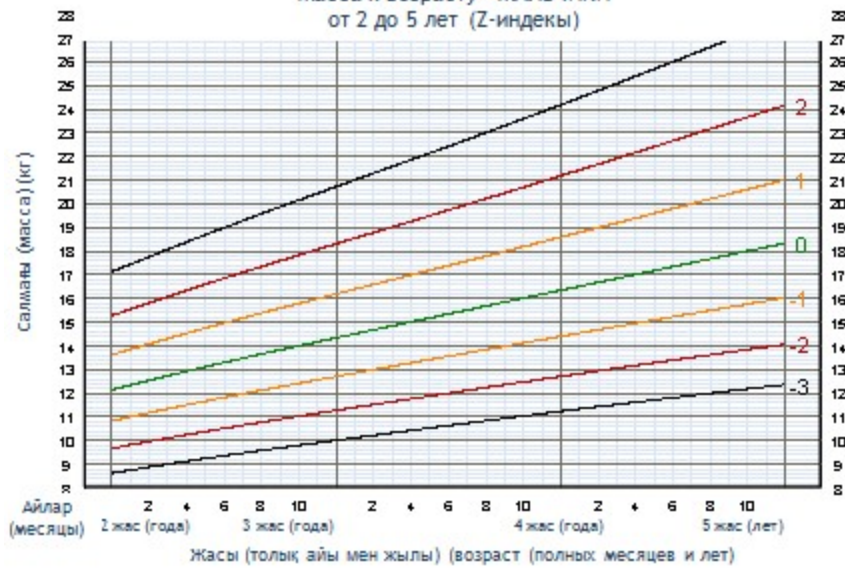


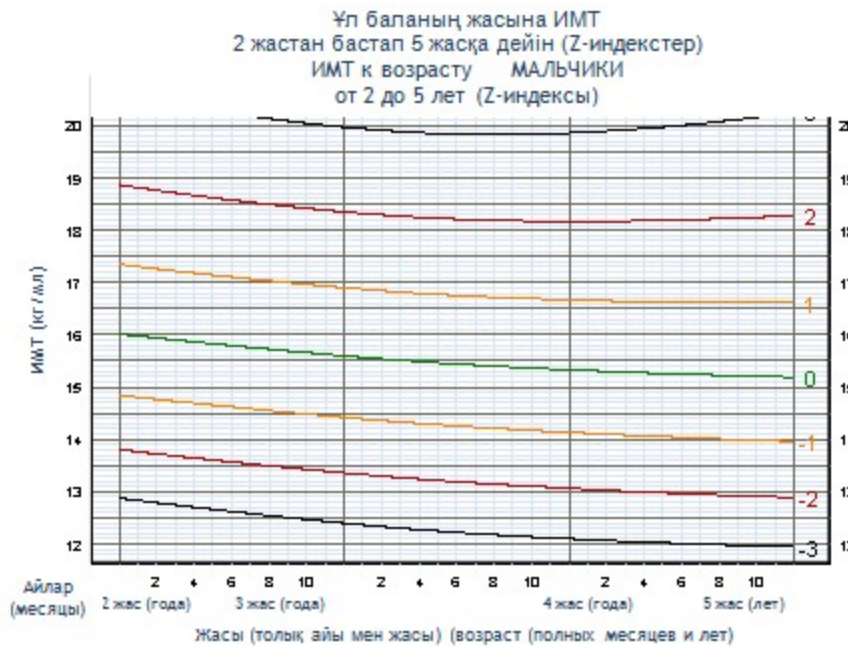
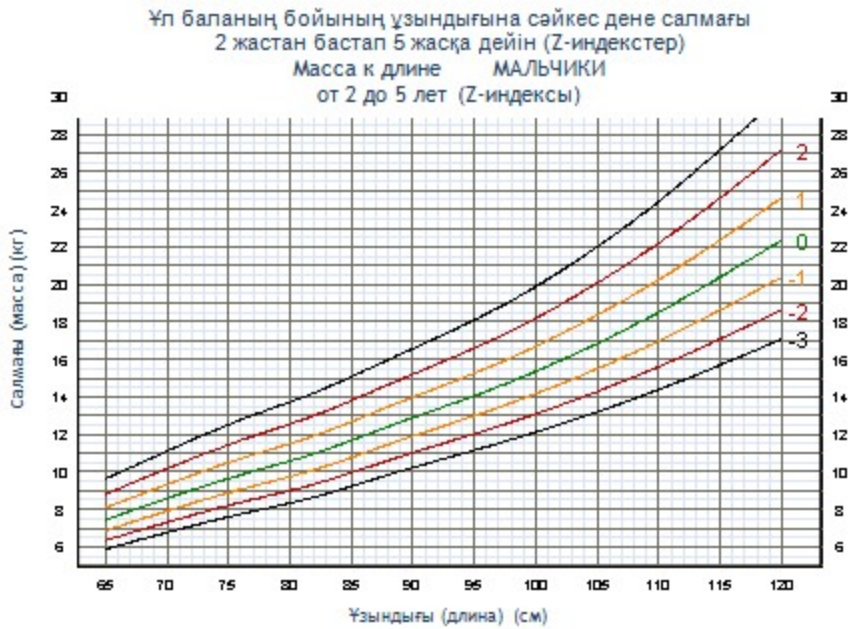
Ұл баланың жасына бойының ұзындығы
2 жастан бастап 7 жасқа дейін (Z-маңыздары)

Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ
от 2 до 5 лет (Z-значения)



Ұл баланың жасына дене салмағы
2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-индекстер)
Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ
от 2 до 5 лет (Z-индексы)





Профилактикалық екпелерді есепке алу картасы
(карта учета профилактических прививок)
Жоспарлы вакцинация
(плановая вакцинация)

	Вакцинация немесе ревакцинация және неше рет егілді (Вакцинация и л и				Енгізу тәсілі		Өніруші мемлекет	Реакция	Ж
		Жасы						Жергілікті (местная)	

(Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов)

Шағымдану мерзімі (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) обращения	Жасы (возраст)	Бірінші рет қойылған қорытынды (нақтыланған) диагноздарды "+" белгісімен белгілеу Заключительные (уточненные) диагнозы, впервые установленные, отметить знаком "+"	Дәрігердің қолы (тегін толық жазу) + (подпись) - врача (фамилия разборчиво)	Емдеуге жатқызу туралы белгі (стационардың атауы, күні) "бастап - дейін" (отметка о госпитализации (название стационара, дата) " (с) (по)"

Нәрестені бірінші рет тексеріп-қарау (первичный осмотр новорожденного):

Нәрестені тексеріп-қарау міндеттері (задачи осмотра новорожденного):

1. Туғаннан кейін қалыпты бейімделуіне көз жеткізу (удостовериться в нормальной адаптации после рождения)
2. Қатерлі белгілердің болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)
3. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие)
4. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру (проверить, нет ли врожденных пороков развития)

<p>Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): _____. Дене қызуы (температура) _____</p> <p>Туғандағы (при рождении): Салмағы (вес): ____ кг Бойы (рост) ____ см ИМТ ____ Басының шеңбері (окружность головы) ____ см</p> <p>Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):</p>

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°C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы $<35,5^{\circ}\text{C}$ төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее $<35,5^{\circ}\text{C}$ 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 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)

Иә (да) _____ Жок (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 құрыскақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); баскасы (другое)

Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез):
Иә (да) _____
Жок (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) _____ Жок (Нет) _____

- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (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) _____ Жок (нет) _____

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (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? (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

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):

Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)

	<p>сннзу рта) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>Емшекке салынбаған (не приложен совсем)</p> <p>Толык салынбаған (приложен плохо)</p> <p>Жаксы салынған (приложен хорошо)</p> <p>- Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Мүлдем ембейді (не сосет совсем)</p> <p>Жаксы ембейді (сосет неэффективно)</p> <p>Жаксы емеді (сосет эффективно)</p> <p>- Аузында ойык жара немесе ақтандақтарды (уылу) ізденіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) • Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?) 		<p>Д а м у проблемалары (проблемы развития)</p>
<p>Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца):</p>		<p>Келесі екпеге келу күні (визит для следующей</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>прививки) _____</p> <p>_____</p> <p>Мерзімі (дата) _____</p> <p>_____</p>
<p>Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка)</p> <p>Жайдың гигиенасы (гигиена помещения _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22⁰С төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22⁰С)</p> <p>Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____</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"> 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) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) 11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом) 12. секске қызықпау (потеря интереса к сексу) 13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности) 14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку) 	<p>Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии):</p> <p>10. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности)</p> <p>11. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней)</p> <p>12. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания)</p> <p>13. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку)</p> <p>14. бала туралы ойлау (думать о ребенке)</p> <p>15. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться)</p>

	<p>16. жақсы тамақтану (хорошо питаться)</p> <p>17. өзіне күтім жасау (заботиться о себе)</p> <p>18. 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>
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-құлқы 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 ⁰ С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38 ⁰ С); 8. Дене қызуы <35,5 ⁰ С төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 ⁰ 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)	Иә (да) _____ Жок (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) _____ Жок (Нет) _____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (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) _____ Жок (нет) _____ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (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).</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) ___ Жок (нет) ___</p> <p>- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жаксы салынған (приложен хорошо)</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы 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> <ul style="list-style-type: none"> • Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) • Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?) 	<p>Д а м у 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): физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p>	<p>Иә (да) Жок (нет)</p>	
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіп белгілері (тревожные признаки, требующие специализированной помощи): 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) Жок (нет)</p>	
<p>АНА ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ):</p>	<p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)</p>	

ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):

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. Психосолеуметтік 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) _____

Конъюнктивалар (конъюнктивы) _____

Үлкен еңбегі (большой родничок) _____

Тыныс алу органдары (органы дыхания) _____

<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>Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____</p> <p>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) _____</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 емізді 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>- Астыңғы 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)</p> <p>Толық салынбаған (приложен плохо)</p> <p>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)?</p>

	<p>Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) - Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) ізденіз (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 гепатиті 1-0 БЦЖ АҚДС 1 + hib 1 В гепатиті 2 ОПВ-1 АҚДС 2 + hib 2 1 айында _____ мм БЦЖ-дан беріштің даму динамикасын бағалау (оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц _____ мм) Және перифериялық лимфотүйіндерді (и периферических лимфоузлов) _____</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>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 калып 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 38⁰С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38⁰С); 8. Дене қызуы <35,5⁰С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5⁰С 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 (</p>	<p>КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (</p>

<p>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>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 глухота или проблемы со зрением) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт) - Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе) - 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) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит).</p>	<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>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 психоэлеуметтік 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 жаракат 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) _____ Конъюктивалар (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) _____;	ДИАГНОЗЫ:

Аскорыту 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 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 ақтандақтарды (уылу) ізденіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	

<p>ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС):</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня)</p> <p>В 1- 0 В гепатиті БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>2 В гепатиті ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2</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>ПСИХОҚОЗҒАЛЫС ДАМУЫ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ):</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Ә=</p> <p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) • Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?) 	<p>Қалмаған (Не отстает) _____</p> <p>эпикриздік мерзімге қалып қойған</p> <p>Отстает на _____</p> <p>_____ эпикризный срок</p> <p>ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)</p>
<p>КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода за 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): <ol style="list-style-type: none"> 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 38⁰С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38⁰С); 8. Дене қызуы <35,5⁰С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5⁰С 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>КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)</p>
<p>БАЛАҒА ҚАТЫҒЕЗ 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"> - 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 равновесия при ходьбе) - 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) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит). 	<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 психоэлеуметтік 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 режімі) (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 _____

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ)/частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;

ДИАГНОЗ:/ДИАГНОЗ:

<p>Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____;</p> <p>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>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</p>	<p>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</p>
<p>- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>- Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? ___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>- Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше 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? _____ 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):</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>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:</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>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p>	<p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жок/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>ЕГЛУІН 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= Ә= 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>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</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 тартылған/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</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок 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>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 психоэлеуметтік 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:	

<p>Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы/Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары/конъюнктивы 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>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</p>	<p>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</p>	
<p>- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? ___ рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>- Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жок/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):</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>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 ___ Жок/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жок/Нет ___ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жок/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жок/Нет ___ Емшекке салынбаған/Не приложен совсем Толық салынбаған/Приложен плохо Жаксы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жаксы 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/Жаксы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p>	
<p>ЕГЛУІН 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 Перифириялық 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=</p>		

<p>Pa= Pп= H= 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>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ 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 тартылған/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, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц). - Тәбетінің жоктығы/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>

ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

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 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/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 _____

ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІНІҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ

- Тамақтандыру кезінде қиыншылықтар туындай ма? Иә _____ Жок _____

Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____

- Бала емшек емеді ме? Иә _____ Жок _____

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 _____ Жок _____

Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____

- Бала басқа тамақты жейді ме немесе сұйықтықты ішеді ме ? Иә _____ Жок _____

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 _____

ДИАГНОЗ:

ДИАГНОЗ:

ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

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 қиындыктары 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 ___ Жок/Нет ___

- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жок/Нет ___

- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жок/Нет ___

- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жок/Нет ___

Емшекке салынбаған/Не приложен совсем

Толық салынбаған/Приложен плохо

Жаксы салынған/Приложен хорошо

- Нәресте жаксы 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/Жаксы сорады

- Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ЕГЛУІН 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

<p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 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 Перифириялық 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= 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>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ 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 тартылған/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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>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>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 психоэлеуметтік 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 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 _____

ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

ДИАГНОЗ:

ДИАГНОЗ:

<p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	<p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ___ Жок/Нет ___ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/ _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да ___ Жок/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 _____ Жок/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 _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____</p>	

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/
Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/
Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/
Да ____ Жок/Нет
- Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы
пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяк
және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____

**ЕГЛУІН 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 тартылған/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**

- Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт
- Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/
Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе

МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ

Үрей тудыратын белгілер анықталғанда
мамандандырылған көмекті таңдау және
қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының

<p>- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың карауында 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>консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.)/При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированн й 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-элеуметтік 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:
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?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра=	Дамуында тежелу жок/Не отстает

Рп= Н= Э=	Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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?/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 _____ _____	

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 тартылған/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

Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Аяқ-кол 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

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.)

- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	
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 2006г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.
- Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік 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 карау/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:

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?

ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Ә=

Дамуында тежелу жок/Не отстает

Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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 ____ Жок/Нет ____

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? ____ рет/ ____ раз

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/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 ____ Жок/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 ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____

- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____

- Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____

ЕГЛУІН 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

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки ____

Күні/Дата ____

<p>АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</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 тартылған/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-кол 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 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 специализированн й 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 2006г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік 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 кажет 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 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>Перифириялық 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>_____</p> <p>Тыныс алу органдары:/Органы дыхания: _____</p> <p>_____</p> <p>Тыныс алу жиілігі/Частота дыхания _____</p> <p>_____</p> <p>ЖТЖ органдары/Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ)/частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;</p> <p>Жүрек соғуының ырғағы/Сердечный ритм _____</p> <p>_____ ; Жүрек соғуының дыбысы/Сердечные шумы _____</p> <p>_____ ;</p> <p>Ас қорыту органдары/Органы пищеварения: іш/живот _____</p> <p>_____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару/Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс/Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМЫТУ 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>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ</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>Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімге</p> <p>тежелген/Отстаеп 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>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____</p> <p>Жок/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 ____ Жок/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 ____ Жок/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 ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ - Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ЕГЛУІН 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</p>	

<p>или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі тартылған/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-кол 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 мамандандырылға көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясын бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализирован ой 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 кажет 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

<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:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМУЫТУ 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>ДАМУЫТУ 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>Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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 _____ Жок/Нет _____</p> <p>Емізсеніз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/ _____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/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 _____ Жок/Нет _____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./ Если Да, _____ мл _____ раз в день</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 _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____

- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____

- Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____ / _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ЕГЛУІН 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 тартылған/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

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

<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>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"> - Аяқ-кол 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>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 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 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 _____	

<p>____; Жүрек соғуының дыбысы/Сердечные шумы _____</p> <p>_____;</p> <p>Ас қорыту органдары/Органы пищеварения: іш/живот _____</p> <p>_____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару/Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс/Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМЫТУ 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>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ</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>Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/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 _____ Жок/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 _____ Жок/Нет _____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./</p> <p>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>	

- 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 ____
Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____
қанша күн ____ /сколько дней ____
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/
Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/
Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/
Да ____ Жок/Нет ____
- Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы
пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяк
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 тартылған/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
<p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Аяқ-кол 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>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>Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи</p>	
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 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 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:	
<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>Конъюнктивалары/конъюнктивы</p> <p>Тыныс алу органдары:/Органы дыхания: _____</p> <p>_____</p> <p>Тыныс алу жиілігі/Частота дыхания _____</p> <p>_____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ)/частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;</p> <p>Жүрек соғуының ырғағы/Сердечный ритм _____</p> <p>_____ ; Жүрек соғуының дыбысы/Сердечные шумы _____</p> <p>_____ ;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____</p> <p>_____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару/Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс/Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p>	<p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ</p> <p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p>

<p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p>	
<p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? ____ рет/____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да ____ Жок/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 ____ Жок/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 ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/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 ___ шыныаяк 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 _____</p> <p>мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____</p> <p>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 тартылған/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 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>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</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>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 кажет 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 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:
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?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ 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 мерзімге 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 Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/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 ____ Жок/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 ____ Жок/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 ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> <p>- Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</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

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 тартылған/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

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

- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы

- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц

- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи

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 кенес беру/ Консультирование по планированию семьи	
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 ырғағ/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:

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?

ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ
ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:
До=
Др=
Ра=
Рп=
Н=
Ә=

Дамуында тежелу жок/Не отстает
Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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 _____ Жок/Нет _____
Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/ _____ раз
Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/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 _____ Жок/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 _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____
- Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяк 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 тартылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес

<p>баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>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"> - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи 	<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

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 _____	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 _____	

<p>ДАМЫТУ 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>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ</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>Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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 ____ Жок/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 ____ Жок/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 ____ Жок/Нет ____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./</p> <p>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 ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p>	

<p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/ Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/ Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/ Да ____ Жок/Нет</p> <p>- Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ЕГЛУІН 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 + қызадық/краснуха + паротит/паротит 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>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 тартылған/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>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи 	<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-элеуметтік 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 _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
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?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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 ____ Жок/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 ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____

- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____

- Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____

ЕГЛУІН 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

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 тартылған/судороги

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____

Күні/Дата _____

<p>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 карауында 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:

- 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-элеуметтік 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 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 _____	
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: _____	

<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 _____</p> <p>_____ ; Жүрек соғуының дыбысы/Сердечные шумы _____</p> <p>_____ ;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____</p> <p>_____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару/Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс/Стул _____</p>	<p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p>
<p>ДАМЫТУ 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>ДАМЫТУ 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>Ә=</p>	<p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімге 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>1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да _____ Жок/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 _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p>	

<p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/ Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/ Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/ Да ____ Жок/Нет</p> <p>- Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p>	
<p>ЕГЛУІН 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 + қызадық/краснуха + паротит/паротит 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>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 тартылған/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>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p>

<p>- Жүрген кезінде тепе-тендікті 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>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 _____

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 _____

_____;

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____

_____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____

Несеп шығару/Мочеиспускание _____

Нәжіс/Стул _____

ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУ ДІ 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 ДАМУ ДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Ә=

ДИАГНОЗ:

ДИАГНОЗ:

ДАМУ ТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ
ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

Дамуында тежелу жок/Не отстает
Дамуы _____ эпикриздік мерзімге
тежелген/Отстает на _____
эпикризный срок

ТАМАҚТАНУ ДЫ 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 емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жок/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 ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____
- Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____

ЕГЛУІН 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 тартылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/рвота после каждого приема пищи

<p>и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>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"> - Ойынға қызығушылығы жоқ/Нет интереса к игре. - Жиі құлайды/Часто падает. - Кішкентай заттарды ұстауда қиындық туындайды/Трудности с манипулированием мелкими предметами. - Жәй сұрақтарды түсіну қиындығы туындайды/Проблемы с пониманием простых обращений. - Қарапайым сөйлемдерді қалыптастыра алмайды/Неспособность формулировать простые предложения. - Тамаққа қызығушылығын жоқтығы немесе қызығушылығының аздығы/Отсутствие или незначительный интерес к еде. 	<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-элеуметтік 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 _____

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

Ізденізі/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
<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>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ:</p> <p>- Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____</p> <p>- Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____</p> <p>- Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки</p> <p>- Аксилярлық температурасын өлшеңіз\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 қозғалысыз 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 ізденізі/Ищите кожные гнойнички</p>	
САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____		
<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 ізденізі (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: НӘРЕСТЕҢІҢ 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 секундкы 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 __ Жок/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 __ Жок/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 ізденіз (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 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 ___ - 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)? 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 ЕГЛУІН 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 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

ХЖ 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

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 ізденіз (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: НӨРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____	
Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ: Қашаннан бері? ____ күн/ Как долго? ____ дней Нәжисінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?	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 секундкы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?	
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?		
Тексеріңіз/Проверьте: ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да __ Жок/Нет __ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа? ____ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий _____ Төмен Не низкий емес _____	

<p>Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да __ Жок/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>- Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____</p>	
<p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:</p> <p>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 __ Жок/Нет __</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді/Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да __ Жок/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 ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1-0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АҚДС 1 _____ _ 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 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

Издеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/
ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ

ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ,
ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ:

- Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в
минуту _____

<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>- Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____</p> <p>- Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки</p> <p>- Аксилярлық температурасын өлшеңіз\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/Обсмотрите 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 ірінді шығындылар бар ма?/ Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения?</p> <p>- Терінің ірінді 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)? 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 _____</p> <p>ДА _____ НЕТ _____</p>	
<p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/ Если ДА, СПРОСИТЕ:</p> <p>- Қашаннан бері? ___ күн/ Как долго? ___ дней</p> <p>- Нәжісінде 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 секундкы 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>		

Тексеріңіз/Проверьте: ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС

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?

- 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) _____

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)?

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.

Келесі егу үшін қаралу/Визит

НӨРЕСТЕНІҢ 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 _____	для следующей 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 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 тартылады ма? 4. Летаргия немесе есінен танған халінде ме?	

<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 ___ Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? 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 іші өтеді ме? Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка диарея? Да ___ Нет ___ Қашаннан бері ___ Нәжисінде 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 (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.), Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),</p>	
<p>Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық/37,5 немесе одан да жоғары) Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка температура? (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 құлағы ауыра ма? Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка боли в ухе? 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 тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___</p>	

<p>Тамағында ақ өнез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p>Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз 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>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 __ Ішсе 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 ____</p>	<p>Тамақтану мәселелері/ Проблемы питания</p>
<p>Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа _____ _____ орналасу жері _____ қыштитын 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: инъекцияланған, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____ Где _____ Конъюнктивит: гиперемияланған, гнойное отделяемое, Склеры: инъекцияланған, желтушны. 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.</p>	

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:
Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі тартылады 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 жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба? Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? 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 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 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 (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.), Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық/37,5 немесе одан да жоғары) Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка температура? (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 ірінді 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	
Баланың құлағы ауыра ма? Иә ___ Жоқ ___	

<p>Есть ли у ребенка боли в ухе? 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 тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә ___ Жок ___ Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___ Тамағында ақ өнез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p>	
<p>Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз 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>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 ___ Жок ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә ___ Жок ___ Ішсе 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 өлшемнің көлемі _____ Белсенді емізу Иә ___ Жок ___ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә ___ Жок ___ 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 _____ _____</p>	<p>Тамақтану мәселелері/ Проблемы питания</p>
<p>Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа _____ орналасу жері _____ _____ кышитын 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: инъекцияланған, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____</p>	

Где _____ Конъюнктивa глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое,
Склеры: инъекцированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____

Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымкыл, баска:
_____ 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 енбек 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) _____

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)

Р/с № п/п	ТАӘ ФИО	Күні Дата	Мекенжайы Адрес	Пациенттің тұлғалық-әлеуметтік мәртебесі Личностно-социальный статус пациента	Отбасы туралы ақпарат Информация о семье	Әлеуметтік диагнозы Социальный диагноз	Үйге барғанда анықталған проблемалар Выявленные проблемы при посещении на дому	Әлеуметтік қызметкерді бағалау Оценка социального работника	Әлеуметтік қызметкер іс-әреке жоспары П л а н действи социаль работни
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
38-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
4-қосымша
Нысан
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 № 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

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 № Регистрационный № МО	Алынған күні Дата забора	тіркеу № п/п №	ТАӘ ФИО	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Ү й 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)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
39-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
4-қосымша

Нысан
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 № 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

**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	Тіркеу №	Түскен айы, күні	ТАӘ	Туған жылы	Қайдан келіп түсті	П Т Р жүргізілген	Берілген айы, күні	Дәрігер-зертханаш қолы
-----------------------------------------	----------	---------------------	-----	---------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------------------------

Тіркеу № № регистрационный	Түскен айы, күні Д а т а поступления	Иммуноблоттын № № иммуноблота	Т А Ә ФИО	Туған жылы Дата рождения	Жынысы Пол	Қайдан келіп түсті Откуда поступил	АИТВ-инфекциясының сатысы Стадия ВИЧ-инфекции	Тері бас: мер: Дат: тера
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
41-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
4-қосымша

Нысан
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 № 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

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:

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
42-қосымша
Қазақстан Республикасы

Нысан
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 № 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

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 (аңық), қолы _____
 (Должность, фамилия (разборчиво), подпись лица, направившего материал)

Тексеріс қорытындысы (Результат исследования)

Қорытынды берілген күн, дәрігердің қолы

Дата, подпись врача, выдавшего результат _____

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 43-қосымша

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 4-қосымша

Нысан
 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

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

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 44-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 4-қосымша

Нысан
 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 № 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

**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 № № сыворотки	ТАӘ ФИО	Туған жылы Г о д рождения	Жынысы Пол	Код	Сарысу қайдан түсті Откуда поступила сыворотка	Тексеру жүргізілген уақыт Д а т а проведения исследования	Тест-жүйесінің атауы Название тест-системы	Көрсеткіштер Показатели	
									Қ а н сарысуының ОП О П сыворотки	Қ и ы н жағдайдағы ОП О П критическа
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
45-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
4-қосымша

Нысан
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/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

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)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
46-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
4-қосымша

Нысан
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	Медицинская документация Форма № 270-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

**АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін консультация беруді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ**

учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ

Р/с №	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты, Фамилия, ия, отчество	Код	Жынысы Пол	Туған жылы Дата рождения	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс, оқу орны, бала мектептік мекемесі Место работы, учебы, детское дошкольное учреждение	Тәуекел тобы Группа риска	Диагнозы Диагноз	Тестке дейін консультация беру (жүргізу күні) (ия/жоқ) Дотестовое консультирование (дата проведения) (да/нет)	Тестід консул беру күні) (после консул) (дата проведения) (да/нет)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
47-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
4-қосымша

Нысан
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 № 270-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

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 Ф И О инфицированной матери	Анықталған күні, анасының иммуноблот № Дата выявления, № иммуноблота матери	Толық клиникалық диагнозы (Полный клинический диагноз)	Профилактикалық емдеу, тамақтандыру (Профилактическое лечение, Вскармливание)	Биохимиялық зерттеулер нәтижелері (Результаты биохимических исследований)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
48-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
4-қосымша

Нысан
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 № 272/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы	Медицинская документация Форма № 272/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Наименование организации

Республики Казахстан
от "23" ноября 2010 года № 907

АИТВ қарсы антиденелерге тексерілгені туралы сертификатты беру ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ

Сертификатты жазу күні Дата выписки сертификата	Тегі, аты , әкесінің аты Фамилия , имя, отчество	Жынысы Пол	Күні, туған жылы Дата, год рождения	Мекенжайы Адрес	Жұмыс орны Место работы	Төлқұжатының сериясы, № №, серия паспорта	Талдаудың № , нәтижесі № анализа , результат	Қай елге кетті Страна выезда	Қандай мерзімге Н а какой срок	Қс Пс
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
49-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
4-қосымша

Нысан
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 № 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

Бракераждық журнал

Бракеражный журнал

Р/ р № № п/ п	Ж Қ Т Б зертханасындағы тіркеу № № регистрационный в лаборатории СПИД	Түскен жылы , айы, күні Год, месяц, д е н ь поступления	Материалды алып келген мекеменің атауы Название учреждения доставившего материал	Бракерраждау себебі Причина бракеража	Қабылданған шаралар Принятые меры	Дәрігер-лаборанттың колы 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.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
50-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
4-қосымша

Нысан
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 № 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

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 Дата и время забора крови	Материалдың зертханаға келіп түскен күні, уақыты Дата и время поступления материала в лабораторию	Иммуноблоттың нөмірі Номер иммуноблота	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	ТАӘ ФИО	Туған жылы Год рождения	Қайдан жіберілді Откуда направлен	Талдаудың келіп түскен күні, уақыты Дата и время постановки анализа	Қорытынды Результат			
								CD - 4	CD - 8	CD - 3	CD -4/ CD -8
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
51-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
4-қосымша

Нысан
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 № 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

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): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
52-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
4-қосымша

Нысан

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 № 265-1/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 265-1/у

Ұйымның атауы
Наименование организации

Утверждена приказом и.о. Министра
здравоохранения Республики Казахстан
от "23" ноября 2010 года № 907

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 (3ТС)	
абакавир (АВС)	
зидовудин (AZT)	
ставудин (D4T)	
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 субтипi (Субтип ВИЧ)
КТНИ-қа төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к НИОТ)
КТЕНИ-қа төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к ННИОТ)
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) _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
53-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
4-қосымша

Нысан
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 № 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

**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 (недель) _____ күн (день)

Босанудың болжамды күні (Предполагаемая дата родов) 20__ жыл (год) " __ " _____

Зерттеу түрі: трансабдоминалдық, трансвагиналдық (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) _____

— Куық (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)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2012 жылғы 31 шілдедегі

№ 514 бұйрығына

54-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы

№ 907 бұйрығына

4-қосымша

Нысан

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 № 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

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

Ішектер (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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
55-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан

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 № 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

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 СҰЙЫҚТЫҚ: ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ:			
	жатырдан, жатыр мойнынан (матки, шейки)	үрпі каналынан (мочеиспускательного 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)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
56-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан
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 № 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

ҚАННЫҢ 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)	
Йондалган 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 (дата выдачи анализа) дәрігер (врач)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
57-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан
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 бұйрығымен бекітілген

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ 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

Гормондар мен медиаторлардың мөлшерін анықтау

ҚАН ТАЛДАУЫ

АНАЛИЗ КРОВИ

содержание гормонов и медиаторов

№ _____

Тексерілушінің ТАӘ (ФИО) обслеуемого _____

—

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)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
58-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан
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 № 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

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

үю 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 _____
 (фибрин Тромбин
 құрылуы) уақыты
 (фибрино- (Тромбиновое
 образование) время) _____
 Паракоагуля-
 циялық тесттер:
 (Паракоагуля-
 ционные тесты):
 В-нафтолды (В-нафтоловый) _____
 Этанолды (этаноловый) _____
 Протамин-
 сульфатты _____
 (Протамин-
 сульфатный)
 IV кезең (фаза) Фибринолиз
 Антикоа- өздігінен
 гулянттық (спонтанный) _____
 жүйе зуглобулинді
 (Антикоа- (зуглобулиновый) _____
 гулянтная Төзімділігі
 система) (Толерантность)
 Ұйытын- Плазманың гепаринге
 дының (плазмы к гепарину) _____
 гемоста-

тикалық Антитромбин 111 _____

қасиеттері

(Гемоста- Плазминоген _____

тические Ретракция _____

свойства

сгустка) Фибриназа –Х111 _____

20 ____ жылғы (года) " __ " _____

талдау берілген күн орындаушының қолы

(дата выдачи анализа) (подпись исполнителя)

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2012 жылғы 31 шілдедегі

№ 514 бұйрығына

59-қосымша

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2010 жылғы 23 қарашадағы

№ 907 бұйрығына

6-қосымша

Нысан

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 № 241/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 241/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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)) _____

— Трепонемалар қозғалу реакциясы - болған жағдайда (бұдан әрі - ТКР)
(Реакция иммобилизации трепонем 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)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
60-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан
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 бұйрығымен бекітілген № 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

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)
ANA V 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 IgM	
a-HDV total	

Талдауды беру күні (Дата выдачи анализа) 20__ жылғы (года) _____

Қолы (Подпись) _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
61-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан
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 № 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

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): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
62-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан
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 № 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

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.

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 (зертеу нәтижелерінің жазбасы) енгізеді.

Журнал предназначен для регистрации и записи анализов -

биохимических, микробиологических, общеклинических, гематологических.

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)	К і м жіберді (К е м 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	

Атауы, мен нәтижесі (Название и результат)														Ескертпе Примечание
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
63-қосымша

Нысан
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 № 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

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 Регистрационный номер	Тегі, аты, әкесінің аты, мединалық карта № Фамилия, и м я , отчество, медицинская карта №	Ұйым, бөлімше, палата Организация , отделение, палата	Зерттеулер нәтижелері Результаты исследований			
				МРП үшін кардиолипіндік антиген Кардиолипиновый антиген для МРП	РСК үшін кардиолипіндік антиген Кардиолипиновый антиген для РСК	Трепонемдік антиген Трепонемный антиген	Сандық Количес: титр
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
64-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан

A5 форматы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды	A5 форматы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды
------------	---------------------------	------------	------------------------

Формат А5	Код организации по ОКПО _____	Формат А5	Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 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 бұйрығымен бекітілген № 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) _____</p> <p>Ұйым (организация) _____ Бөлімше (отделение) _____ _____ палата _____</p> <p>учаске (участок) __ медициналық карта (медицинская карта) № __ Диагнозы _____ _____</p> <p>Зерттелушінің қан тобы (Группа крови исследуемого) _____</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) _____</p> <p>Ұйым (Организация) _____</p> <p>Бөлімше (отделение) _____ палата _____ учаске (участок) ____ медициналық карта (медицинская карта) № _____</p> <p>_____</p> <p>НӘТИЖЕСІ (РЕЗУЛЬТАТ): Тікелей сынама (Прямая проба) _____ _____</p> <p>оң, теріс (положительная, отрицательная) Тікелей емес сынама (Непрямая проба) _____ _____</p>		

_____	оң, теріс (положительная, отрицательная)
Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____	Титрі (Титр) _____
—	20__ жылғы (года) "___" _____ талдауды беру күні (дата выдачи анализа)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
65-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан

A4 форматы Формат А4	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды _____ К о д организации по ОКПО	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 № 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 бұйрығымен бекітілген № 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
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 (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)) _____

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) № _____

АВО жүйесі (Группа крови) _____

Резус тиістілігі (Резус принадлежность) _____

Rh-Нг антидененің бар болуы (титрі): _____

Наличие Rh-Нг антител (титр)

АВО антидененің бар болуы (титрі) _____

Наличие АВО антител (титр)

20__ жылғы (года) "___" _____

Талдауды беру күні (дата выдачи анализа)

	<p>Дәрігер-зертханашының қолы (Подпись врача-лаборанта) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Сыртартпада неше жүктілік болған (Сколько в анамнезе беременностей) _____</p> <p>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.) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>астын сызыңыз, жазыңыз (подчеркнуть, вписать)</p> <p>Қайталап түсік тастау мен өлі туған балалар болды ма (Имелись ли повторные выкидыши и мертворожденные дети) _____</p> <p>_____</p> <p>жазыңыз (вписать)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Қанды зерттеуге алған дәрігердің қолы _____</p> <p>(Подпись врача, взявшего кровь на исследование)</p>

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
66-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан
А4 форматы
Формат А4

	<p>ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____</p> <p>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-04/е нысанды медициналық құжаттама</p>

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ-04/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
-------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Зертханалық тіркеу журналы Лабораторный регистрационный журнал

Р/с №	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Жынысы Пол	Туған күнi мен жылы Дата и год рождения	Емдеу ұйымның атауы Название лечебной организации	Мекенжайы Адрес	Талдау жүргізу мақсаты Цель проведения анализов			Анализ нәтижелері Результаты анализов				
							Диагностика	Химиялық терапияны бақылау Контроль химиотерапии	Санат Категория	1	2	3		
п/п	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
67-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан
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 ТБ-05/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы	Медицинская документация Форма ТБ-05/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

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 |__| Слизисто- гнойная — Қанмен боялған |__| Окрашенная кровью — Сілекей |__| Слюна					
	2	— Сілемей-іріңді |__| Слизисто- гнойная — Қанмен боялған |__| Окрашенная кровью — Сілекей |__| Слюна					
	3	— Сілемей-іріңді |__| Слизисто- гнойная — Қанмен боялған |__| Окрашенная кровью — Сілекей |__| 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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
68-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан
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 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

**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 _____

—
ТМБ-на СЕБІНДІ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЕВОВ НА МБТ

Патологиялық материал (Патологический материал)	Зертханалық зерттеудің нөмірі (Номер лабораторного исследования)	Нәтижелер/Результаты				Ластану/Өскін (Загрязнение /Пророст)
		Теріс (Отрицательный)	Оң (положительный)			
			+	++	++++	

Күні/Дата _____

Зерттеу жүргізушінің ТАӘ/ФИО проводившего исследование: _____

Қолы/Подпись _____

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 69-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 6-қосымша

Нысан
 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 ТБ-06а/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ-06а/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

ТМБ культурасының туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығының нәтижелерін алуға арналған

ЖОЛДАМА

НАПРАВЛЕНИЕ

на получение результатов теста на лекарственную чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам

Левенштейн-Йенсен Бактек
 Молекулярлы-генетикалық/Молекулярно-генетический
 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) _____

— Жаңа анықталған/қайталануы (астын сызыңыз)/Вновь выявленный/рецидив (подчеркнуть)
 Санат/Категория _____
 Зерттеу себебі (Причина для исследования): диагностика
 химиялық терапияның бақылауы (контроль химиотерапии)
 Емнің басталған күні/Дата начала лечения: _____
 Химиялық терапия ұзақтығы (ай)/Длительность химиотерапии (мес.): _____
 Материалды зерттеуге жіберген дәрігердің ТАӘ/ФИО врача, направляющего

материал на исследование: _____

Қақырықтың жиналған күні/Дата сбора мокроты _____

— Медқызметкердің қолы/Подпись медработника _____

— **ДӘРІЛІК СЕЗІМТАЛДЫҚТЫ ТЕСТІЛЕУ**
ТЕСТИРОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Зерттеу жүргізілген күні Дата исследования	Зерттеу зерт. № лаб. Исследования	Культура нөмірі Номер культуры	H	R	E	Z	S	Km	Am	Cm	Lfx	Pto / Eto	Cs	Pas	Ofx	Mfx	Баскалар Другие	Т М Б идентификаци: Идентификаци МБТ	

Белгілеу: Төз – концентрациясын көрсету; С – сезімтал; Ө - өсінді

Отмечать: Уст – указать концентрацию; Ч – чувствительный; П – пророст

Күні/Дата: _____ Культураның нөмірі/Номер культуры: _____

Зерттеу жүргізген маманның ТАӘ/ ФИО проводившего исследование _____

— Қолы/Подпись _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
70-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан
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 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

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	Диагнозы	Себінді жасалған күн Дата посева	З Л Д

оң жағы/правая сторона

Культураның өскен күні Дата роста культуры	Қорытынды Результат	Микроскопиялық культураның нәтижесі Результат микроскопии культуры	Қорытынды берілген күні Дата выдачи результатов	ДСТ-ге жіберілді (Иә/ Жоқ) Направлен на ТЛЧ (Да/Нет)	Зертхана қызметкерінің тегі Ф И О работника лаборатории	Ескертпелер Примечания

№ п/п	ТАӘ ФИО	Дата и год рождения	Материал	Диагностика	Бақылау Контроль	ТЛЧ на ППР	Дата чтения результата

оң жағы/правая сторона

Бақылау Контроль		Т М Б идентификациясы Идентификация МБТ	1 қатардағы ТҚП ПТП 1 ряда					ТҚП ДСТ қойылған күн Дата постановки ТЛЧ на ПВР	Қорытынды оқылған күн Дата чтения результата	2 қатардағы ТҚП ПТП 2 ряд					
Положительно Оң	Отрицательно Теріс		Н	Р	С	Z	E			Km	Am	Cm	Lfx	Ofx	PtoEtc

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына

Нысан

	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 № 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

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 (срок беременности) недель (день, месяц,
менструации) 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)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
73-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан

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 № 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

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): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
74-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан

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 № 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

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) _____

Мыналар зерттеледі: Исследование на:				Зерттеу нәтижелері Результаты исследования		Б а с қ а микроорганизмдер Д р у г и е микроорганизмы	Зерттеу аяқталған күні. Зерттеу жүргізген адамның колы, ТАӘ Дата окончания исследования. ФИО, подпись лица, проводившего исследование.
Стафилококктар Стафилококки		Б а с қ а микроорганизмдер Д р у г и е микроорганизмы		1 м ³ микроорганизмдер саны Количество микроорганизмов в 1м ³			
				Жалпы Общее	Алтын түстес стафилококк Золотистый стафилококк		
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
76-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан

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 № 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

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)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
77-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан

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 № 283/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 283/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
78-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
6-қосымша

Нысан

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-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

Қақырықты Хpert МТВ/РИF-мен зертханалық зерттеуге жолдама

Направление на лабораторное исследование мокроты на Хpert МТВ/РИF

Үлгінің сәйкестендіру нөмірі № /Идентификационный номер образца № ____
Науқастың АТН №/РНН 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 Д а т а исследования	Сыртқы түрі Внешний вид*	Хpert МТВ/RIF нәтижесі (белгілеу)**				Ескертпе Примечание
			Результат Хpert МТВ/RIF (отметьте)**			Нәтиже анықталмаған/қателік Не опред. Результат/ошибка***	
			Теріс Отр	ТБ+	Rif+		
1							
2							
3							
4							

*қақырықтың түрі (қанды, ірінді-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/

№ р/ с № п/ п	ТАӘ ФИО	Жасы Возраст	Бөлімше Отделение	Зерттеу әдістері (Hain немесе Xpert МТВ/Rif/Метод исследования (Hain или Xpert МТВ/Rif	Rif онда КДТ ТБ күдікті(А)/ АИТВ ТБ күдікті(В)/ Если на XpertМТВ/Rif то подозрением на МЛУ ТБ(А)/ с подозрением на ВИЧ ТБ(В)	Диагнозы	Культура №/№ культуры	Себу күні/ Дата посева	Өскен күні/ Дата роста	Материал (дақыл, MGIT дақылы, қақырық) / Материал (культура , культура MGIT, мокрота)	Өткізу күн /Дата проведени:

ВАСТЕС әдістерінің төзімділігін анықтау/Определение устойчивости методом ВАСТЕС				Л-Й арасындағы тұрақтылықты анықтау/ Определение устойчивости на среде Л-Й							Ескертпелер / Примечания			
Культура № № культуры	Себу күні/ Дата посева	Сұйық ортада өскен күні/Дата роста на жидкой среде	R	H	S	E	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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
81-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

A4 форматы Формат A4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген

Республики Казахстан	№ 405-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 405-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**Үлгілерді трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін
растау ведомосы _____**

**Ведомость подтверждения результатов первичного исследования
образцов на трансфузионные инфекции за _____**

							Трансфузиялық инфекцияларды зертханал бөлімшесі Отделение лабораторных исследований тра инфекций				
№	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Донордың ТАӘ Ф И О донора	Донация нөмірі Номер донации	Туған жылы Г о д рождения	Бөлімше Отделение	Қанды тапсыру күні Дата доноации	Қорытынды нәтижені алған күні Дата получения окончательного результата	Қорытынды нәтижесі Интерпретация результатов исследований			
								АИТВ -1, 2	HBsAg	HCV	Мерез Сифил
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Жауапты тұлға Ответственное лицо					Трансфузиялық инфекцияларды зертханалық зерттеу бөліміні менгерушісі (қолы) Заведующий отделением лабораторных исследований трансфузионных инфекций (подпись)						
Ведомосты алған күні мен уақыты Дата и время получения ведомости											

Ведомосты электрондық және қағаз тасымалдауышта жүргізуге болады
Возможно ведение ведомости как в электронном виде, так и на бумажном
носителе

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі

№ 514 бұйрығына
82-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 от "23" ноября 2010 года № 907

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) _____

— _____

— _____ W _____

_____ || _____

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

- Соңғы 10 күн ішінде тісіңізді жұлғыздыңыз ба немесе емдеттіңіз бе? _____
(Производились ли за последние 10 дней лечение и удаление зубов?)
- Соңғы айда дәрі қабылдадыңыз ба? _____
- (Принимали ли за последний месяц лекарства?) _____
- Соңғы жылда екпелер жүргізілді ме (Производились ли прививки в последний год?) _____
- Сіз қазір дәрігердің бақылауында тұрсыз ба? (Наблюдаетесь ли Вы сейчас у врача?) _____
- Сізге дәрілер егілді ме? (Производили ли Вам инъекции лекарств?) _____
- Сіз құлағыңызды тескіздіңіз бе, акупунктура немесе тату (денеңізге сурет) жасатқыздыңыз ба? _____
(Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?)
- Сізге қан немесе плазма құйылды ма? _____
(Получали ли Вы переливание крови или плазмы?)
- 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):

- Соңғы 3 жылда шетелге шықтыңыз ба? Елдің атын атаңыз. _____
(Выезд за рубеж за последние 3 года? Назовите страну?)
- Қан тапсырдыңыз ба? Соңғы тапсырған күнді көрсетіңіз? _____
(Кроводачи? Укажите дату последней?)
- Қан тапсырудан шеттетілдіңіз бе? Күнін және себебін көрсетіңіз?
(Были ли отводы от кроводач? Укажите дату и причину отвода?)
- 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) осозная значимость этой информации для меня и здоровья больных).

Донордың қолы (Подпись донора) _____
Күні (Дата) _____

ДОНОРДЫҢ ИММУНДАУҒА КЕЛІСІМІ
"Иммундау өткізу бағдарламасымен танысканнан кейін, _____ антиденесімен иммундауға келісім беремін."
Күні Қолы

СОГЛАСИЕ ДОНОРА НА ИММУНИЗАЦИЮ

"Ознакомившись с программой проведения иммунизации _____ антигеном, даю согласие на иммунизацию"

Дата Подпись

<p>Донорлар есебіне жазылу күні Дата зачисления в доноры 20__ ж (г.) " __ " _____ Есептен шығарылу күні мен себебі (Дата и причина снятия с учета) _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>Осы кезеңде алынған барлық: Всего в этот период взято: қан (кровь) _____ мл. плазма (плазмы) _____ мл. лейкоцититы _____ (10)9, тромбоцититы _____ (10)11, сүйек кемігі (костного мозга) _____ _____ мл (10)9.</p>	<p>Қан тапсыру саны (Число кроводач) _ _____ Плазмаферездер саны) (Ч и с л о плазмаферезов) __ Цитоферездер саны (Ч и с л о цитопферезов) ____ Миелоксфузиялар саны (Ч и с л о миелоксфузий) __ Қолы (Подпись)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**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 (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, мие- лоэксфузияға жарамдылығы туралы дәрігердің қорытындысы (Заключение врача о годности донора к кроводаче, плазма(цита)ферезу, миелоэксфузии)							
Дозасы (Доза)							

(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, мие-лоэксфузияға жарамдылығы туралы дәрігердің қорытындысы (Закключение врача о годности донора к кроводаче, плазма(цита)ферезу, миэлоэксфузии)

Дозасы (Доза)

Дәрігердің қолы (Подпись врача)

4. Донорды келесі тексерулердің 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, мие-лоэксфузияға жарамдылығы туралы дәрігердің қорытындысы (Заключение врача о годности донора к кроводаче, плазма(цита)ферезу, миэлоэксфузии)

Дозасы (Доза)

Дәрігердің қолы (Подпись врача)

5. 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, мие-лоэксфузияға жарамдылығы туралы дәрігердің қорытындысы (Заключение врача о годности донора к кроводаче, плазма(цита)ферезу, миэлоэксфузии)

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, мие-лоэксфузияға жарамдылығы туралы дәрігердің қорытындысы (Закключение 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.))		

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

12.

Талдау (анализ)				Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу (исследования на трансфузи					
Моноциттер Моноциты	плазмалық жасушалар Плазматические 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 (В ВГ) HBs-антигені HBs-антиген вируса гепатита В (ВГВ)	С (HCV) гепатитінің (СВГ) вирусына антиденелер Антитела к вирусу гепатита С (ВГС)	Мерез қоздырғышына антиденелер Антитела к возбудителю сифилиса	АИТВ РНК ПТР ПЦР РНК ВИЧ	ВВ ДН ПТ ПШ ДН ВГ
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

13.

биохимиялық зерттеулер (биохимические исследования)														
күні дата	АЛАТ	жазған адамның қолы подпись лица, внесшего запись	жалпы нәруыз общий белок	альбуминдер альбумины	глобулиндер глобулины						басқа зерттеулер (другие исследования)			
					пайызбен (в процентах)									
					г/ л						жазған адамның қолы подпись лица, внесшего запись	антиденелер титрі титр антител МЕ/мл	жазған адамның қолы подпись лица внесшего запись	
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41

14. Қанды клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелері (Результаты клинико-лабораторных исследований крови)

жалпы клиникалық (общий клинический)										
										лейкоцит формуласы пайызбен

күні дата	қан кровь(мл)	плазма (мл)	лейкоциттер лейкоциты (10 ⁹)	тромбоциттер тромбоциты (10 ¹¹)	сүйек кемігі костный мозг мл.(10 ⁹)	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. Плазмоферез емшарасын жүргізгеннен кейінгі донордың жағдайы (Состояние донора после проведения процедуры плазмофереза)

күні дата	АҚҚ АД мм.рт.ст.	T ⁰ C	тамыр соғуы пульс	дәрігердің қорытындысы мен қолы заключения и подпись врача
1	2	3	4	5

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
83-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 407/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 407/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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) _____ _____	Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____ Келл - антигені (Келл – антиген) _____ Гемоглобин _____ г/л Қолы (Подпись) _____
Туған жылы (Год рождения) _____	Қан тобын бақылау (Контроль группы крови) _____ Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____
Жұмыс орны (Место работы) _____	Тестілеу (ИФА тестирование на): АИТВ (ВИЧ) 1,2: _____ В гепатиті _____ С гепатиті _____ Мерез (Сифилис) _____ Қолы (Подпись) _____
Үйінің мекенжайы (аудан) (Домашний адрес (район)) _____ _____	Тестілеу (ПЦР тестирование на): АИТВ (ВИЧ) 1,2: _____ В гепатиті _____ С гепатиті _____ Қолы (Подпись) _____ АЛАТ _____ Қолы (Подпись) _____
Сыртартқы жинау (сбор анамнеза) _____ _____	БАДО деректері бойынша тексеру (проверка по данным ЕДИЦ): Күні (дата) _____ Қолы (Подпись) _____ Дайындалған қан компоненттері (Заготовленные компоненты крови): _____
Операциялар. Гемотрансфузиялар (Операции. Гемотрансфузии) _____ Дене қызуы (температура тела) _____ Тамыр соғуы (Пульс) _____ соққы 1 минутта (ударов в 1 минуту). АҚҚ/АД _____ мм. сын. б. (мм. рг. ст). Тері қабаты мен сілемейлі қабық (кожные покровы и видимые слизистые оболочки) _____	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)
Донор тексерілді (донор осмотрен). Сау (Здоров) _____ Қан/плазма беруге рұқсат етілді (Крово/плазмадача разрешена) Мөлшері (в дозе) _____ мл, Донорды қан/плазма беруден шеттетуге себебі (Причину отвода донора от крово/плазмадачи) _____ _____	
Дәрігер (Врач) _____ қолы (подпись) Қан- плазма тапсыруды белгілеу (Отметка о крово-плазмадаче): (взято) _____ мл қан (крови) алынды (взято) _____ мл плазма алынды	

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
	1. Денсаулығының жалпы жай-күйі және эпидемиологиялық орта	
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 өзгерттіңіз бе? Өзгертсеңіз – алғашқысын көрсетіңіз.	
2. Сіз.... төмендегідей қандай да бір қатерлі аурумен ауырдыңыз ба?		
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?	
3. Сіз жақында немесе бұрын...?		
22.	Соңғы 3 жылда шетелге шықтыңыз ба? Елді атаңыз	
23.	Бұрын-соңды донор ретінде қан тапсырдыңыз ба?	

24	Қан тапсырудан бас тарттыңыз ба?	
4. Әйелдер үшін қосымша		
25	Қазір жүктісіз бе немесе соңғы 6 айда жүктілік болды ма?	
26	Балаңызды емшек сүтімен қоректендіресіз бе?	
5. Өзін-өзі қосымша бағалау үшін		
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>	
	Егер Сізде соңғы алты айда 27-тармақтың бір немесе одан көп сұрағына "иә" деп жауап беруге себеп болатын болса – құс белгісін қойыңыз	

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 келісімді беремін. Осы инфекциялар маркерлеріне тексеру оң нәтиже берген жағдайда деректер диагнозды анықтау және емдеу туралы шешімді қабылдау үшін тиісті емдеу ұйымдарына беріледі.

Мен, менің қаныма 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 келісімді 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
	1. Общее состояние здоровья и эпидемиологическое окружение	
	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.	
2. Были ли у Вас когда-либо серьезные заболевания, такие как:		
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?	

3. Были ли у Вас:		
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?	
4. Дополнительно для женщин:		
25	Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 месяцев?	
26	Кормите ли Вы грудью?	
5. Дополнительно для самооценки:		
27	Производили ли Вы себе когда либо инъекции каких-либо лекарственных или наркотических средств? Принимали ли Вы когда нибудь плату за услуги сексуального характера? За последние 12 месяцев были ли у Вас сексуальные связи с лицами, которые: -инфицированы ВИЧ или вирусом гепатита -внутривенно принимали наркотические средства -получают или получали плату за услуги сексуального характера -с другими мужчинами? (для мужчин) Переносили ли Вы заболевания, передающиеся половым путем? Имели ли Вы контакты с больным гепатитом (в семье или на работе)? Имело ли место попадание крови другого человека на Вашу слизистую оболочку или укол инъекционной иглой?	
	Если у Вас за последние шесть месяцев имеется причина ответить "да" на один или более вопросов пункта 27 – поставьте галочку	

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 _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
84-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 410/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

ДОНОРЛЫҚҚА ҚАТЫСУҒА НИЕТ БІЛДІРГЕН ТҰЛҒАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ КҮНДЕЛІГІ ДНЕВНИК УЧЕТА ЛИЦ, ОБРАТИВШИХСЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ДОНОРСТВЕ

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
85-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 407/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 407/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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) _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
86-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 411/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 411/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донор қанын дайындауды есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета заготовки донорской крови

20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды (начато)

20__ жылғы (года) " __ " _____
аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады

1. Заполняется ответственным лицом

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>2. Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және ақылы донациялар үшін бөлек есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады</p> <p>3. Қан дозасы мен одан алынған компоненттердің сәйкестік нөмірі бірыңғай</p> <p>4. 7 – 12-бағандары бойынша қорытынды шығарылады</p> <p>5. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс</p> | <p>2. При большом объеме производства допускается ведение отдельных журналов учета для безвозмездных и платных донаций</p> <p>3. Доза крови и полученные из нее компоненты имеют одинаковый идентификационный номер</p> <p>4. Итог подводится по графам 7 – 12</p> <p>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, и мя, отчество донора	А В 0 жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	R h факторы R h фактор	Консервант		Дайындалған Заготовленна Консервантсь , мл Б е з консерванта, мл
						Атауы Наименование	Мөлшері , мл Объем, мл	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
87-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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

Берілді Передано				Карантиндеуге На карантин			Жоюға На уничто
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)	Құрамында бар компоненттері (беру күні) Эритроцитсодержащие компоненты
16	17	18	19	20	21	22	23

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
88-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 412/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 412/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донор қаны компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
89-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 412-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 412-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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

20__ жылғы(года) "___" _____
басталды (начато)

20__ жылғы(года) "___" _____
аяқталды (окончено)

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлға толтырады.

2. 6-26-бағандары бойынша әр күннің соңында нәтиже шығарылады.

3. 7-9-бағандардың сомасы 13-24-бағандардың сомасына тең болуы тиіс.

4. 10-15-бағандардың сомасы 21-26-бағандардың сомасына тең болуы тиіс.

1. Заполняется лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию крови и ее компонентов.

2. В конце каждого дня подводится итог по графам 6-26.

3. Сумма граф 7-9 должна равняться сумме граф 10-26.

4. Сумма граф 10-15 должна равняться сумме граф 21-26.

5. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале добавляется в соответствующие разделы.

5. Журналда көрсетілмеген қан 6. Страницы должны быть пронумерованы, компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге прошнурованы, скреплены печатью и подписью баған қосылады. руководителя организации.

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

Р/с №	Дайындау күні № Дата	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер(марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан тобы	Rh-факторы Резус фактор	Группа крови по системе АВО	Donorдың ТАӨ ФИО донора	ҚДБ алынған компоненттің саны (мл/доз) Количество компонентов, полученных из (
							Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная	Антистафилакокк плазмасы Антистафилококкова плазма
1	2	3	4	5	6	7	8	

Карантиндеуге берілді Передано на карантинизацию (мл/доз)		Өнімді беру бөлімшесіне берілді Передано в отделение выдачи продукции (мл/доз)			Өндеуге жіберіл, На переработку (
Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная	Аферездік, иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная, иммунная	Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная	Аферездік, иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная, иммунная	Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные	Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная
16	17	18	19	20	21

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
90-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Денсаулық сақтау министрінің м.а. 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 от "23" ноября 2010 года № 907

Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета производства компонентов донорской крови

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Жауапты адам толтырады 2. Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және ақылы донациядан алынған компоненттерге бөлек есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады 3. Қан дозасы мен одан алынған компоненттердің сәйкестік нөмірі бірыңғай 4. 6 – 20, 22, 25, 26-бағандары бойынша қорытынды шығарылады 5. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша баған қолданылуы ықтимал 6. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс 7. * – "ерекше клиникалық көрсетілім" жағдайына нұсқайды | <ol style="list-style-type: none"> 1. Заполняется ответственным лицом 2. При большом объеме производства допускается ведение отдельных журналов учета для компонентов , полученных от безвозмездных и платных донаций 3. Доза крови и полученные из нее компоненты имеют одинаковый идентификационный номер 4. Итог подводится по графам 6 – 20, 22, 25, 26 5. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале допускается применение дополнительной графы 6. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации 7. * – указывает на "особые клинические показания" |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

					Консервантпен тұрақтандырылған жаңа алынған қанн; Компоненты, полученные из крови цельной, стабилизи
		Сәйкестік нөмірі (таңбасы,	АВО жүйесі		Плазма

Реттік № Порядковый №	Күні Дата	штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	R h факторы R h фактор	Лейкофилтрленген жаңа алынған қан* Цельная кровь* лейкофилтрованная	Плазма	
						Жаңа мұздатылған Свежезамороженная	Лейкофилтр жаңа мұзда Свежезамороженный лейкофилтр
1	2	3	4	5	6	7	8

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		€
Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	ЛТҚ алынған эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь с удаленным ЛТС	Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная	Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан Восстановленные из дозы ЦК	Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан лейкофилтрленген Восстановленные из дозы ЦК лейкофилтрованные	€
15	16	17	18	19	20	2

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
91-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Денсаулық сақтау министрінің м.а. 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 от "23" ноября 2010 года № 907

Донор қанының жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы Журнал учета производства клеточных компонентов донорской крови

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____
басталды (начато) 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 допускается применение дополнительной графы
4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
5. * – указывает на "особые клинические показания"

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	R h факторы R h фактор	Қ а н компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения)	Қан* және оның жасуша компоненттері Произведено крови* и ее клет	
							Емшараға дейінгі мөлшері Объем до процедуры	Эритроциттер (жа Эритроциты (кро Лейкофилтрленг жаңа алынған қан Кровь цельная* лейкофилтрован
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қан* және оның жасуша компоненттері өндірілді (мл/доза)
Произведено крови* и ее клеточных компонентов (мл/доза)

--	--	--

		Тромбоциттер Тромбоциты				
ЛТК ЛТС	Рәсімге дейінгі мөлшері Объем до процедуры	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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
92-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 413-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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

1. Заполняется ответственным лицом

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

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)					Қ а н компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения)	ЖМП-ны еріту күні мен режимі (t ⁰ С, уақыты) Дата и режим (t ⁰ С, время) оттаивания СЗП	ЖМП - ны центрифугал мен режі айналым, уақыты) Дата и ре обороты, t ⁰ С) центрифуги СЗП
	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО	R h факторы R h фактор	ЖМП-ң бастапқы мөлшері (мл/доза) Исходный объем СЗП (мл/доза)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
93-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 415/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 415/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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 ТАӨ ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный 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	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
Карантиндеуден жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная из карантинизации	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан калыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови				
9	10	11	12	13	14	15

п/п	Күні Дата	Экстренная (время)	Плановая (время)	фамилия врача	заявляется продукция		системе АВО	Резус-тиістілігі Резус-принадлежность	заявле продуц
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
95-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 418/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 418/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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
4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының мөрімен және қолымен бекітілуі тиіс

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 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) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындау күні Дата заготовки	Тестілеу күні Дата тестирования	Себептер бойынша есептен шығару саны (мл/доз) Количество списания (мл/доз) по причине			
					АИТВ 1,2 ВИЧ 1,2			
					Эритроциттік масса	Эритроциттік жүзінді	Жаңа мұздатылған плазма	Жаңа мұздатылған плазма
1	2	3	4	5	6	7	8	9

		Себептер бойынша есептен шығарудың саны (мл/доз.) Количество списания (мл/доз) по причине					ПТР ПЦР
		Lues					
Жаңа мұздатылған плазма свежемороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	Эритроциттік масса	Эритроциттік жүзінді	Жаңа мұздатылған плазма свежемороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	Эритроциттік масса	
16	17	18	19	20	21	22	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
96-қосымша
Қазақстан Республикасы

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

кестенің жалғасы

Компонеттің атауы (мөлшері, мл/доз) ЭРИТРОЦИТТЕР						
Наименование компонента (количество мл/доз) ЭРИТРОЦИТЫ						
Лейкофилтрленген жаңа алынған қан	Ауыстырып кюға арналған, лейкофилтрленген жаңа алынған қан	Эритроциттік масса	Лейкофилтрленген эритроциттік масса	Эритроциттік жүзіндіс	Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді	
Кровь цельная лейкофилтрованная	Кровь цельная лейкофилтрованная, для обменного переливания	Эритроцитная масса	Эритроцитная масса лейкофилтрованная	Эритроцитная взвесь	Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная	
9	10	11	12	13	14	

кестенің жалғасы

Компонеттің атауы (мөлшері, мл/доз) ЭРИТРОЦИТТЕР						
Наименование компонента (количество мл/доз) ЭРИТРОЦИТЫ						
Жуылған эритроциттер	Сәулеленген, жуылған эритроциттер	Аферездік эритроциттер	Аферездік, лейкофилтрленген эритроциттер	Аферездік, лейкофилтрленген, сәулеленген эритроциттер	Қалыптасқан, ерітілген эритроциттер	Нәрестеле сәбилерге алынған эритроцит масса (аз к)
Эритроциты отмытые	Эритроциты отмытые, облученные	Эритроциты аферезные	Эритроциты аферезные лейкофилтрованные	Эритроциты аферезные лейкофилтрованные, облученные	Эритроциты размороженные, восстановленные	Эритроцит масса удаленны ЛТС д переливаг новорожде и младен малые объ
19	20	21	22	23	24	25

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
97-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

--	--

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 № 423/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 423/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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. | 1. Заполняется ответственным лицом. |
| 2. Ведомоста көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады. | 2. При производстве продуктов крови, не указанных в ведомости, добавляется графа в соответствующие разделы. |
| 3. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін. | 3. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях. |

Р/с № № п/п	Ортаның атауы Наименование сред	Өлшем бірлігі Единица измерения	К ү н басындағы қалдық Остаток на начало дня	Кіріс Приход			Шығыс Расход	
				Алынғанның барлығы Всего получено	Оның ішінде В том числе		Берілгеннің барлығы Всего выдано	Оның іші В том чис
Қ О бөлімдерінен (КҚБ) Из отделов ЦК (ОПК)	Басқа ұйымдардан Из других организаций							
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Жаңа алынған лейкофилтрленген қан Кровь цельная лейкофилтрованная	мл/доз						
	Эритроциттік масса							

2	Эритроцитная масса	мл/доз						
3	Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная	мл/доз						
4	Эритроциттік жүзінді 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 вирусиактивированные	мл/доз						
	Қалыптасқан, біріктірілген,							

13	лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованные	мл/доз						
14	Қалыптасқан, біріктірілген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, вирусиактивированные	мл/доз						
15	Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофилтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованные вирусиактивированные	мл/доз						
16	Жаңа мұздатылған плазма П л а з м а свежезамороженная	мл/доз						
17	П л а з м а свежезамороженная карантинизированная	мл/доз						
18	Лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма П л а з м а свежезамороженная лейкофилтрованная	мл/доз						
19	Карантинделген, лейкофилтрленген плазма П л а з м а карантинизированная лейкофилтрованная	мл/доз						
20	Иммундық, жаңа мұздатылған плазма П л а з м а свежезамороженная иммунная	мл/доз						
	Аферездік, жаңа мұздатылған плазма							

21	П л а з м а свежемороженная аферезная	мл/доз						
22	Аферездік, карантинделген, жаңа мұздатылған плазма П л а з м а свежемороженная аферезная, карантинизированная	мл/доз						
23	Аферездік, лейкофилтрленген, жаңа мұздатылған плазма П л а з м а свежемороженная аферезная, лейкофилтрованная	мл/доз						
24	Аферездік, вирустазартылған, жаңа мұздатылған плазма П л а з м а свежемороженная аферезная, вирусинактивированная	мл/доз						
25	Криопреципитат	доз						
26	Карантинделген криопреципитат Криопреципитат карантинизированные	доз						
27	5% Альбумин	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						
	Антирезус иммуноглобулинi							

32	Иммуноглобулин антирезус	мл/доз						
33	Қан тобын анықтауға (АВО) арналған стандартты сарысу (гемосарысулар) Стандартная сыворотка для определения группы крови (АВО) (гемосыворотки)	мл						
34	Резус-факторды анықтауға арналған стандартты сарысу (эмбебап реагент) Стандартная сыворотка для определения резус фактора (универсальный реагент)	мл						
35	Полиглюкин - 33%	мл						
36	Цоликлондар Цоликлоны	мл						
37	Желатин - 10% - 10 мл	мл						
38	Фибрин желімі Фибринный клей	мл/доз						
39								
40								
41								
42								

20__ жылғы (года) " __ " _____

Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица _____

— *Дайын өнімді беру бөлімшесінің жауапты адамы толтырады (Заполняется ответственным лицом отделения выдачи продукции)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 98-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 7-қосымша

Нысан

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 № 425/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донорлардың зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов крови доноров, поступивших для лабораторных исследований

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
 басталды (начато) аяқталды (окончено)

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Журналды қанды тестілеу зертханасында және трансфузиялық инфекциясы зертханасында тіркеуші толтырады.</p> <p>2. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін.</p> | <p>1. Журнал заполняется регистратором в лаборатории тестирования крови и в лаборатории трансфузионных инфекций.</p> <p>2. Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі

Нысан

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 № 425-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

МҰ түскен қанның иммуногематологиялық зерттеуінің нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований крови, поступившей из МО

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Журналды зертхананың 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</p> <p>2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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	Резус тиістілігі Резус принадлежность при поступлении	Талдаулардың атауы Наименование анали	
								Қан тобы Группа крови	Резус тиістілігі Резус принадлежн (фенотип)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 100-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 7-қосымша

Нысан

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 № 425-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындау журналы Журнал изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов

20__ жылғы (года) "___" _____ 20__ жылғы (года) "___" _____
 басталды (начато) аяқталды (окончено)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады.</p> <p>2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс.</p> | <p>1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории.</p> <p>2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и и подписью руководителя организации.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Сериясы Серия	Дайындау күні Дата изготовления	Сәйкестендіру нөмірі (танбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Қайдан келіп түсті Откуда получено	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Фенотипі Фенотип	Агглютинабельдігі Агглютинабельность	А , В агглютиногендер титрі Т и т р агглютиногенов: В
1	2	3	4	5	6	7	8

--	--	--	--

Қан (эритроциттік масса және т.б.) көлемі - мл Объем крови (эритроцитной массы и т.д.) - мл			Консервант		Дайындалған стандартты консервіленген) эритроциттер		Ескертпе Примечание	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица
Жалпы Общий	Пайдаланған Использованной	Калдық Остаток	Сериясы Серия	Көлемі - мл Объем - мл	Көлемі - мл Объем - мл	Жарамдылық мерзімі Срок годности		
9	10	11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
101-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 425-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований донорской крови

20__ жылғы (года) "___" _____ 20__ жылғы (года) "___" _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды тегін және ақылы донорларға бөлек зертхананың жауапты адамы толтырады 1. Журнал заполняется ответственным лицом в лаборатории отдельно на безвозмездных и платных доноров

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

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) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Резус жүйесі бойынша антигендер фенотипі Фенотип антигенов по системе резус							Эритроциттердің басқа антигендері Другие антигены эритроцитов Kell	Антиденелердің болуы Наличие антител (титр)	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица	Ес П
				D	d	C	c	E	e					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
102-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 425-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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					Донор			
		ТАӘ ФИО	Диагнозы	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	Резус жүйесі бойынша фенотипі Фенотип системы резус	Басқа антигендері Другие антигены	ТАӘ ФИО	АВО 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	8	9	10	11

Реципиент қанын аллоиммундық эритроцитке қарсы антиденелердің бар-жоқтығына зерттеу Исследование крови реципиента на наличие аллоиммунных антиэритроцитарных антител							Реципиент Проба на
АВО жүйесінің антиденелері Антитела системы АВО		Резус жүйесінің антиденелері Антитела системы резус		C ₃ компонентінің компоненті Компонент комплемента C ₃		Резус жү Совмест	
әдістері методы		әдістері методы		әдістері методы		әдістері	
Жазықтықта 10% унитиол қолдану Использование 10% унитиола на плоскости	Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации	НАГТ немесе 10% желатинді қолдану НАГТ или использование 10% желатины	Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации	НАГТ	Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации	НАГТ не 10% желатин қолдану НАГТ или использс 10% желатин	
12	13	14	15	16	17	18	

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 103-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Нысан

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 № 426/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 426/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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 лейкофилтрированная	Қан (мл) стандартты сарысу (мл) Кровь (мл) стандарт. сывор.(мл)				Жа
			Қан тобын анықтауға арналған изогемагглютинеуіш сарысу Изогемагглютинирующие сыворотки для определения группы крови	Стандартты эритроциттер Стандартные эритроциты	Әмбебап реагенттер Универсальные реагенты	Полюглокин – 33%	Пл
1	2	3	4	5	6	7	8

--

Жасушалық компоненттер (мл/доза)					
Клеточные компоненты (мл/доз)					
Карантинделшген криопреципитат	Вирустазартылған криопреципитат	Эритроциттік масса	доза	Лейкофилтрленген эр. масса	доза
Крипреципитат карантинизированный	Криопреципитат вирусинактированный	Эритроцитарная масса		Эр. масса лейкофилтрованная	
25	26	27	28	29	30

Нысанның артқы беті

Разворот формы

Беру күні	Эритроциттік жүзінді	доза	Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді	доза	Жуылған эритроциттер (мл)	доза	Лейкофилтрленген, жуылған эритроциттер	доза	Лейкоциттік масса
Дата	Эритроцитная взвесь		Эритроцитарная взвесь		Отмытые эритроциты (мл)		Эритроциты отмытые лейкофилтрованная		Лейкоцитная масса
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Альбумин 5% - 200 мл	флакон	Альбумин 10% - 20 мл	флакон	Альбумин 10% - 50 мл ерітіндісі (раствор)	флакон	Альбумин 10%- 100 ерітіндісі (раствор)	флакон	Альбумин 10% - 200 ерітіндісі (раствор)	флакон	Антистафилакокк иммуноглобулин (доза)
54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
104-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

А4 форматы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды
Формат А4	Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
107-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 436/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 436/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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 №	Қ а н компоненттерінің атауы	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы,			Бақылау жүргізілген күн	Бақылау нәтижелері Результаты контроля		

№ п/п	Наименование компонента крови	штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындалған мерзімі Дата заготовки	Сақтау мерзімі Срок хранения	Дата проведения контроля	Көлемі (объем) (мл)	Макробағалау Макрооценка	Гемоглобин г/доза
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Бақылау нәтижелері Результаты контроля															Қорытынды Заключение	Бақылау жүргізі адамның қолы Подпись, проводит контроль
Гранулоциттер Гранулоциты	Нәруыз құрамы Содержание белка г/доза	Тұнған сұйықтықтағы белоктың мөлшері Количество белка в надосадочной жидкости г/доза	рН	Осмолярлығы Осмолярность	Стерилдығы Стерильность											
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27				

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
108-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 437/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 437/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

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) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Шикізат түсу барысында сапаны бақылау бөлімшесі (СББ) толтырылады. | 1. Заполняется отделением контроля качества (ОКК) по мере поступления сырья. |
| 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. | 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации. |

Р/с №	Күні Дата		Өнім беруші Поставщик	Түскен материалдардың атауы, өндіруші ұйымы Наименование поступивших материалов, организация-изготовитель	Сериясының немесе партияның № № серии или партии	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Сыртқы түрі Внешний вид	Қапт. Упак
	ҚО-ға түсуі Поступления в ЦК	СББ ұсыну, кіріс бақылау өкілінің ТАӘ Предъявления ОКК, ФИО представителя входного контроля						
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования	С Б Б 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 меңгеруші ТАӘ жә қолы ФИО подпись заведующей складом

Зертхана атауы Наименование лаборатории	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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
109-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 405-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 405-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қанды жеке және арнайы іріктеуге

ЖОЛДАМА

НАПРАВЛЕНИЕ

на индивидуальный и специальный подбор крови

1. ТАӘ (ФИО) _____
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)

Нысан

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 № 410-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

HLA-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау нәтижесін тіркеу журналы Журнал регистрации результатов определения HLA-антител серологическим и ИФА методами

20__ жылғы (года) "__" _____ 20__ жылғы (года) "__" _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады.
1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.
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

Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
111-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 410-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

SBT типтеу әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SBT методики типирования

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды (начато) 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	Д Н К концентрациясы Концентрация ДНК	Үлгінің штрих коды Штрих код образца	Зерттеу әдісі Методы исследования	Дәрігердің қолы Подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына

Нысан

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 № 410-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики типирования

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
 басталды (начато) 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	Д Н К концентрациясы Концентрация ДНК	Анықталатын локустар Определяемые локусы	Қолданылған праймер фирмасы және сериясы Применяемые фирмы праймера и серия	Пайдаланылған полимеразаның түрі және сериясы Применяемый вид и серия полимеразы	Қ о с п а дайындаушыны қолы Подпись готовившего смесь
1	2	3	4	5	6	7	8	9

№ 514 бұйрығына
113-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 410-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-7/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

HLA-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды (начато) 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 Д а т а выделения	ТАӘ немесе үлгі № ФИО или № образца	Жолдаған МҰ Направляющая МО	Диагнозы Диагноз	Д Н К концентрациясы Концентрация ДНК	Қолы Подпись
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
114-қосымша

Нысан

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 № 410-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации приема и выдачи анализов

20__ жылғы (года) "__" _____ 20__ жылғы (года) "__" _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Р/с № № п/п	Күні Дата	МҰ МО	Донор немесе наукастың ТАӘ ФИО пациента и ли донора	Қан үлгісін зертеу мақсаты Цель исследования образца крови	Жарамсыздықтың себебі Причина брака	Курьердің колы Подпись курьера	Қабылдаған адамның колы Подпись принявшего	Талдау нәтижесін беру күні Дата выдачи результата анализа	Нәтижені қабылдаған адамның колы Подпись принявшего результат	Талдау нәтижес берген адамның колы Подпис выдавш результ анализо
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 115-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 7-қосымша

Нысан

А5 форматы Формат А5		
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 № 410-9/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	
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"/> сенсабилизациялау пайызы/процент сенсбилизации	
_____	<input type="checkbox"/> сенсабилизациялау пайызы процент сенсбилизации	

А5 фоґ
 Форма
 Нысан
 Код фо
 ҚҰЖЖ
 Код оґ

Қазақс
 Денсау
 Минст
 Респуґ

Ұйым
 Наиме

Лейкоц
 Резуль
 МҰ ата
 Бөлімш
 Реципи

Туған
 Кан то
 (Групп
 Талдау
 (Метод
 Сенсиф

<input type="checkbox"/> ELISA (ИФА)	<input type="checkbox"/> ерекшелігі/специфичность	Антиде (Специ Дәрігер Талдау (Дата г Талдау (Дата в
Ұлты(Национальность) _____ Мекенжайы, тел (Домашний адрес, тел) _____ Диагнозы (Диагноз) _____ Гематрансфузиялық анамнез _____ Гемотрансфузионный анамнез _____ Акушерлік сыртартқы (Акушерский анамнез) _____ ABO мен Rh(ABO и Rh) _____ Емдеуші дәрігердің ТАӘ (ФИО лечащего врача) _____ Дәрігердің байланыс тел. (Контактные тел. врача) _____ Қан алынған күн мен уақыты _____ Дата и время забора крови _____		

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 116-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 7-қосымша

Нысан

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 № 410-10/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-10/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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)

Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 117-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 7-қосымша

Нысан

А5 форматы Формат А5		А5 фоґ Форма
Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____ Код формы по ОКУД		
ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО		Нысан Код ф ҚҰЖЖ Код оґ
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		Қазақс Денсау Минис Респуґ
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-11/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907	
"Кросс-матч" үйлесімділігіне жеке сынамаға жолдама Направление на индивидуальную пробу на совместимость "Кросс-матч" Материал түрі (Вид материала):		Ұйым Наиме
Реципиент	_____ <input type="checkbox"/> антикоагулянт бар қан (кровь с антикоагулянтom)	
Донор	_____ <input type="checkbox"/> EDTA бар қан (кровь с EDTA)	"Кросс Резуль МҰ ата Бөлімі Рецип ТАӘ (с Қан то Туған (Дата ґ
	_____ <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 күні _____
 (Дата рождения)
 Талдауға жолдаған дәрігердің қолы _____
 (Подпись направившего врача)
 Талдауға жолдаған күні _____

Донор
 ТАӘ (с
 Сынам
 (Резул
 Дәрігер
 Талдау

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 118-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 7-қосымша

Нысан

A5 форматы
 Формат A5

Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____
 Код формы по ОКУД

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

Ұйымның атауы
 Наименование организации

Медицинская документация
 Форма № 410-12/у утверждена приказом
 и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 "23" ноября 2010 года № 907

Тромбоциттерді HLA-жүйесі бойынша арнайы іріктеу сынамасына жолдама
 Направление на специальный подбор тромбоцитов по HLA-системе
 Материал түрі (Вид материала):

Реципиент

антикоагулянты бар қан (кровь с антикоагулянтом)

A5 фоґ
 Форма
 Нысан
 Код ф
 ҚҰЖЖ
 Код оґ

Қазакс
 Денсау
 Минст
 Респуґ

Ұйым
 Наиме

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)
 АВО мен Rh (ABO и Rh) _____
 ҚЖТ тромбоциттер саны _____
 (Количество тромбоцитов в ОАК)
 Емдеуші дәрігердің ТАӘ (ФИО лечащего врача) _____
 Байланыс телефондар (Контактные телефоны) _____
 Қанды алған күні мен уақыты _____
 (Дата и время забора крови) _____

Тромбоциттер
 Результаты
 МҰ атауы
 Бөлімше
 Реципиенттің
 ТАӘ (С)
 Қан тоқырауы
 Туған күні
 (Дата рождения)
 Донор
 ТАӘ (С)
 Сынам
 (Результат)
 Дәрігер
 Талдау

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 119-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 7-қосымша

Нысан

АЗ форматы 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 № 410-13/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-13/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Антиденелерді серологиялық әдіспен анықтау нәтижелерін тіркеу журналы

Панель _____

5D

5E

5F

6F

6E

6D

6C

6B

6A

7A

7B

7C

7D

7E

7F

8F

8E

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 реципиента
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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
121-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 413-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алу
журналы**
**Журнал учета производства плазмы свежемороженой
вирусинактивированной**

20__ жылғы (года) "___" _____ 20__ жылғы (года) "___" _____
 басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады 1. Заполняется ответственным лицом
 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс 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.)							Қ а н компонент қайдан қабылданд (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови название отделения)
	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	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО	R h факторы R h фактор	Бастапқы мөлшері, мл Исходный объем, мл	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 122-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 7-қосымша

Нысан

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 № 413-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 123-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 7-қосымша

Нысан

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 № 413-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы

Журнал учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов

20__ жылғы (года) "___" _____ 20__ жылғы (года) "___" _____
 басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады
 2. 7 – 23 және 25-бағандары бойынша қорытынды шығарылады
 3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша баған қолданылуы мүмкін
 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
 5. * – "ерекше клиникалық көрсетілім" жағдайын көрсетеді
1. Заполняется ответственным лицом
 2. Итог подводится по графам 8 – 23 и 25
 3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале допускается применение дополнительной графы
 4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
 5. * – указывает на "особые клинические показания"

						Қ а н компоненті кайдан кабылданды	Сәулеленген қан* және оның Произведено облученной крои
		Сәйкестік нөмірі (таңбасы,	Донордың тегі, аты,	А В О жүйесі			Эритроциттер (жа Эритроциты (кро

Реттік № Порядковый №	Күні Дата	штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	әкесінің аты Фамилия, и мя, отчество донора	бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	R h факторы R h фактор	(бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения)	Емшараға дейінгі мөлшері Объем до процедуры	Лейкофилтрленг жаңа алынған қан Кровь цельная* лейкофилтрованы
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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 (ЛТК) Лейкоцитная масса (ЛТС)	Аферездік гранулоциттер Гранулоциты аферезные		Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан Восстановленные из дозы ЦК	Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан, жинақталған Восстановленные из дозы ЦК, пулированные	Аферездік Аферезные			
15	16	17	18	19	20	21	22	23
			Лейкофилтрленг Лейкофилтрованы		Лейкофилтрленг Лейкофилтрованы		Лейкофилтрленг Лейкофилтрованы	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
124-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907

Республики Казахстан	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 от "23" ноября 2010 года № 907

Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алу журналы

Журнал учета производства фибринового клея из дозы донорской плазмы

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Жауапты тұлға толтырады | 1. Заполняется ответственным лицом |
| 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс | 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации |

Реттік № Порядковый №	Жаңа мұздатылған плазманың паспорты (карантинделген) Паспорт плазмы свежемороженой (карантинизированной)					Жаңа мұздатылған плазма қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принята плазма свежемороженой (название отделения)	ЖМП-ны еріту күні мен режимі (t ⁰ C, уақыты) Дата и режим (t ⁰ C, время) размораживания СЗП
	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО	R h факторы R h фактор	ЖМП-ң бастапқы мөлшері (мл/доза) Исходный объем СЗП (мл/доза)		
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
125-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 413-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-7/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процесін тіркеу журналы

Журнал регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее дериватов

20__ жылғы (года) "___" _____ 20__ жылғы (года) "___" _____
 басталды (начато) 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	Мұздату режимі Режим замораживания			Аппараттың № және атауы и наименование аппарата
					Басталуы, сағат, минута Начало, час, минута	Аяқталуы, сағат, минута Конец, час, минута		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 126-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы

Нысан

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 № 418-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 418-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**Қан компоненттерін саластырмалы жарамсыздығы бойынша тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации компонентов крови по относительному браку**

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығаруға, паспорттауға жауапты адам толтырады.
2. 6-29-бағандар бойынша күнде қорытынды шығарылады.
3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіргенде тиісті бөлімшелерге баған қосылады.
4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының мөрімен және қолымен бекітілуі тиіс.

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 графа в соответствующие разделы.
4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Р/с № п/п	Донордын 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	Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл) Причина относительного брака, объем (мл/доза)			
					Аз дозасы Неполная доза		Хилез	
					Эритроциттік масса	Эритроциттік жүзінді	Эритроциттік масса	Эритрог жүзінді
					Эритроцитная масса	Эритроцитная взвесь	Эритроцитная масса	Эритрог взвесь

1	2	3	4	5	6	7	8	9

Салыстырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза)

Причина относительного брака, объем (мл/доза)

АЛТ				АВО және резус жүйесі бойынша сәйкес келм Несовпадение по системе АВО и резус		
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жана мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма	Жаңа алынған канның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жана мұздаты. плазма Свежезаморож плазма
15	16	17	18	19	20	21

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
127-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 422-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета выдачи плазмы и криопреципитата

20__ жылғы (года) "___" _____ 20__ жылғы (года) "___" _____
 басталды (начато) 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	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО	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 свежезамороженная	Карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная карантинизированная	Лейкофилтрленген, карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная лейкофилтрованная, карантинизированная	Лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная лейкофилтрованная	Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная вирусинактивированная	Ас мұпл П.св аф
9	10	11	12	13	14

Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2012 жылғы 31 шілдедегі
 № 514 бұйрығына
 128-қосымша
 Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің м.а.
 2010 жылғы 23 қарашадағы
 № 907 бұйрығына
 7-қосымша

Нысан

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 № 422-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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)

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 №	Күні	Медициналық ұйымның атауы	АВО жүйесі бойынша қан тобы	Rh-факторы	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы)	Дайындау күні
----------	------	------------------------------	-----------------------------------	------------	---------------------------------------------------------------	---------------

№ п/п	Дата	Жөнелтпе құжаттың № накладной	Наименование медицинской организации	Группа крови по системе АВО	Rh-фактор	Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дата заготовки
1	2	3	4	5	6	7	8

Компонеттің атауы (саны, мл/доз) ТРОМБОЦИТТЕР

Наименование компонента (количество мл/доз) ТРОМБОЦИТЫ

Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови лейкофилтрованные	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови вирусинактивированные	Қалыптасқан, біріктірілген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные	Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованные	Қалыпт: біріктірілген лейкофи. вирустаз тромбоц Тромбо восстановленные, пулиров лейкофи. вирусина
9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
129-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 422-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета выдачи стандартных диагностикумов

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 №	Күні Дата	Жөнелтпе құжаттың № № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации	Өнімнің атауы СТАНДАРТТЫ ДИАГНОСТИКУМДАР Наименование продукта СТАНДАРТНЫЕ ДИАГНОСТИКУМЫ								Желатин 10% (флакон)	Пс 33
				Изогемаглютинеуіш сарысу (мл)	Әмбебап реагент (мл)	Цоликлондар Цоликлоны (мл)				D супер резус			
						Изогемаглютинирующая сыворотка (мл)	Универсальный реагент (мл)	Анти А	Анти В		Анти АВ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
130-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 "23" қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	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 от "23" ноября 2010 года № 907

Қан препараттардың 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 № Күні № п/ п	Жөнелтпе күжаттың № № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации	Серия № № серии	Өндіруші Изготовитель	Альбумин ерітіндісі саны, мл) Раствор Альбумина (			Ампулалар (дана) Ампулы (штук)		А д а м иммуногл калыпты Иммуногл человека нормальнь
					количество, мл)	5%	10%	20%	Қанның басқа препараттары И н ы е препараты крови		Иммуноглобулин антирезус
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
131-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Нысан

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 № 425-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации результатов биохимических исследований
донорской крови

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
 басталды (начато) 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 акуыз, г/л Общий белок, г/л	АЛАТ ммоль х сағ/ л АЛАТ ммоль х час/ л	Басқа зерттеулер Другие исследования	Ескертпе Примечание	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Нысан

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 № 425-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-9/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донор қанының клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы Журнал регистрации результатов клинических исследований донорской крови

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады.</p> <p>2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс.</p> | <p>1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории.</p> <p>2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Р/с	№	Эритроциттер NB x 10 ¹² /л	Гематокрит	Канның ұю уақыты, минут	Тромбоциттер x 10 ⁹ /л	Лейкоциттер x 10 ⁹ /л	Лейкоциттік формула Лейкоцитарная формула		
							Эритроциты x 10 ¹² /л	Время свертывания , минута	Тромбоциты x 10 ⁹ /л
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

№ п/п	нөмірі Лабораторный номер	Т.А.С ФИО	жылы Г о д рождения	Коды	Откуда поступила сыворотка	Д а т а постановки	Название тест-системы	(ЛОТ)			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	

III - реакция					Қорытынды нәтиже Окончательный результат	Сынаманы ЖИТС орталығына жіберу күні Д а т а отправки пробы в центр СПИД	Ж И Т С орталығындағы жолдаманың нөмірі Н о м е р направления в центре СПИД	ЖИТС ор Результат	
Жасау уақыты Д а т а постановки	Тест-жүйенің атауы Название тест-системы	Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже Результат				Күні Дата	Зерт нөмі ИБ) Лабс ном ИБ)
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
135-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 433-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу жолдамасы

Направление для исследования на трансфузионные инфекции

- 1, 3, 4, 5, 6-бағандарын үлгілер жеткізілген бөлімінің қызметкері толтырады.
 - 2, 7-11-бағандарын зертхананың уәкілетті қызметкерлері толтырады.
 - Жолдаманың екі нұсқасы жеткізіледі, талдау нәтижелері қойылғаннан кейін бір дана қан компоненттерін іріктеу бөліміне беріледі, екіншісі зертханада қалады.
 - Жолдаманы электрондық және дәстүрлі қағаз түрінде де жүргізуге болады.
- Графы 1, 3, 4, 5, 6, заполняется сотрудниками отделения, откуда доставлены образцы.
 - Графы 2, 7-11 заполняются уполномоченными сотрудниками лаборатории.
 - Направление доставляются в двух экземплярах, после проставления результатов анализов один экземпляр передается в отделение выбраковки, второй остается в лаборатории.
 - 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)	Зерттеу нәтижесі (результаты исследований)				
						HIV 1.2	HBsAg	HCV	Мерез сифилис	ПЦР-МРХ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Тізімді толтырған күн 201 жылғы "___" _____

Жолдаманы толтырған адамның қолы _____

Зерттелген күні 201 жылғы "___" _____

Дәрігердің қолы _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
136-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

A4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907

Дата проведения контроля	Результаты контроля	Дата проведения контроля	Результаты контроля	Дата проведения контроля	Результаты контроля		проводившего контроль	
11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
137-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 446/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 446/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

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.

Кіндік қанды	Кіндік қанды алу	Кіндік қаның жеткізілім			АВО жүйесі бойнша		
--------------	------------------	-------------------------	--	--	-------------------	--	--

Р/с № п/п	жеткізу уақыты және күні Дата и время доставки	күні және уақыты Дата и время заготовки пуповинной крови	температурасы, градусов С Температура доставки пуповинной крови, градусов С	Әйел-донорының ТАӘ Ф И О женщины-донора	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	аналық қан тобы Группа материнской крови по системе АВО	Аналық қан тобының резус-тиістілігі Резус-принадлежность материнской крови	Жүкт босағ бойы Берел, ро. счету
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Нәрістің жынысы және салмағы Пол и вес новорожденного	Босандыру мекемесі Учреждение родовспоможения	Кіндік қанның мөлшері Количество пуповинной крови		Үлгінің штрих-коды Штрих-код образца	Айырбастау картадағы трансфузиондық инфекцияларға зертеу (күні, нәтижесі) Обследование на трансфузионные инфекции по данным обменной карты (дата, результат)			
		КҚ бар гемаконның жалпы салмағы, гр Общий вес гемакона с ПК, гр	Кіндік қанның "таза" салмағы, (гемакон мен консервантты есептемегенде), гр "Чистый" вес ПК (без учета веса гемакона и консерванта), гр		Мерез Сифилис	1, 2 АИТВ ВИЧ-1, 2	Вирусты гепатиттер Вирусные гепатиты	Басқала (көрсетін) Прочие укажите
10	11	12	13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
138-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907

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)				Кіндік қанды зерттеп-қарау және оның нәтиже Обследование пуповинной крови и результат		
		В вирусты гепатит Вирусный гепатит В	С вирусты гепатит Вирусный гепатит С	Мерез Сифилис	1, 2 АИТВ-инфекциясы ВИЧ-инфекция 1, 2	АВО жүйесі бойынша кіндік қанның тобы Группа пуповинной крови по системе АВО	Кіндік қанының резус-тиістілігі Резус-принадлежность пуповинной крови	Ядролық лейкоцит Определе ядросоде лейкоцит Ж а ң а алынған кіндік қанында В целью пуповинн крови
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы 31 шілдедегі
№ 514 бұйрығына
139-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы
№ 907 бұйрығына
7-қосымша

Нысан

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 № 446-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 446-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

**Кіндік қанының дің жасушалары үлгілерін криоконсервілеу процесін
жазу
ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ

записи процесса криоконсервации образцов стволовых клеток пуповинной крови

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды (начато) 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 Ф И О сотрудика	Ескертпе
п/п	Дата и время заготовки пуповинной крови	Дата и время криоконсервации образца	Штрих-код образца	Метод обработки	В и д криохранилища, месторасположение		Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2012 жылғы "31" шілдедегі № 514
бұйрығына
140-қосымша
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
бұйрығына
7-1-қосымша

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 СТАЦИОНАРЕ

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

№ / № п/п	Нысанның атауы Наименование формы	Нысан нөмірі Номер формы	Формат	Құжат түрі В и д документа	Сақталу мерзімі Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Науқастарды қабылдау және емдеуге жатқызудан бас тартуларды есепке алу журналы (Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации)	001/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)
2	Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы (Медицинская карта больного туберкулезом)	ТБ 01/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 30 бет (страниц)	5 жыл (лет)
3	Туберкулезге шалдыққан IV категориялық науқастың медициналық картасы (Медицинская карта больного туберкулезом категории IV)	ТБ 01/у – 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/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
5	Туберкулезбен ауыратын науқасты ауыстыру жолдамасы (Направление на перевод больного туберкулезом)	ТБ 09/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
6	Туберкулезбен ауыратын IV санаттағы науқастарды тіркеу журналы (Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV)	ТБ 11/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
7	Туберкулезге қарсы препараттарды (ТҚП) тіркеу журналы (Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов (ПТП))	ТБ 12/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
8	Емдеуге алынатын науқастың ақпараттық келісімі (Информированное согласие больного на лечение)	ТБ 14/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
9	Туберкулезге қарсы препараттардың қозғалысы туралы стеллажды карта (Стеллажная карта движения противотуберкулезных препаратов)	ТБ 19/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
10	Жөнелтпе құжат (Накладная)	ТБ 20/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
11	Жүкті, босанатын және жаңа босанған әйелдерді қабылдауды есепке алу журналы (Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц)	002/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	50 жыл (лет)
12	Стационарлық науқастың медициналық картасы (Медицинская карта стационарного больного)	003/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц)	25 жыл (лет)
13	Жүктілікті үзудің медициналық картасы (Медицинская карта прерывания беременности)	003-1/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц)	5 жыл (лет)
14	Температура парағы (Температурный лист)	004/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)

15	Дәрігерлік тағайындаулар парағы (Лист врачебных назначений)	004-1/y	A4	Бланк	25 жыл (лет)
16	Эритроцитқұрамды заттар трансфузиясының хаттамасы (Протокол трансфузии эритроцитосодержащих средств)	005/y	A4	Бланк	25 жыл (лет)
17	Қан компоненттері, препараттары трансфузиясының хаттамасы (Протокол трансфузий компонентов, препаратов крови)	005-1/y	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/y	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
19	Науқасының трансфузиялық парағы (Трансфузионный лист больного)	005-3/y	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/y	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
21	Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы (Журнал учета сбора ретроплацентарной крови)	006/y	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/y	A4	Бланк	1 жыл (год)
23	Стационардағы бос төсектерді есепке алу парағы (Листок учета свободных коек в стационаре)	007 -1/y	A4	Бланк	1 жыл (год)
24	Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу журналы (Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре)	008/y	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	50 жыл (лет)
25	Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы (Журнал регистрации переливания инфузионно-трансфузионных сред)	009/y	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/y	A4	Журнал, 48 стр.	5 жыл (лет)
27	Стационарда босануды жазу журналы (Журнал записи родов в стационаре)	010/y	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/y	A4	Дәптер (Тетрадь), 5 бет (страниц)	25 жыл (лет)
29	Науқасты операциядан кейін бақылау картасы (Карта послеоперационного наблюдения пациента)	011-2/y	A4	Бланк	25 жыл (лет)
30	Анестезиологтың консультациясы (Консультация анестезиолога)	011-3/y	A4	Бланк	25 жыл (лет)
	Жаңа туған нәрестенің реанимация және жіті терапия бөліміндегі науқас жағдайының негізгі көрсеткіштері мен				

31	тағайындаулары (Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии новорожденных)	011-6/y	A4	Бланк	25 жыл (лет)
32	Жүрек-қан тамырларына операция жасаудағы операция кезеңінің картасы (Карта операционного периода при проведении сердечно-сосудистых операций)	012/y	A4	Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страниц)	25 жыл (лет)
33	Патологоанатомиялық зерттеу хаттамасы (картасы) № __ (Протокол (карта) патологоанатомического исследования № _)	013/y	A4	Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц)	10 жыл (лет)
34	Патологиялық - гистологиялық зерттеуге жолдама (Направление на патолого-гистологическое исследование)	014/y	A5	Бланк	1 жыл (год)
35	Мәйіттердің түсуі мен берілуін тіркеу журналы (Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов)	015/y	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
36	Стационар, белімше 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)	016/y	A4	Бланк	1 жыл (год)
37	Биологиялық өлімді констатациялау актісі (Акт констатации биологической смерти)	017/y	A5	Бланк	25 жыл (лет)
38	Транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу актісі (Акт об изъятии органов тканей у донора - трупа для трансплантации)	018/y	A5	Бланк	25 жыл (лет)
39	Ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі (Акт констатации смерти на основании смерти мозга)	019/y	A4	Бланк	25 жыл (лет)
40	Республикалық деңгейде жоғары мамандырылған консультациялық-дагностикалық көмек алуға жолдама (Направление на получение высокоспециализированной консультативно-диагностической помощи на республиканском уровне)	021 / y	A5	Бланк	5 жыл (лет)
41	Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымдағы (бөлімшедегі) оқиғаларды тіркеу журналы (Журнал учета происшествий в наркологической организации для принудительного лечения (отделении))	022/y	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	5 жыл (лет)
42	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)
43	Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы (Журнал учета консервированного костного мозга)	024/y	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)
44	Қатерлі ісікпен ауырған стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме (Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием)	027-1/y	A4	Бланк	10 жыл (лет)

45	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/y	A4	Бланк	5 жыл (лет)
46	Материалды цитологиялық зерттеуге жіберу (Направление материала на цитологическое исследование)	027-3/y	A5	Бланк	5 жыл (лет)
47	Транспланттау үшін мейіттің бүйрегін алу туралы актісі (Акт об изъятии почки у трупа для трансплантации)	033/y	A5	Бланк	25 жыл (лет)
48	Консервіленген донорлық бүйрек паспорты (Паспорт консервированной донорской почки)	034/y	A5	Бланк	25 жыл (лет)
49	Бүйрек трансплантанты бар науқастың картасы (Карта больного с почечным трансплантатом)	041/y	A5	Бланк	25 жыл (лет)
50	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/y	A4	Бланк	25 жыл (лет)
51	Стационардан шыққан адамның картасы (Карта выбывшего из стационара)	066/y	A4	Бланк	1 жыл (год)
52	Наркологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (Статистическая карта выбывшего из наркологического стационара)	066-1/y	A4	Бланк	50 жыл (лет)
53	Онкологиялық стационардан шыққан адамның картасы (Карта выбывшего из онкологического стационара)	066-2/y	A4	Бланк	50 жыл (лет)
54	Психиатриялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (Статистическая карта выбывшего из психиатрического стационара)	066-3/y	A4	Бланк	50 жыл (лет)
55	Емдеуді жалғастыратын науқастың статистикалық картасы (Статистическая карта больного, продолжающего лечение)	066-п/y	A4	Бланк	1 жыл (год)
56	Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (жүкті, босанған әйелге және жаңа туған (өлі туған) нәрестеге) (Статистическая карта выбывших из стационара (беременных, родильниц и новорожденных (мертвоорожденных)))	066-5/y	A4	Бланк	1 жыл (год)
57	Босану тарихы (История родов)	096/y	A4	Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц)	25 жыл (лет)
58	Нәрестенің даму тарихы (История развития новорожденного)	097/y	A4	Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц)	25 жыл (лет)
59	Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) журналы Журнал отделения (палаты) новорожденных	102/y	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 В и д 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/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)
2	Консультацияға, диагностикалық жолдама (Направление на консультацию, диагностическое исследование)	001-4/ у	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)	022-2у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	5 жыл (лет)
4	Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме (Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного)	027/у	A5	Бланк	3 жыл (лет)
5	Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің қосымша парағы (Вкладной лист учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях)	028/у	A6	Бланк	25 жыл (лет)
6	Емшараларды есепке алу журналы (Журнал учета процедур)	029/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
7	Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы (Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии)	035/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
8	Дәрігерлік – консультациялық комиссиясының қорытындысы (Заключение врачебно – консультационной комиссии)	035 -1/ у	A4	Бланк	3 жыл (года)
9	Еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы (Книга регистрации листков нетрудоспособности)	036/у	A4	Кітап (Книга), 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
10	СӨСК, аурулардың профилактикасы жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы (Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ, профилактике заболеваний)	038/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
11	Медицина ұйымының ақпараттық – оқыту жұмысын тіркеу журналы (Журнал регистрации информационно-образовательной работы медицинской организации)	038-1/ у	A5	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)

12	Медицина қызметкердің халық арасында СӨС насихаттау, аурулардың алдын алу жөніндегі жұмыстың тіркеу журналы (Журнал регистрации работы медицинского персонала по пропаганде ЗОЖ, профилактике заболеваний среди населения)	038-2/ у	A5	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
13	Рентген-диагностикалық бөлімшесінің, УДЗ және компьютерлік томография бөлмесінің жұмысын есепке алу күнделігі (Дневник учета работы рентгенодиагностического отделения, кабинета УЗИ и компьютерной томографии)	039-5/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
14	Емхананың/эйелдер консультациясының орта медперсоналының жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы среднего медперсонала поликлиники/женской консультации)	039-6/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
15	Эндоскопиялық бөлімшенің (бөлмесінің) жұмысының есепке алу журналы (Журнал учета работы эндоскопического отделения (кабинета))	039-7/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
16	Функциялық диагностика бөлімшесінің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу журналы (Журнал работы отделения (кабинета) функциональной диагностики)	039-8/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
17	Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы (Карта лечашегося в кабинете лечебной физкультуры)	042/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
18	Физиотерапия бөлімшесінде (бөлмесінде) емделуші науқастың картасы (Карта больного, лечашегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете))	044/у	A5	Бланк	5 жыл (лет)
19	Физиотерапиялық бөлімшенің (бөлменің) күнделігі (Дневник физиотерапевтического отделения (кабинета))	046/у	A3	Бланк	1 жыл (год)
20	Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың процедураларын есептеу картасы (Карта учета процедур больного, лечашегося в кабинете иглорефлексотерапии)	047/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
21	Рентгенологиялық, ультрадыбыстық және компьютерлік-томографиялық зерттеулерді жазу журналы (Журнал записи рентгенологических, ультразвуковых и компьютерно-томографических исследований)	050/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	6 жыл (лет)
22	Сәуле терапиясына ұшыраған науқастың медициналық картасы (Медицинская карта больного, подвергающегося лучевой терапии)	051/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 12 бет (страниц)	25 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/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
24	Инфекциялық ауруларды тіркеу журналы (Журнал учета инфекционных заболеваний)	060/у	A5	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
25	Венерологиялық аурумен ауырған адамға ескерту (Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью)	065-2/ у	A5	Бланк	1 жыл (год)
26	Денесіне электрокардиоширатқыш (ЭКШ) қойылған науқастың картасы (Карта больного с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС))	073/у	A6	Бланк	25 жыл (лет)

27	Амбулаториялық науқастарды тіркеу журналы (Журнал регистрации амбулаторных больных)	074/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (лет)
28	Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы (Журнал регистрации и реабилитации инвалидов)	088-1/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (лет)
29	Өмірінде бірінші рет белсенді туберкулез, көбінесе жыныстық жолмен жұғатын инфекция, трихофития, микроспория, фавус, кышыма, 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/у	A5	Бланк	3 жыл (лет)
30	Обыр немесе басқа катерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған науқас туралы мәлімдеме (Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования)	090/у	A4	Бланк	3 жыл (лет)
31	Өмірінде алғаш рет нашакорлық диагнозы анықталған науқас туралы хабарлама-қағаз (Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании)	091/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
32	Спорттық ауыр жарақат туралы хабарлама (Извещение о тяжелой спортивной травме)	092/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
33	ГБО сеанстарын есепке алу картасы (Карта учета сеансов ГБО)	093/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
34	ГБО сеанстарын тіркеу журналы (Журнал регистрации сеансов ГБО)	093-1/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
35	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/у	A5	Бланк	3 жыл (года)
36	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/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
37	Ерікті медициналық сақтандыру бойынша медициналық қызметке ақы төлеу есебі (Счет для оплаты медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию)	099/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
38	Телемедициналық консультация өткізу туралы өтінім (Заявка на проведение телемедицинской консультации)	099-1/у	A5	Бланк	3 жыл (года)
39	Телемедициналық консультацияға жіберілген пациенттердің есебін жүргізу журналы (Журнал учета пациентов, направленных на телемедицинскую консультацию)	099-2/у	A4	Бланк	3 жыл (года)

40	Телемедицина орталығының телекоммуникация каналын пайдалану туралы тіркеу журналы (Журнал учета использования канала телекоммуникаций телемедицинским центром)	099-3/ у	A4	Бланк	3 жыл (года)
41	Аудандық телемедицина орталығының қызметі туралы есебі (Отчет о деятельности районного телемедицинского центра)	099-4/ у	A5	Бланк	3 жыл (года)
42	Телемедициналық консультация өткізу хаттамасы (Протокол проведения телемедицинской консультации)	099-5/ у	A4	Бланк	3 жыл (года)
43	Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы (Заключение судебно-психиатрической экспертизы)	100/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
44	Сотталған адамды психиатриялық куәландыру қорытындысы (Заключение психиатрического освидетельствования осужденного)	101/у	A5	Бланк	қуа (дмн)*
45	ИКСИ ЭКҰ шарасын өткізу хаттамасы (Протокол проведения процедуры ЭКО ИКСИ)	103/у	A4	Бланк	қуа (дмн)*
46	Туу туралы медициналық куәлік (Медицинское свидетельство о рождении)	103/у-12	A4	Бланк	5 жыл (лет)
47	Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың қорытындысы (Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении)	104/у	A4	Бланк	қуа (дмн)*
48	Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы тіркеу журналы (Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы)	105/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
49	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/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
50	Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік (Медицинское свидетельство о смерти)	106/у-12	A4	Бланк	5 жыл (лет)
51	Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік (Медицинское свидетельство о перинатальной смерти)	106-2/ у-12	A4	Бланк	5 жыл (лет)
52	Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы (Обменная карта беременной и родильницы)	113/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
53	ЭКҰ тағайындау парағы (Лист назначения ЭКО)	125/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
54	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/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
55	Анна өлім-жігімін есепке алу картасы (Карта учета материнской смертности)	2009-1/ у	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 В и д 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/у	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/у	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/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)
4	Емдеуге жатқызуға жіберілген және емдеуге жатудан бас тартқан науқастарды есепке алу журналы (Журнал учета больных, отправленных на госпитализацию и отказа в госпитализации)	001-6/у	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/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
6	Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы (Медицинская карта амбулаторного пациента)	025/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 24 бет (страниц)	25 жыл (лет)
7	Амбулаториялық пациенттің медициналық картасына жасөспірімге жапсырма парақ (Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного пациента)	025-1/у	A5	Дәптер (Тетрадь), 6 бет (страниц)	25 жыл (лет)
8	Қорытынды (анықталған) диагноздарды тіркеуге арналған статистикалық талон (Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов)	025-2/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
9	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/у	A5	Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страницы)	5 жыл (лет)
10	Дәрігердің қабылдауына арналған талон (Талон на прием к врачу)	025-4/у	A5	Бланк	1 ай (мес)
11	Амбулаториялық пациенттің картасы (Карта амбулаторного пациента)	025-5/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
12	Баланы профилактикалық медициналық тексерудің (скринингтің) статистикалық картасы (Статистическая карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка)	025-7/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
13	Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) үшін амбулаториялық пациенттің картасы	025-8/у	A4	Бланк	

	(Карта амбулаторного пациента для профилактического медицинского осмотра (скрининга))				1 жыл (год)
14	Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы (консультациялық-диагностикалық орталықтар (емханалар) үшін) (Статистическая карта амбулаторного пациента (для консультативно-диагностических центров (поликлиник))	025-9/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
15	Баланың медициналық картасы (Медицинская карта ребенка)	026/у	A5	Дәптер (Тетрадь), 11 бет (страниц)	10 жыл (лет)
16	Баланың медициналық картасы балалар үйі үшін (қыз бала) (Медицинская карта ребенка для детского дома (девочка))	026-1/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 11 бет (страниц)	10 жыл (лет)
17	Баланың медициналық картасы балалар үйі үшін (ұл бала) (Медицинская карта ребенка для детского дома (мальчик))	026-2/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 11 бет (страниц)	10 жыл (лет)
18	Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы (Контрольная карта диспансерного наблюдения)	030/у	A5	Бланк	5 жыл (лет)
19	"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/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
20	Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы (Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством)	030-2/у	A5	Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц)	5 жыл (лет)
21	Диспансерлік бақылаудың тексеру картасы (онко) (Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко))	030-6/у	A4	Бланк	5 жыл (лет)
22	Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу кітабы (Книга записи вызовов врачей на дом)	031/у	A4	Кітап (Книга), 94 бет (страниц)	3 жыл (года)
23	Үйде босануға көмектесуді жазу журналы (Журнал записи родовспоможения на дому)	032/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
24	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/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
25	Ортопед (ортодонт) стоматолог-дәрігерінің күнделікті жұмысын есепке алу парағы (Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда (ортодонта))	037-1/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
26	Емханада (амбулаторияда), диспансерде, консультацияда, үйде науқастарды карауды есепке алу ведомосы (Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, консультации и на дому)	039/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
	Денсаулық пунктiнiң, фельдшерлiк-акушерлiк пунктiнiң орташа медициналық персоналына қаралуды есепке алу ведомосы (

27	Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта)	039-1/ у	A4	Бланк	1 жыл (год)
28	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)	039-2/ у	A4	Бланк	1 жыл (лет)
29	Стоматолог-ортодонт-дәрігердің жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы врача стоматолога-ортодонта)	039-3/ у	A4	Бланк	1 жыл (год)
30	Стоматолог-ортопед дәрігердің жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы врача стоматолога ортопеда)	039-4/ у	A3	Бланк	1 жыл (год)
31	Дәрігерге қаралуға алдын ала жазылу карточкасы (Карточка предварительной записи на прием к врачу)	040/у	A5	Бланк	1 жыл (лет)
32	Стоматологиялық науқастың медициналық картасы (Медицинская карта стоматологического больного)	043/у	A5	Дәптер (Тетрадь), 5 бет (страниц)	5 жыл (лет)
33	Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы (Карта обратившегося за антирабической помощью)	045/у	A5	Бланк	3 жыл (года)
34	Мектеп оқушысының санациялық картасы (Санационная карта школьника)	048/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страницы)	10 жыл (лет)
35	Ауыз қуысын профилактикалық тексеріп - карауды есепке алу журналы (Журнал учета профилактических осмотров полости рта)	049/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	1 жыл (год)
36	Профилактикалық флюорографиялық тексеріп-карау картасы (Карта профилактических флюорографических обследований)	052/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
37	Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емдеу картасы (Лечебная карта допризывника)	053/у	A4	Бланк	5 жыл (лет)
38	Шақырылушылардың жеке тізімі (жүйелі түрде емдеуге) (Именной список допризывников (для систематического лечения)	054/у	A4	Бланк	5 жыл (лет)
39	Әскерге шақырылатын жасөспірімдер тізімі (тексерілуге) (Именной список допризывников (на обследование)	054-1/ у	A4	Бланк	5 жыл (лет)
40	Әскерге шақырылатын жасөспірімдер (диспансерлік қадағалауға) тізімі (Именной список допризывников (на диспансерное наблюдение)	054-2/ у	A4	Бланк	5 жыл (лет)
41	Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы (Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг)	055/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
42	Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны (Талон прикрепления к медицинской организации)	057/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
43	Балалар емханасының, емхана бөлімшесінің изоляторына баруды тіркеу журналы (Журнал регистрации посещений изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники)	059/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	3 жыл (года)

44	Дене шынықтырушы мен спортшының дәрігерлік-бақылау картасы (Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена)	061/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страницы)	3 жыл (года)
45	Спортшыны диспансерлік байқаудың дәрігерлік-бақылау картасы (Врачебно-контрольная карта диспансерного наблюдения спортсмена)	062/у	A5	Дәптер (Тетрадь), 26 бет (страниц)	5 жыл (лет)
46	Профилактикалық екпелердің картасы (Карта профилактических прививок)	063/у	A5	Бланк	5 жыл (лет)
47	Профилактикалық екпелерді есепке алу журналы (Журнал учета профилактических прививок)	064/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	3 жыл (года)
48	Жаңа туған нәрестелерге (перзентхана) профилактикалық екпелерді есепке алу журналы (Журнал учета профилактических прививок новорожденным (роддома))	064-1/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	3 жыл (года)
49	Вакциналар қозғалысының журналы (Журнал движения вакцин)	064-2/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	3 жыл (года)
50	Жыныстық аурумен ауыратын науқастың медициналық картасы (Медицинская карта больного венерическим заболеванием)	065/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	3 жыл (года)
51	Саңырауқұлақтық аурумен ауырған науқастың медициналық картасы (Медицинская карта больного грибковым заболеванием)	065-1/у	A5	Журнал, 48 бет (страниц)	3 жыл (года)
52	Күндізгі стационарда және үйдегі стационарда емдеуден өткен адамның статистикалық картасы (Статистическая карта прошедшего лечение в дневном стационаре и стационаре на дому)	066-4/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
53	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/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	3 жыл (года)
54	Дене шынықтыру іс-шараларына медициналық қызмет көрсетуді тіркеу журналы (Журнал регистрации медицинского обслуживания физкультурных мероприятий)	068/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	3 жыл (года)
55	Амбулаторлық операцияларды жазу журналы (Журнал записи амбулаторных операций)	069/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	3 жыл (года)
56	Жолдама алуға анықтама (Справка для получения путевки)	070/у	A5	Бланк	3 жыл (года)
57	Медициналық қорытынды (Медицинское заключение)	071/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
58	Санаториялық-курорттық карта (Санаторно-курортная карта)	072/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
59	Фельдшерлік-акушерлік пункттің бақылауында тұрған жүкті әйелдерді жазу дәптері (Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта)	075/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 48 бет (страниц)	25 жыл (лет)

60	Балалар мен жасөспірімдерге арналған санаториялық-курорттық карта (Санаторно-курортная карта для детей и подростков)	076/у	A5	Бланк	3 жыл (года)
61	Жолдама (балалар санаторийіне) (Путевка в детский санаторий)	077/у	A5	Бланк	3 жыл (года)
62	Туберкулезбен ауырған науқастар үшін санаторийге жолдама (Направление в санаторий для больных туберкулезом)	078/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
63	Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына медициналық анықтамасы (Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь)	079/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
64	Туберкулезбен ауыратын науқастың амбулаториялық картасы (Амбулаторная карта больного туберкулезом)	081/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 26 бет (страниц)	5 жыл (лет)
65	Туберкулезге күдікті науқастарды тіркеу журналы (Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез)	ТБ 15/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	5 жыл (лет)
66	Диспансерлік контингентті бақылау картасы (Карта наблюдения за диспансерным контингентом)	ТБ 16/у	A5	Бланк	5 жыл (лет)
67	Шет елге шығушыға медициналық анықтама (Медицинская справка (для выезжающего за границу))	082/у	A5	Бланк	3 жыл (года)
68	(Мемлекеттік автоинспекцияға көрсету үшін) Медициналық анықтама (Медицинская справка (для представления в Госавтоинспекцию))	083/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
69	Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы (Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу)	084/у	A5	Бланк	3 жыл (года)
70	Туберкулезге қарсы диспансердің, аурухананың (емхананың) туберкулезге қарсы диспансерлік бөлімшесінің (бөлмесінің) учаскелік мейірбикесінің картасы (Карта участковой медсестры противотуберкулезного диспансера, противотуберкулезного диспансерного отделения (кабинета) больницы (поликлиники))	085/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц)	5 жыл (лет)
71	Дәрігерлік кәсіби-консультациялық қорытынды медициналық анықтама (Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)	086/у	A5	Бланк	3 жыл (года)
72	Денсаулық сақтау ұйымы заң консультантының жұмысын жазу кітабы (Книга записи работы юрисконсульта организации здравоохранения)	087/у	A4	Книга 96 бет (страниц)	5 жыл (лет)
73	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/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
74	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/у	A4	Бланк	3 жыл (года)

75	Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы (Индивидуальная карта беременной и родильницы)	111/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 6 бет (страниц)	5 жыл (лет)
76	Баланың даму тарихы (ұл бала) История развития ребенка (мальчик)	112-б(м)/у	A4	Дәптер (Тетрадь)	25 жыл (лет)
77	Баланың даму тарихы (қыз) История развития ребенка (девочка)	112-к(д)/у	A4	Дәптер (Тетрадь)	25 жыл (лет)
78	Учаскелік (патронаждық) мейірбикенің (акушердің) үйлерге жұмыс істеуін есепке алу дәптері (Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки))	116/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 24 бет (страниц)	5 жыл (лет)
79	Инфекциялық аурулар кабинетінің жұмысын есепке алу журналы (Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний)	128/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
80	Рецепт (рецепт)	130/у	A6	Бланк	1 жыл (год)
81	Профилактикалық тексеріп-қарауларды есепке алу картасы (Карта учета профилактических осмотров)	131/у	A5	Бланк	5 жыл (лет)
82	Тегін немесе жеңілдікті рецепт (рецепт бесплатный или льготный)	132/у	A6	Бланк	1 жыл (год)
83	Дәрілік заттарды тегін және жеңілдікпен босатуға арналған рецептердің бланкілері есебін жүргізу кітабы (Книга учета бланков рецептов на бесплатный и льготный отпуск лекарственных средств)	133/у	A4	Кітап (Книга)	5 жыл (лет)
84	Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы анықтама (Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком)	138/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
85	Амбулаториялық науқастарды тіркеу журналы (Журнал регистрации амбулаторных больных)	278/у	A4	Журнал	3 жыл (года)
86	Диспансерлік бақылау картасы (Карта диспансерного наблюдения)	279/у	A5	Дәптер (Тетрадь)	3 жыл (года)

4. БАСҚА ТҮРДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ

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/у	A5	Бланк	1 жыл (год)

2	Төтенше жағдайда зардап шеккеннің (науқас) алғашқы медициналық картасы (Первичная медицинская карта пораженного (больного) в чрезвычайной ситуации)	025-6/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
3	Төтенше жағдайлар (ТЖ) туралы шұғыл мәлімет жеткізу (Экстренное донесение о чрезвычайной ситуации (ЧС))	058-1/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
4	Төтенше жағдайлар туралы жедел мәлімет жеткізу (Срочное донесение о чрезвычайной ситуации)	058-2/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
5	Төтенше жағдайларды (ТЖ) есепке алу журналы (Журнал учета чрезвычайных ситуаций (ЧС))	060-1/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
6	АИТВ-жұқтырғандардың (ИБ (+) тіркеу журналы (Журнал регистрации ИБ (+) ВИЧ-инфицированных)	060-2/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	куа (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/у	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/у	A4	Журнал	2 жыл (года)
9	Оңалту картасы (Реабилитационная карта)	107/у	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/у	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/у	A5	Бланк	2 жыл (года)
12	Учаскелік дәрігерге жіберілетін дабыл парағы (Сигнальный лист участковому врачу)	110-1у	A5	Бланк	2 жыл (года)
13	Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағы (Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи)	114/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
14	Жедел медициналық жәрдем станция жұмысының күнделігі (Дневник работы станции скорой медицинской помощи)	115/у	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/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
16	Санитариялық ұшуға тапсырма (Задание на санитарный полет)	118/у	A5	Бланк	1 жыл (год)

17	Консультант-дәрігерге - тапсырма (Задание врачу-консультанту) . Тапсырманың орындалғаны туралы анықтама (Справка о выполнении задания).	119/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
18	Жоспарлы шығуды (ұшып шығуды) тіркеу журналы (Журнал регистрации плановых выездов (вылетов))	120/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	3 жыл (года)
19	Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы (Журнал учета приема детей в дом ребенка)	121/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	5 жыл (лет)
20	Бөбектер бақшасына балаларды қабылдауды есепке алу журналы (Журнал учета приема детей в ясли-сад)	122/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	5 жыл (лет)
21	Бөбектер бақшасына балалардың күнделікті келуін есепке алу табелі (Табель учета ежедневной посещаемости детей ясли-сада)	123/у	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/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
23	Гемодиализ емшараларын есепке алу картасы (Карта учета процедур гемодиализа)	150/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
24	Экстракорпоралдық гемокоррекцияның картасы (Карта экстракорпоральной гемокоррекции)	150-1/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
25	Плазмаферез картасы (Карта плазмафереза)	150-2/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
26	Қанның ультракүлгін сәулеленуі, қанның лазерлік сәулеленуі картасы (Карта ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови)	150-3/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
27	Плазманы сүзгілеу картасы (Карта плазмофльтрации)	150-4/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
28	Велоэргометриялық зерттеу хаттамасы (Протокол велоэргометрического исследования)	202/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
29	Электрокардиограмма	203/у	A5	Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страницы)	25 жыл (лет)
30	Фонокардиограмма	209/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
31	Жүрек қызметінің фазалық талдау (поликардиография) (Фазовый анализ сердечной деятельности (поликардиография))	212/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
32	Эхокардиографиялық тексеру картасы (Карта эхокардиографического обследования)	213/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
33	Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы (Карта лечашегося в кабинете лечебной физкультуры)	213-2/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
34	ӨаЭФЗ хаттамасы-өнеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу (Протокол ЧпЭФИ-чрезпищеводного электрофизиологического исследования)	225/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
35	Реография	226/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)

36	Зональдық реография (Зональная реография)	229/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
37	Спирография	231/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
38	Эхоэнцефалография	243/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
39	Электроэнцефалография	243-1/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
40	Перифериялық қан тамырларын функциялық зерттеу (Функциональное исследование периферических сосудов)	246/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
41	Ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование)	247/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
42	Емшек бездерін зерттеу хаттамасы (Протокол исследования грудных желез)	247-1/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
43	Ультрадыбыстық тексеру (жатыр, жатыр мойыны, аналық без) (Ультразвуковое исследование (матки, шейки матки, яичника))	247-2/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
44	Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование беременной)	247-3/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
45	Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности)	247-3/1у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
46	Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности)	247-3/2у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
47	Ультрадыбыстық зерттеу (бауыр, от қабы, ұйқыбез, көкбауыр, бүйректер) (Ультразвуковое исследование (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки))	247-4/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
48	Қуықты ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование мочевого пузыря)	247-5/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
49	Қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование щитовидной железы)	247-6/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
50	Қуық асты безін ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование предстательной железы)	247-7/у	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/у	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/у	A4	Журнал	3 жыл (года)
53	АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ)	264-2/у	A4	Журнал	3 жыл (года)
54	ПЦР әдісімен тексерудің қорытындысы (Результат исследования методом ПЦР)	264-3/у	A4	Журнал	5 жыл (лет)
55	ПЦР-ге жолдама (Направление на ПЦР)	264-4/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
56	Вирустық жүктемеге жолдама (Направление на вирусную нагрузку)	264-5/у	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/ у	А4	Бланк	1 жыл (год)
58	АИТВ-ға вирустық жүктемеге жолдама (Направление на вирусную нагрузку на ВИЧ)	264-7/ у	А4	Бланк	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/ у	А4	Бланк	1 жыл (год)
60	АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға резистенттілігіне жолдама (Направление на резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам)	264-9/ у	А4	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 /у	А4	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/у	А4	Бланк	1 жыл (год)
63	АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға төзімділігін зерттеу нәтижесі (Результат исследования резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам)	265-1	А4	Бланк	1 жыл (год)
64	Зерттеуге келген материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего на исследование)	266/у	А4	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/у	А4	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/ у	А4	Журнал	3 жыл (года)
67	Иммуноблот нәтижелерін есепке алу журналы (Журнал учета результатов иммуноблота)	267-2/ у	А4	Журнал	25 жыл (лет)
68	_____ ИФТ-ға алғашқы оң нәтижелі қан сарысуларын тіркеу журналы Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на _____ —	267-3/ у	А4	Журнал	3 жыл (года)
69	АИТВ-инфекциясын жұқтырған адамдардың оң нәтижелі сарысуының козғалысын тіркеу журналы (Журнал движения положительных сывороток от ВИЧ-инфицированных)	268/у	А4	Журнал	3 жыл (года)
70	Жұқтырылған материалдарды залалсыздандыру журналы (Журнал обеззараживания инфицированных материалов)	269/у	А4	Журнал	2 жыл (года)
71	АИТВ-ға антиденелерді тексеру қорытындысы (Результат исследования на антитела к ВИЧ)	270/у	А5	Бланк	1 жыл (год)
72	АИТВ/ЖИТС-мен сырқаттанудың үдеу көрсеткішінің есеп беру нысаны (Отчетная форма показателя прогрессирования заболеваемости ВИЧ/СПИДом)	270-1/ у	А4	Бланк	3 жыл (года)

73	АИТВ-инфекциясын жұқтырып қайтыс болған адамдарды есепке алу журналы (Журнал учета умерших ВИЧ-инфицированных)	270-2/ у	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/ у	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/ у	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/ у	A5	Журнал	3 жыл (года)
77	АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы (Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери)	270-6/ у	A4	Журнал	5 жыл (лет)
78	Зертхана қызметкерлерін тексеруді тіркеу журналы (Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории)	271/у	A4	Журнал	3 жыл (года)
79	АИТВ қарсы антиденелерге тексерілгені туралы куәлікті беру журналы (Журнал выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ)	272/у	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/ у	A4	Бланк	5 жыл (лет)
81	АИТВ-инфекциясы туралы шұғыл хабарлама (Экстренное извещение о ВИЧ-инфекции)	274/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
82	ЖИТС - диагнозының өзгергені туралы хабарлама (Донесения об изменении диагноза – СПИД)	274-1/ у	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/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
84	Зертханашы - дәрігердің жұмысын есепке алу күнделігі (Дневник учета работы врача-лаборанта)	277/у	A3	Бланк	1 жыл (год)
85	Бракераждық журнал (Бракеражный журнал)	280/у	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/у	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/ у	A4	Журнал	3 жыл (года)
88	CD-4, CD-8 тексерілген қанның қорытындысы Результаты исследования крови на CD-4.CD-8	281-2/ у	A4	Бланк	1 жыл (год)

5. СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМА ҰЙЫМДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ

МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Р/с № п/п	Нысаннның атауы Наименование формы	Нысан нөмірі Номер формы	Формат	Құжат түрі В и д 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/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
2	Куәландыруды сот-медициналық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта судебно-медицинской экспертизы свидетельствуемого)	170-1/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
3	Сот-медициналық куәландыру актісі (акт судебно-медицинского освидетельствования)	170-2/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
4	Медициналық-криминалистикалық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта медико-криминалистической экспертизы)	173/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
5	Сот-биологиялық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта судебно-биологической экспертизы)	173-1/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
6	Молекулалық-генетикалық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта молекулярно-генетической экспертизы)	173-2/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
7	Заттай айғақтарды сот-медициналық зерттеу актісі (Акт судебно-медицинского исследования вещественных доказательств)	173-3/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
8	Сот-гистологиялық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта судебно-гистологической экспертизы)	176/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
9	Химиялық-токсикологиялық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта химико-токсикологической экспертизы)	177/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
10	Химиялық-токсикологиялық зерттеу актісі (Акт химико-токсикологического исследования)	177-1/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
11	Сот-медициналық зертханаға жолдама (Направление в судебно-медицинскую лабораторию)	178/у	A5	Бланк	5 жыл (лет)
12	Химиялық-токсикологиялық зерттеуге жолдама (Направление на химико-токсикологическое исследование)	179/у	A4	Бланк	19 жыл (лет)
13	Сот-гистологиялық зерттеуге жолдама (Направление на судебно-гистологическое исследование)	180/у	A4	Бланк	10 жыл (лет)
14	Сот - медицина мәйітханасында мәйіттерді тіркеу журналы (Журнал регистрации трупов в судебно-медицинском морге)	181/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
15	Куәландырудың сот-медициналық сараптамаларын тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских экспертиз свидетельствуемых)	182/у	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/ у	A4	Журнал, 96 бет. (стр.)	10 жыл (лет)
17	Жыныстық жағдайлар (қылмыстар) бойынша сот-медициналық сараптамаларды тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских экспертиз по половым состояниям, преступлениям)	182-2/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
18	Сот-медициналық куәландыруды тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских освидетельствований)	182-3/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
19	Комиссиялық сот-медициналық сараптамаларды тіркеу журналы (Журнал регистрации комиссионных судебно-медицинских экспертиз)	183/у	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/ у	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/у	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/ у	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/у	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/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
25	Тірі адамдардың қанын сот-биологиялық бөлімде (бөлімшеде) зерттеуді тіркеу журналы (Журнал регистрации исследований крови живых лиц в судебно – биологическом отделе (отделении))	186-1/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	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/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	10 жыл (лет)
27	Сарапшының (ларының) қорытындысы (Заключение эксперта (экспертов))	188/у	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/у	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/у	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/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	25 жыл (лет)

**6. МЕДИЦИНА ҰЙЫМДАРЫНЫҢ ҚҰРАМЫНДАҒЫ ЗЕРТХАНАЛАРДЫҢ
МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПKE 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 В и д 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 исследования параметров контрольной сыворотки серии))	200/y	A5	Бланк	1 жыл (год)
2	Қан талдауына жолдау (Направление на анализ крови)	201/y	A5	Бланк	1 жыл (год)
3	Қанды биохимиялық генетикалық скринингке жолдау (Направление крови на биохимический генетический скрининг)	202/y	A5	Бланк	1 жыл (год)
4	Микробиологиялық зерттеуге жолдама (Направление на микробиологическое исследование)	204/y	A5	Бланк	1 жыл (год)
5	Санитариялық-микробиологиялық зерттеуге жолдама. Санитариялық-микробиологиялық зерттеу нәтижесі (Направление на санитарно-микробиологическое исследование. Результат санитарно-микробиологического исследования)	205/y	A5	Бланк	1 жыл (год)
6	Антиглобулиндік тестіге (тікелей сынама, тікелей емес сынама) жолдама (Направление на антиглобулиновый тест (прямой, непрямой))	206/y	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/y	A4	Бланк	1 жыл (год)
8	Глюкозаның тәуліктік экскрециясын талдау (Анализ - суточной экскреции глюкозы)	208/y	A5	Бланк	25 жыл (лет)
9	Несеп талдау (Анализ мочи)	210/y	A5	Бланк	25 жыл (лет)
10	Зимницкий бойынша несеп тадауы (Анализ мочи по Зимницкому)	211/y	A6	Бланк	25 жыл (лет)
11	Қан және несеп тадауы (А-амилаза белсенділігі) (Анализ крови и мочи (активность а-амилазы))	214/y	A6	Бланк	25 жыл (лет)
12	Несептің пішіндік элементтері санын анықтау талдауы (Анализ (определение количества форменных элементов мочи))	215/y	A6	Бланк	25 жыл (лет)
13	Қақырықты экспресс зерттеу (алгоритмдік талдау) (Экспресс - исследование мокроты (алгоритмический анализ))	216/y	A6	Бланк	25 жыл (лет)
14	Қақырық тадауы (Анализ мокроты)	216-1/ y	A6	Бланк	25 жыл (лет)

15	Плевралық сұйықтығының талдауы (Анализ плевральной жидкости).	216-2/ у	A6	Бланк	25 жыл (лет)
16	Қуық асты безі секретінің талдауы (Анализ секрета простаты)	217/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
17	Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектен бөлінген сұйықтар талдауы (Анализ отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки)	218/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
18	Копрологиялық зерттеу (Копрологическое исследование)	219/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
19	Гельминттер жұмыртқасы, жасырын қан, стеркобилин, билирубин нәжіс талдауы (Анализ кала (яйца гельминтов, скрытая кровь, стеркобилин, билирубин))	220/у	A7	Бланк	25 жыл (лет)
20	Асказан сұйықтығының талдауы (фракциялық зерттеу) (Анализ желудочного содержимого (фракционное исследование))	221/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
21	Ұлтабарды сүңгілеу картасы (Карта дуоденального зондирования)	222/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
22	Дуоденал сұйықтығының талдауы (Анализ дуоденального содержимого)	222-1/ у	A6	Бланк	25 жыл (лет)
23	Жұлын сұйықтығының талдауы (Анализ спинномозговой жидкости)	223/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
24	Қан талдауы (кенейтілген) (Анализ крови (развернутый))	224/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
25	Сүйек кемігі пунктатының талдауы (Анализ пунктата костного мозга)	227/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
26	Қанның биохимиялық талдауы (Биохимический анализ крови)	228/у	A4	Бланк	25 жыл (лет)
27	Биохимиялық талдауы Реберг сынамаcы (Биохимический анализ проба Реберга)	230/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
28	Қан талдауы глюкозамен жүктеуге төзімділік сынамаcы (Анализ крови проба на толерантность к нагрузке глюкозой)	232/у	A6	Бланк	25 жыл (лет)
29	Несеппен фосфор, кальций, оксалаттардың тәуліктік экскрециясы (Суточная экскреция с мочой фосфора, кальция, оксалатов)	233/у	A6	Бланк	25 жыл (лет)
30	Электролиттер мөлшеріне қан талдауы (Анализ крови (содержание электролитов))	234/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
31	Гормондар мен медиаторлардың мөлшерін анықтау қан талдауы (Анализ крови на содержание гормонов и медиаторов)	235/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
32	Гормондар мен медиаторлар мөлшеріне несеп талдауы (Анализ мочи на содержание гормонов и медиаторов)	236/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
33	Коагуологиялық зерттеу қан талдауы (Анализ крови (коагулогические исследования))	237/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
34	Талдау №__ қанды LE - клеткаға зерттеу (Анализ (исследование крови на LE - клетки))	238/у	A6	Бланк	25 жыл (лет)
35	Микробиологиялық зерттеу нәтижесі (Результат микробиологического исследования)	239/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
36	Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері (Результат микробиологического	240/у	A4	Бланк	

	исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам)				25 жыл (лет)
37	Перзентханалардан, ауруханалардан, шаштараздардан және басқалардан әкелінген материалды микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований материала из роддомов, больниц, парикмахерских и прочее)	240-1/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
38	Иерсинниозға микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований на иерсинниоз)	240-2/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
39	Мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық мөлшерін анықтаудың микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований по определению остаточных количеств антибиотиков в продуктах животноводства)	240-3/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
40	Ыдыстар мен қоректік орталарды бақылау журналы (Журнал контроля посуды и питательных сред)	240-4/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
41	Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений)	240-5/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
42	Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам)	240-6/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
43	Қанды гемокультураға микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований крови на гемокультуру)	240-7/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
44	Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований крови на стерильность)	240-8/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
45	Емдік балшықтарды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований лечебных грязей)	240-9/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
46	Қанды безгекке зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета исследований крови на малярию)	240-10/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
47	Қанды эхинококка зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета исследований крови на эхинококк)	240-11/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
48	Күнделікті тұтыну заттары мен қолдар жуындыларын зерттеуді есепке алу журналы (Журнал учета исследований смывов с предметов обихода и рук)	240-12/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
49	Балықты описторх пен жалпақ лентец құрттарын жұқтыруына зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета исследований рыбы на зараженность личинками описторха и широкого лентеца)	240-13/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
50	Уытты күл дақылын қайта себу журналы (Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии)	240-14/ у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)

51	Стафилококкты фаготиптеу журналы (Журнал фаготипирования стафилококка)	240-15 /у	A4	Журнал, 96 бет ((страниц)	1 жыл (год)
52	РСЭС-ке расталуға берілген культураларды тіркеу журналы (Журнал регистрации культур, переданных для подтверждения в РСЭС)	240-16 /у	A4	Журнал, 96 бет ((страниц)	1 жыл (год)
53	Безгек бойынша қолайсыз жерлерден келген адамдарды диспансерлік есепке алу журналы (Журнал диспансерного учета прибывших лиц из неблагополучных мест по малярии)	240-17 /у	A4	Журнал, 96 бет ((страниц)	1 жыл (год)
54	3.01.067-97 "Ауыз су" Сан ЕменН бойынша микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований по СанПиН 3.01.067-97 " Вода питьевая")	240-18 /у	A4	Журнал, 96 бет ((страниц)	1 жыл (год)
55	Күлге микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований на дифтерию)	240-19 /у	A4	Журнал, 96 бет ((страниц)	1 жыл (год)
56	Вассерман реакциясы және т.б. қан талдауы (Анализ крови - реакция Вассермана и др.)	241/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
57	Серологиялық зерттеулер нәтижесі қан тадауы (Анализ крови (результат серологических исследований)	242/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
58	Иммунологиялық талдауы (Иммунологический анализ)	244/у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
59	Иммунограмма	244-1/ у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
60	Иммуноглобулиндер (Иммуноглобулины)	244-2/ у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
61	Антистрептолизин-О, антигиалуронидаза, антистрептокиназа, С-реактивті нәруыз, ревматоид факторы, церулоплазмин қан талдауы (Анализ крови (антистрептолизин-О, ангиалуронидаза, антистрептокиназа, С-реактивный белок, ревматоидный фактор, цероплазмин))	244-3/ у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
62	Вирусты гепатиттердің маркерлеріне қанды зерттеу жолдама (Направление (исследование крови на маркеры вирусных гепатитов))	245/у	A6	Бланк	25 жыл (лет)
63	Иммуноферменттік талдау (Иммуноферментный анализ)	245-1/ у	A5	Бланк	25 жыл (лет)
64	Қанды экспресс-әдіспен талдау (Анализ крови экспресс-методом)	248/у	A5	Бланк	1 жыл (лет)
65	Қанды микрореакцияға жолдау (Направление крови на микрореакцию)	249/у	A5	Бланк	1 жыл (лет)
66	Талдаулар мен олардың нәтижесін тіркеу журналы (Журнал регистрации анализов и их результатов)	250/у	A4	Журнал	3 жыл (года)
67	Микробиологиялық және паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналы (Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований)	252/у	A4	Журнал	1 жыл (год)
68	Микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований)	253/у	A4	Журнал	1 жыл (год)

69	Шайындылардың стерильдігіне микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований смывов на стерильность)	253-1/ у	A4	Журнал	1 жыл (год)
70	Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы (Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха)	253-2/ у	A4	Журнал	1 жыл (год)
71	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/у	A4	Журнал	3 жыл (года)
72	Зертханалық тіркеу журналы (Лабораторный регистрационный журнал)	ТБ 04/ у	A4	Журнал	3 жыл (года)
73	Қақырықты туберкулез микобактериясына микроскопиялық тексеруге жіберетін жолдама (Направление на проведение микроскопического исследования мокроты на наличие микобактерии туберкулеза)	ТБ 05/ у	A4	Бланк	3 жыл (года)
74	ТМБ культурасын туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілерге сезімталдығын анықтауға жолдама (Направление на чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам)	ТБ 06/ у	A4	Бланк	3 жыл (года)
75	ТМБ культурасының туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығының нәтижелерін алуға арналған жолдама (Направление на получение результатов теста на лекарственную чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам)	Т Б 06А/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
76	Қақырықты Хpert МТВ/RIF-мен зертханалық зерттеуге жолдама (Направление на лабораторное исследование мокроты на Хpert МТВ/RIF)	Т Б 06Б/у	A4	Бланк	3 жыл (года)
77	Культуралық зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы (Лабораторный журнал учета культуральных исследований)	ТБ 17/ у	A4	Журнал	3 жыл (года)
78	ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы (Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ)	ТБ 18/ у	A4	Журнал	3 жыл (года)
79	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/ у	A4	Журнал	3 жыл (года)
80	НАIN тест және ХpertМТВ/RIF нәтижелерін есепке алу журналы (Журнал учета результатов НАIN-теста и ХpertМТВ/RIF)	ТБ 25/ у	A4	Журнал	3 жыл (года)
81	Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы (Журнал приготовления и контроля питательных сред)	256/у	A4	Журнал, 96 бет (страниц)	1 жыл (год)
82	Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру журналы (Журнал контроля работы стерилизатора воздушного, парового (автоклава))	257/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	1 жыл (год)

83	Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы (Рабочий журнал исследований на стерильность)	258/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	1 жыл (год)
84	Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы (Журнал регистрации серологических исследований)	259/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	1 жыл (год)
85	Серологиялық зерттеулерді тіркеу (мерезді диагностикалау) журналы (Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса))	260/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	3 жыл (года)
86	Зертханашы дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағы (Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта)	261/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
87	Зертханада жасалған талдаулар санын есептеу жұмыс журналы (Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории)	262/у	A4	Журнал, 48 бет (страниц)	1 жыл (год)
88	Кіріс бақылау актісі (Акт входного контроля)	263/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
89	Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу актісі (Акт приема - передачи образцов для исследования)	283/у	A5	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 В и д документа	Сақталу мерзімі Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Жолдама (Направление (донору на ФГ))	400/у	A6	Бланк	5 жыл (лет)
2	Анықтама (Донорға жұмыс орнына көрсету үшін берілді) (Справка (донору для предъявления по месту работы))	402/у	A6	Бланк	5 жыл (лет)
3	Қан тапсыруға, плазмаферезге және т.б. жолдама (Направление на кроводачу, плазмаферез и др.)	404/у	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/у	A4	Бланк	5 жыл (лет)
5	___ күні донорларды алдын ала зертханалық тексеруден өткізу ведомосы (Ведомость предварительного лабораторного обследования доноров за _____)	405-1/у	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/у	A4	Бланк	5 жыл (лет)

7	Қанды жеке және арнайы іріктеуге жолдама (Направление на индивидуальный и специальный подбор крови)	405-3/ у	A4	Бланк	3 жыл (лет)
8	Ақылы донордың медициналық қартасы (Медицинская карта платного донора)	406/у	A4	Дәптер (Тетрадь), 32 бет (страниц)	5 жыл (лет)
9	Тегін донордың қартасы (Карта безвозмездного донора)	407/у	A4	Бланк	1 жыл (год)
10	Донорларды иммундау емшараларын тіркеу журналы (Журнал регистрации процедур иммунизации доноров)	408/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
11	Донорларды иммундауды есепке алу ведомосы (Ведомость учета иммунизации доноров)	409/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
12	Донорлыққа қатысуға ниет білдірген тұлғаларды есепке алу күнделігі (Дневник учета лиц, обратившихся для участия в донорстве)	410/у	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
13	Донорлар мен науқастарды типтеу журналы (Журнал типирования доноров и больных)	410-1/ у	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
14	HLA-типтеу нәтижесі (Результат HLA-типирования)	410-2/ у	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
15	HLA-антиденелі донорларды тіркеу журналы (Журнал регистрации доноров с HLA - антителами)	410-3/ у	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/ у	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/ у	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/ у	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/ у	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
20	Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу журналы (Журнал регистрации приема и выдачи анализов)	410-8/ у	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
21	Лейкоциттік антиденелерді анықтауға жолдама (Направление на определение лейкоцитарных антител)	410-9/ у	A5	Бланк	3 жыл (лет)
22	HLA-жүйесі бойынша типтеуге жолдама (Направление на типирование по HLA-системе)	410-10/ у	A5	Бланк	3 жыл (лет)
23	"Кросс-матч" үйлесімділігіне жеке сынамаға жолдама (Направление на индивидуальную пробу на совместимость "Кросс-матч")	410-11/ у	A5	Бланк	3 жыл (лет)

24	Тромбоциттерді HLA-жүйесі бойынша арнайы іріктеу сынама сынама жолдама (Направление на специальный подбор тромбоцитов по HLA-системе)	410-12 /у	A5	Бланк	3 жыл (лет)
25	Антиденелерді серологиялық әдіспен анықтау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов определения антител серологическим методом)	410-13 /у	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 /у	A4	Журнал, 40 бет (страниц)	1 жыл (год)
27	Донор қанын дайындауды есепке алу журналы (Журнал учета заготовки донорской крови)	411/у	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/ у	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/у	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/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
31	Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства компонентов донорской крови)	413/у	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/ у	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/ у	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/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
35	Мұздатылған эритроциттерді өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства эритроцитов замороженных)	413-4/ у	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/ у	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 пазмы)	413-6/ у	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/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)

39	Криоконсервіленген қан компоненттерін өндіру журналы (Журнал производства криоконсервированных компонентов крови)	414/у	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/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
41	Ерітінділер бөлмесінің жұмысын есепке алу журналы (Журнал учета работы растворной)	416/у	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/у	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/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
44	Қан компоненттерін салыстырмалы жарамсыздығы бойынша тіркеу журналы (Журнал регистрации компонентов крови по относительному браку)	418-1/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
45	Карантиндеудегі _____(плазманың түрі) плазманы тіркеу журналы (Журнал регистрации плазмы _____(вид плазмы), находящейся на карантинизации)	419/у	A3	Бланк	1 жыл (год)
46	Карантиндеудегі _____(плазманың түрі) плазманың кірісі мен шығысының журналы (Журнал прихода и расхода плазмы _____(вид плазмы), находящейся на карантинизации)	420/у	A5	Бланк	1 жыл (год)
47	Трансфузиялық заттарға ақылы немесе тегін негіздегі өтінім (Заявка на трансфузионные среды на платной или бесплатной основе)	421/у	A5	Бланк	7 күн (дней)
48	Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу журналы (Журнал учета выдачи крови и клеточных компонентов – эритроцитов)	422/у	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/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
50	Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу журналы (Журнал учета выдачи плазмы и криопреципитата)	422-2/у	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/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
52	Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналы (Журнал учета выдачи стандартных диагностикумов)	422-4/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
53	Қан препараттардың босатуды есепке алу журналы (Журнал учета выдачи препаратов крови)	422-5/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
	Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және қаналмастырғылардың өнімді беру бөлімшесі бойынша				

54	қозғалысын есепке алу ведомосы (Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции)	423/у	A4	Бланк	5 жыл (лет)
55	Карантиндегі плазманы жою актiсi (Акт уничтожения плазмы, находящейся на карантинизации)	424/у	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 /у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
57	Донорлардың бастапқы зертханалық тексерулерін тіркеу журналы (Журнал регистрации первичного лабораторного обследования доноров)	425 -1/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
58	Донор қанының биохимиялық және клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов биохимических и клинических исследований донорской крови)	425-2/у	A4	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/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
60	Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындау журналы (Журнал изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов)	425-4/у	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/у	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/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
63	Жеке іріктелген қан нәтижесі (Результат индивидуального подбора крови)	425-7/у	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/у	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/у	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/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
67	Медициналық ұйымдарға трансфузиялық заттардың берілуін есепке алу картасы (Карта учета выдачи трансфузионных сред медицинской организации)	426/у	A3	Бланк	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/у	A5	Бланк	1 жыл (год)

69	Үй қояндарының эритроциттері қоюын дайындауды тіркеу журналы (Журнал регистрации приготовления взвеси эритроцитов кроликов)	427-1/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
70	Изоиммунды тұлғаны есепке алу картасы (Карта учета изоиммунного лица)	428/у	A5	Бланк	5 жыл (лет)
71	АВО жүйесі бойынша стандартты сарысу дайындау үшін түскен материалдарды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего для изготовления стандартной сыворотки системы АВО)	429/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	1 жыл (год)
72	Дайындалған АВО сарысуын тіркеу журналы (Журнал регистрации изготовленной стандартной сыворотки АВО)	430/у	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/ у	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/ у	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/ у	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/ у	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/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
78	Скринингке түскен сарысуларды есепке алу журналы (Журнал учета поступления сывороток на скрининг)	431-1/ у	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/у	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/ у	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/ у	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/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
83	Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы (Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции)	433-4/ у	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/ у	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/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
86	Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу № _____ жолдамасы (Направление для исследования на трансфузионные инфекции)	433-8/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
87	Өнімді мұздату процесін жазу журналы (Журнал записи процесса замораживания продукта)	434/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
88	Плазманың түсуін тіркеу журналы (Журнал регистрации поступления плазмы)	434-1/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
89	Плазманы фракциялауға беру журналы (Журнал передачи плазмы на фракционирование)	434-2/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
90	Өнім қозғалысының журналы (Журнал движения продукции)	434-3/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
91	Альбумин ерітіндісін өндірудің техникалық үдерісі журналы (Журнал технологического процесса производства раствора альбумина)	434-4/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
92	Адам иммуноглобулинін өндірудің технологиялық үдерісі журналы (Журнал технологического процесса производства иммуноглобулина человека)	434-5/ у	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/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	10 жыл (лет)
94	Өнімді лиофилизациялау процесін жазу журналы (Журнал записи процесса лиофилизации продукта)	435/у	A4	Журнал, 80 бет (страниц)	10 жыл (лет)
95	Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов контроля качества компонентов крови)	436/у	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/ у	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/ у	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/у	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/у	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/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
101	Қан компоненттерінің, препараттарының, каналмастырғыш заттардың сынақ үлгілерін Республикалық сапаны бақылау зертханасында сапасын тексеруге іріктеп алу актісі (Акт отбора проб компонентов, препаратов крови, кровезаменителей для проверки их качества в Республиканскую лабораторию контроля качества)	439-4/ у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
102	Биологиялық бақылау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов биологического контроля)	440/у	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/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
104	Талдау төлқұжаты (Аналитический паспорт)	442/у	A4	Бланк	қуа (дмн)*
105	Өнімнің дайын өнім қоймасына берілуін тіркеу журналы (Журнал регистрации выдачи продукции на складе готовой продукции)	443/у	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/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	5 жыл (лет)
107	Өнімге білдірілген рекламацияларды (наразылықтарды) есепке алу журналы (Журнал учета рекламации (претензий) на продукцию)	444-1/ у	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/у	A4	Журнал, 72 бет (страниц)	қуа (дмн)*
109	Кіндік қаны донорынан перифериялық қан мен кіндік қанды қабылдауды тіркеу журналы (Журнал регистрации приема)	446/у	A4		

	пуповинной крови и периферической крови донора пуповинной крови)			Журнал, 72 бет ()* страниц)	куа (дмн)*
110	Кіндік қан донорының кіндік қаны мен перифериялық қанын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов исследования пуповинной крови и периферической крови донора пуповинной крови)	446-1/у	А4	Журнал, 72 бет ()* страниц)	куа (дмн)*
111	Кіндік қанының дін жасушалары үлгілерін криоконсервілеу процесін жазу журналы (Журнал записи процесса криоконсервации образцов стволовых клеток пуповинной крови)	446-2/у	А4	Журнал, 72 бет ()* страниц)	куа (дмн)*

*куа- қажеттілік уақыты аяқталғанан (дмн - до минования надобности)

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК