

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы есепке алу мен есеп құжаттамасының нысандарын бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2021 жылғы 24 тамызда № 24082 болып тіркелді.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 7 бабының 31 тармақшасына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

Ескерту. Кіріспе жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

1. Мыналар:

1) осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес бактериологиялық тесттерді іріктеу актісінің нысаны;

2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес био тестілерді іріктеу актісінің нысаны;

3) осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес шайындыларды іріктеу актісінің нысаны;

4) осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес су үлгілерін іріктеу актісінің нысаны;

5) осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес сынамаларды (ауаны (ауа ортасын бактериологиялық зерттеу), дәрілік нысандарды, зарарсыздыққа, полимер және басқа да материалдар үлгілерін, олардан жасалған бұйымдарды, химиялық заттар мен композицияларды, балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді) іріктеу актісінің нысаны;

6) осы бұйрыққа 6-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерін іріктеу актісінің нысаны;

7) осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес зерттеу жүргізуге тамақ өнімдерін іріктеу актісінің нысаны;

8) осы бұйрыққа 8-қосымшаға сәйкес радиобелсенділікті зерттеуге үлгілер алу актісінің нысаны;

9) осы бұйрыққа 9-қосымшаға сәйкес дезинфекциялайтын заттардың сынамаларын алу актісінің нысаны;

10) осы бұйрыққа 10-қосымшаға сәйкес зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеуге үлгі алу нысаны;

11) осы бұйрыққа 11-қосымшаға сәйкес кенелерді (буынаяқтыларды) жинау актісінің нысаны;

12) осы бұйрыққа 12-қосымшаға сәйкес иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс жағдайын тергеп-тексеру нәтижелері туралы актісінің нысаны;

12-1) осы бұйрыққа 12-1-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру тағайындау туралы актісінің нысаны;

12-2) осы бұйрыққа 12-2-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру мерзімін ұзарту туралы актісінің нысаны;

12-3) осы бұйрыққа 12-3-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері туралы актісінің нысаны;

12-4) осы бұйрыққа 12-4-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы актісінің нысаны;

12-5) осы бұйрыққа 12-5-қосымшаға сәйкес өнімді (тауарды) сатып алу актісінің нысаны;

12-6) осы бұйрыққа 12-6-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері туралы актісінің нысаны;

13) осы бұйрыққа 13-қосымшаға сәйкес вирусологиялық зерттеуге жіберу жолдамасының нысаны;

14) осы бұйрыққа 14-қосымшаға сәйкес дезинфекциялау камерасына жолдамасының нысаны;

15) осы бұйрыққа 15-қосымшаға сәйкес қанды вирусты гепатиттердің маркерлеріне зерттеуге жолдамасының нысаны;

16) осы бұйрыққа 16-қосымшаға сәйкес сынама үлгілерін вирусологиялық зерттеулерге жолдамасының нысаны;

17) осы бұйрыққа 17-қосымшаға сәйкес Қызылша мен қызамыққа материалды (зерттелушіден, ауру адамнан) зерттеуге жолдамасының нысаны;

18) осы бұйрыққа 18-қосымшаға сәйкес санитариялық-паразитологиялық зерттеуге жолдамасының нысаны;

19) осы бұйрыққа 19-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған сынамалардың микробиологиялық тексеруге жолдамасының нысаны;

20) осы бұйрыққа 20-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған сынамалардың тексеруге жолдамасының нысаны;

21) осы бұйрыққа 21-қосымшаға сәйкес сынаманы тырысқақ қоздырғышына тексерудің жолдамасы және зерттеу нәтижесінің нысаны;

22) осы бұйрыққа 22-қосымшаға сәйкес материалдарды тырысқақ қоздырғышына зерттеу хаттамасының нысаны;

23) осы бұйрыққа 23-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдерінің үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;

- 24) осы бұйрыққа 24-қосымшаға сәйкес суды микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;
- 25) осы бұйрыққа 25-қосымшаға сәйкес шайындыларды микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;
- 26) осы бұйрыққа 26-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдерін микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;
- 27) осы бұйрыққа 27-қосымшаға сәйкес микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны (ауа, топырақ, дәрілік нысандар және басқалар);
- 28) осы бұйрыққа 28-қосымшаға сәйкес тасымалдаушылыққа микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;
- 29) осы бұйрыққа 29-қосымшаға сәйкес нәжісті бактериологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;
- 30) осы бұйрыққа 30-қосымшаға сәйкес мұнай өнімдерін және арнайы сұйықтықтарды қайта өңдеу үлгісін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 31) осы бұйрыққа 31-қосымшаға сәйкес молекулярлық-генетикалық сынақтарға арналған шикізат пен тамақ өнімдерін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 32) осы бұйрыққа 32-қосымшаға сәйкес тағам өнімдердің молекулярлы-генетикалық сынақтарға полимеразды тізбектеу реакциясы әдісімен зерттеу (ПТР) және иммуно-ферментті талдау (бұдан әрі – ИФТ) хаттамасының нысаны ;
- 33) осы бұйрыққа 33-қосымшаға сәйкес зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;
- 34) осы бұйрыққа 34-қосымшаға сәйкес полимерлік және басқа да материалдардың, олардан жасалған бұйымдардың, химиялық заттар мен композициялардың үлгісін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 35) осы бұйрыққа 35-қосымшаға сәйкес аэроиондар концентрациясын өлшеу хаттамасының нысаны;
- 36) осы бұйрыққа 36-қосымшаға сәйкес діріл деңгейлерін өлшеу хаттамасының нысаны;
- 37) осы бұйрыққа 37-қосымшаға сәйкес шу, дыбыс деңгейлерінің окшаулануын өлшеу хаттамасының нысаны;
- 38) осы бұйрыққа 38-қосымшаға сәйкес электромагниттік өрісті өлшеу хаттамасының нысаны;
- 39) осы бұйрыққа 39-қосымшаға сәйкес өсімдік шаруашылығы өнімін нитраттардың болуына зерттеу хаттамасының нысаны;
- 40) осы бұйрыққа 40-қосымшаға ауылшаруашылық өнімдерін, тамақ өнімдерін, суды, топырақты, ауа ортасын пестицидтердің қалдық көлемін анықтауға зерттеу (жоғары технологиялық зерттеу зертханасы, (бұдан әрі –ЖТЗ)) хаттамасының нысаны;

- 41) осы бұйрыққа 41-қосымшаға сәйкес дезинфекциялайтын заттарды зерттеу хаттамасының нысаны;
- 42) осы бұйрыққа 42-қосымшаға сәйкес серологиялық зерттеулер (инфекция түрі) хаттамасының нысаны;
- 43) осы бұйрыққа 43-қосымшаға сәйкес санитариялық вирусологияға үлгілерді зерттеу хаттамасының нысаны;
- 44) осы бұйрыққа 44-қосымшаға сәйкес үлгілерді зерттеу (инфекция түрлері) хаттамасының нысаны;
- 45) осы бұйрыққа 45-қосымшаға сәйкес ағаш шикізаты мен ағаштан жасалған бұйымдардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 46) осы бұйрыққа 46-қосымшаға сәйкес топырақ пен өсімдіктердің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны бекітілсін;
- 47) осы бұйрыққа 47-қосымшаға сәйкес құрылыс материалдары мен бұйымдарының радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны бекітілсін;
- 48) осы бұйрыққа 48-қосымшаға сәйкес тыңайтқыштардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 49) осы бұйрыққа 49-қосымшаға сәйкес қоршаған орта объектілерінің және өндіріс қалдықтарының радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 50) осы бұйрыққа 50-қосымшаға сәйкес судың радиобелсенділігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 51) осы бұйрыққа 51-қосымшаға сәйкес жұмыс орындарын дозиметриялық бақылау хаттамасының нысаны;
- 52) осы бұйрыққа 52-қосымшаға сәйкес дозиметриялық бақылау хаттамасының нысаны;
- 53) осы бұйрыққа 53-қосымшаға сәйкес атмосфералық ауаның және жауын-шашынның радиобелсенділігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 54) осы бұйрыққа 54-қосымшаға сәйкес висцеральды және тері лейшманиазына зерттеу хаттамасының нысаны;
- 55) осы бұйрыққа 55-қосымшаға сәйкес емшек сүтін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 56) осы бұйрыққа 56-қосымшаға сәйкес ашық түрдегі радиобелсенді заттармен жұмыс кезіндегі дозиметриялық және радиометриялық өлшеулер хаттамасының нысаны;
- 57) осы бұйрыққа 57-қосымшаға сәйкес рентген кабинетіндегі рентген сәулесін дозиметриялық өлшеу хаттамасының нысаны;
- 58) осы бұйрыққа 58-қосымшаға сәйкес металды, металдан және металл сынықтарынан жасалған бұйымдарды дозиметриялық бақылау хаттамасының нысаны;
- 59) осы бұйрыққа 59-қосымшаға сәйкес үй-жайлар ауасында радонның және оның ыдырау өнімдерінің құрамын өлшеу хаттамасының нысаны;

- 60) осы бұйрыққа 60-қосымшаға сәйкес жеке мөлшерлерді өлшеу хаттамасының нысаны;
- 61) осы бұйрыққа 61-қосымшаға сәйкес микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;
- 62) осы бұйрыққа 62-қосымшаға сәйкес аймақтың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 63) осы бұйрыққа 63-қосымшаға сәйкес материалдың, шикізаттардың, бұйымның радиобелсенділігін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 64) осы бұйрыққа 64-қосымшаға сәйкес тағам өнімдерінің радиобелсенділігін зерттеудің хаттамасының нысаны;
- 65) осы бұйрыққа 65-қосымшаға сәйкес радиоактивті отын - энергетикалық минералдық шикізатты зерттеу хаттамасының нысаны;
- 66) осы бұйрыққа 66-қосымшаға сәйкес адамдарды спектрометриялық өлшеу хаттамасының нысаны;
- 67) осы бұйрыққа 67-қосымшаға сәйкес жағындылар әдісімен алынатын ластануды зерттеу хаттамасының нысаны;
- 68) осы бұйрыққа 68-қосымшаға сәйкес радионуклидтік терапиядан кейін пациенттердің экспозициялық дозасының қуатын өлшеуді келтіру хаттамасының нысаны;
- 69) осы бұйрыққа 69-қосымшаға сәйкес дайын тағамдар мен жартылай фабрикаттарды зерттеу хаттамасының нысаны;
- 70) осы бұйрыққа 70-қосымшаға сәйкес елді мекендердің атмосфералық ауасының сынамасын алу және зерттеу хаттамасының нысаны;
- 71) осы бұйрыққа 71-қосымшаға сәйкес жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауасынан сынама алу және зерттеу хаттамасының нысаны;
- 72) осы бұйрыққа 72-қосымшаға сәйкес жарықты өлшеу хаттамасының нысаны;
- 73) осы бұйрыққа 73-қосымшаға сәйкес метеорологиялық факторларды өлшеу хаттамасының нысаны;
- 74) осы бұйрыққа 74-қосымшаға сәйкес орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;
- 75) осы бұйрыққа 75-қосымшаға сәйкес жер үсті су объектінің және ағынды су үлгілерін зерттеудің хаттамасының нысаны;
- 76) осы бұйрыққа 76-қосымшаға тағам өнімдері үлгілерін зерттеу (антибиотиктердің қалдық мөлшері, гормондар, b- адреностимуляторлар, микробты трансклутаминаза, құрғақ сүрттің массалық үлесі) хаттамасының нысаны;
- 77) осы бұйрыққа 77-қосымшаға сәйкес бунақаяқтыларды энтомологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

78) осы бұйрыққа 78-қосымшаға сәйкес шайындыларды паразитологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

79) осы бұйрыққа 79-қосымшаға сәйкес перианалды бүрмелерден қырындыны зерттеу хаттамасының нысаны;

80) осы бұйрыққа 80-қосымшаға сәйкес нәжістің, перианалды бүрмелерден қырындыларды паразитологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

81) осы бұйрыққа 81-қосымшаға сәйкес қанды безгекке зерттеу хаттамасының нысаны;

82) осы бұйрыққа 82-қосымшаға сәйкес паразиттік ауруларға Серологиялық зерттеулер хаттамасының нысаны;

83) осы бұйрыққа 83-қосымшаға сәйкес санитариялық-паразитологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

84) осы бұйрыққа 84-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;

85) осы бұйрыққа 85-қосымшаға сәйкес дайын тағамдарды, рациондарды калориялығына зерттеу хаттамасының нысаны;

86) осы бұйрыққа 86-қосымшаға сәйкес қоректік орталардың сапасын зерттеу хаттамасының нысаны;

87) осы бұйрыққа 87-қосымшаға сәйкес радонның және оның ауадағы ырауынан пайда болған өнімдердің болуын өлшеу хаттамасының нысаны;

88) осы бұйрыққа 88-қосымшаға сәйкес өнеркәсіп кәсіпорындарын өлшеу хаттамасының нысаны;

89) осы бұйрыққа 89-қосымшаға сәйкес шаң сынамаларын зерттеуге хаттамасының нысаны;

90) осы бұйрыққа 90-қосымшаға сәйкес әкімшіліктің құқық бұзушылығы туралы хаттаманың нысаны;

91) осы бұйрыққа 91-қосымшаға сәйкес құқықтарды талқылау хаттамасының нысаны;

92) осы бұйрыққа 92-қосымшаға сәйкес адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

93) осы бұйрыққа 93-қосымшаға сәйкес инфекциялық және паразиттік аурулармен тығыз байланыста болған адамдарды жұмыстан (оқудан) уақытша шеттету туралы қаулының нысаны;

94) осы бұйрыққа 94-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) тоқтата тұру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

94-1) алып тасталды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

95) осы бұйрыққа 95-қосымшаға сәйкес санитариялық-індетке қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы қаулының нысаны;

95-1) осы бұйрыққа 95-1-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсынымның нысаны;

96) осы бұйрыққа 96-қосымшаға сәйкес уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

97) осы бұйрыққа 97-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестер, әрекеттер) тыйым салу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

97-1) осы бұйрыққа 97-1-қосымшаға сәйкес Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімді (тауарды) алып қою және өткізуден кері қайтарып алу туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

97-2) осы бұйрыққа 97-2-қосымшаға сәйкес адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

98) осы бұйрыққа 98-қосымшаға сәйкес әкімшілік жаза қолдану туралы қаулының нысаны;

98-1) алып тасталды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

99) осы бұйрыққа 99-қосымшаға сәйкес уақытша санитариялық шараларды енгізу жөніндегі Қазақстан Республикасы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

100) осы бұйрыққа 100-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестер, әрекеттер) тыйым салу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

101) осы бұйрыққа 101-қосымшаға сәйкес санитариялық індетке қарсы және санитариялық алдын-алу шараларын жүргізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысын тіркеу журналының нысаны;

101-1) осы бұйрыққа 101-1-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсынымдарды тіркеу журналының нысаны;

102) осы бұйрыққа 102-қосымшаға сәйкес адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

103) осы бұйрыққа 103-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) тоқтата тұру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

103-1) осы бұйрыққа 103-1-қосымшаға сәйкес Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімді (тауарларды) өткізуден алып қою және кері қайтарып алу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

103-2) осы бұйрыққа 103-2-қосымшаға сәйкес адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

104) осы бұйрыққа 104-қосымшаға сәйкес жеке тұлғалардың өтініштерін қарауды тіркеу журналының нысаны;

105) осы бұйрыққа 105-қосымшаға сәйкес заңды тұлғалардың өтініштерін қарауды тіркеу журналының нысаны;

106) осы бұйрыққа 106-қосымшаға сәйкес әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізуді қарауды тоқтату туралы қаулылар журналының нысаны;

107) осы бұйрыққа 107-қосымшаға сәйкес шағымдар мен ұсыныстарды тіркеу журналының нысаны;

108) осы бұйрыққа 108-қосымшаға сәйкес кәсіби уланулар мен кәсіби ауруларды тіркеу журналының нысаны;

109) осы бұйрыққа 109-қосымшаға сәйкес тағамнан улануды тіркеу журналының нысаны;

110) осы бұйрыққа 110-қосымшаға сәйкес серологиялық зерттеулерге ортадан алынған үлгілерді тіркеу журналының нысаны;

111) осы бұйрыққа 111-қосымшаға сәйкес спектрометриялық зерттеулерді тіркеу журналының (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералдық шикізат және т. б.) нысаны;

112) осы бұйрыққа 112-қосымшаға сәйкес дайындалған қоректік орталарды зарарсыздандыруды тіркеу журналының нысаны;

113) осы бұйрыққа 113-қосымшаға сәйкес өлшеу құралдары мен сынақ жабдығына техникалық қызмет көрсету журналының нысаны;

114) осы бұйрыққа 114-қосымшаға сәйкес медициналық иммундық-биологиялық препараттарды есепке алу журналының нысаны;

115) осы бұйрыққа 115-қосымшаға сәйкес су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының (ЖТЗ зертханасы) нысаны;

116) осы бұйрыққа 116-қосымшаға сәйкес дозаторларды калибрлеуді тіркеу журналының нысаны;

117) осы бұйрыққа 117-қосымшаға сәйкес радиоактивтілікті зерттеу журналының нысаны (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералдық шикізат, ойыншықтар, жиһаз өнімдері, автомобиль жолдарын салу және жөндеу кезінде пайдаланылатын материалдар және т. б.) нысаны;

118) осы бұйрыққа 118-қосымшаға сәйкес халық тұтынатын тауарларды (парфюмерлік-косметикалық өнімдерді, ойыншықтарды, жеке гигиена құралдарын, балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді және т. б.) зерттеу журналының нысаны;

119) осы бұйрыққа 119-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдеріндегі микробтық трансглутаминазаны айқындау жөніндегі зерттеулер журналының нысаны;

120) осы бұйрыққа 120-қосымшаға тағам өнімдеріндегі құрғақ сүттің массалық үлесін анықтау бойынша зерттеулер журналының нысаны;

121) осы бұйрыққа 121-қосымшаға сәйкес таразыларды калибрлеуді тіркеу журналының нысаны;

122) осы бұйрыққа 122-қосымшаға сәйкес дистилденген судың сапасын бақылау журналының нысаны;

123) осы бұйрыққа 123-қосымшаға сәйкес қоршаған орта параметрлерін бақылау журналының нысаны;

124) осы бұйрыққа 124-қосымшаға сәйкес бу және ауа стерилизаторларын, құрғақ шкафтарды (автоклавтарды) және дезинфекциялау камераларын бақылау журналының нысаны;

125) осы бұйрыққа 125-қосымшаға сәйкес рН метрді калибрлеуді тіркеу журналының нысаны;

126) осы бұйрыққа 126-қосымшаға сәйкес термостаттың температурасын бақылау журналының нысаны;

- 127) осы бұйрыққа 127-қосымшаға сәйкес центрифуганы қосуды және стерильдеуді тіркеу журналының нысаны;
- 128) осы бұйрыққа 128-қосымшаға сәйкес зертханалық ыдыстарды стерилизациялауды тіркеу журналының нысаны;
- 129) осы бұйрыққа 129-қосымшаға сәйкес зертхана аралық салыстырмалы сынақтарды және сапаны сыртқы бағалау бойынша сынаманы тіркеу журналының нысаны;
- 130) осы бұйрыққа 130-қосымшаға сәйкес зертханадағы аварияны тіркеу журналының нысаны;
- 131) осы бұйрыққа 131-қосымшаға сәйкес емшек сүтін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 132) осы бұйрыққа 132-қосымшаға сәйкес парфюмерлік-косметикалық өнімдерді микробиологиялық зерттеу журналының нысаны;
- 133) осы бұйрыққа 133-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдері мен мал шаруашылығындағы гормондардың қалдық мөлшерін анықтау жөніндегі микробиологиялық зерттеулер журналының нысаны;
- 134) осы бұйрыққа 134-қосымшаға сәйкес жеке гигиена құралдарын микробиологиялық зерттеу журналының нысаны;
- 135) осы бұйрыққа 135-қосымшаға сәйкес балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді микробиологиялық зерттеу журналының нысаны;
- 136) осы бұйрыққа 136-қосымшаға сәйкес ойыншықтарды микробиологиялық зерттеу, журналының нысаны;
- 137) осы бұйрыққа 137-қосымшаға сәйкес антибактериалды препараттарға сезімталдықты анықтау (соның ішінде сыртқы ортадан алынған өсінді) журналының нысаны;
- 138) осы бұйрыққа 138-қосымшаға сәйкес қанды парасүзек А және В, іш сүзегі қоздырғыштарын анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулер журналының нысаны;
- 139) осы бұйрыққа 139-қосымшаға сәйкес висцеральды және тері лейшманиазына зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 140) осы бұйрыққа 140-қосымшаға сәйкес металды, металдан және метал қалдықтарынан жасалған бұйымдарды зерттеу журналының нысаны;
- 141) осы бұйрыққа 141-қосымшаға сәйкес арнайы сұйықтықтармен мұнайдан жасалған өнімдердің сынамаларын зерттеу журналының нысаны;
- 142) осы бұйрыққа 142-қосымшаға рентген кабинеттерінде жүргізілген дозиметриялық өлшемдерді тіркеу журналының нысаны;
- 143) осы бұйрыққа 143-қосымшаға сәйкес экспресс-зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру журналының нысаны;

- 144) осы бұйрыққа 144-қосымшаға сәйкес, сынақ жүргізуге жарамсыз сынамаларды (үлгілерді) тіркеу журналының нысаны;
- 145) осы бұйрыққа 145-қосымшаға сәйкес, сәйкессіздіктерді және түзету және алдын алу іс-қимылдарын жүргізу жөніндегі іс-шараларды тіркеу журналының нысаны;
- 146) осы бұйрыққа 146-қосымшаға сәйкес мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылауға және қадағалауға жататын эпидемиялық маңызы жоғары объектілердің тізбесін тіркеу журналының нысаны;
- 147) осы бұйрыққа 147-қосымшаға сәйкес бактерицидтік сәулелендіргіштің жұмыс істеген уақытын тіркеу журналының нысаны;
- 148) осы бұйрыққа 148-қосымшаға сәйкес тоңазытқыш жабдығының, Тоңазытқыш және мұздатқыш бөлмелердің немесе камералардың температуралық режимін есепке алу журналының нысаны;
- 149) осы бұйрыққа 149-қосымшаға сәйкес тазалау жүргізуді тіркеу журналының нысаны;
- 150) осы бұйрыққа 150-қосымшаға сәйкес медициналық қалдықтарды күнделікті есепке алу журналының нысаны;
- 151) осы бұйрыққа 151-қосымшаға сәйкес жеткізушілер мен жеткізілетін өнімді есепке алу, бағалау журналының нысаны;
- 152) осы бұйрыққа 152-қосымшаға сәйкес иондаушы зерделеу көздерін пайдаланатын шаруашылық жүргізуші субъектілерді және радиоактивті заттардың қозғалысын есепке алу журналының нысаны;
- 153) осы бұйрыққа 153-қосымшаға сәйкес жеке дозиметрия нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;
- 154) осы бұйрыққа 154-қосымшаға сәйкес ПТР әдісімен генетикалық түрлендірілген объектілер болуына шикізат және тағам өнімдері үлгілерін мөлшерін зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;
- 155) осы бұйрыққа 155-қосымшаға сәйкес есекқұрттар имаголарының маусымдық санының серпінін есепке алу журналының нысаны;
- 156) осы бұйрыққа 156-қосымшаға сәйкес аумақтардағы барлаушының тексеріп қараулар нәтижелері бойынша кене энцефалитін тасымалдаушы иксодты кенелердің санын есепке алу журналының нысаны;
- 157) осы бұйрыққа 157-қосымшаға сәйкес имаго қансорғыш буынаяқтылардың күрес бойынша жұмыстарды есепке алу журналының нысаны;
- 158) осы бұйрыққа 158-қосымшаға сәйкес экстенсивті зерттеп-қарау (жаппай аулау) нәтижелері бойынша жәндіктер санын есепке алу журналының нысаны;
- 159) осы бұйрыққа 159-қосымшаға сәйкес, Анофелес дәрнәсілдері санының маусымдық динамикасы журналының нысаны;
- 160) осы бұйрыққа 160-қосымшаға сәйкес қансорғыш буынаяқтылардың түрлік құрамын зерделеу нәтижелері журналының нысаны;

- 161) осы бұйрыққа 161-қосымшаға сәйкес жәндіктер мен кенелердің шағуымен (шабуылымен) жүгінгендерді тіркеу журналының нысаны;
- 162) осы бұйрыққа 162-қосымшаға сәйкес тағам өнімдерінің үлгісін зерттеу және нәтижелерін беруді тіркеу (ЖТЗ зертханасы) журналының нысаны;
- 163) осы бұйрыққа 163-қосымшаға сәйкес дайын тағамдардың, рациондардың үлгілерін құнарлылыққа зерттеу және нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;
- 164) осы бұйрыққа 164-қосымшаға сәйкес жерүсті су объектілері суларының және сарқынды сулардың үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;
- 165) осы бұйрыққа 165-қосымшаға сәйкес орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;
- 166) осы бұйрыққа 166-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;
- 167) осы бұйрыққа 167-қосымшаға сәйкес елді мекендердің атмосфералық ауа үлгілерін алуды және зерттеуді тіркеу журналының нысаны;
- 168) осы бұйрыққа 168-қосымшаға сәйкес жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауасы үлгісін және оны зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналының нысаны;
- 169) осы бұйрыққа 169-қосымшаға сәйкес дезинфекциялайтын заттардың үлгілерін және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналының нысаны;
- 170) осы бұйрыққа 170-қосымшаға сәйкес токсикологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 171) осы бұйрыққа 171-қосымшаға сәйкес полимерлік және басқа материалдар, олардан жасалған бұйымдар, химиялық заттар мен композициялар үлгілерін зерттеуді тіркеу журналының нысаны;
- 172) осы бұйрыққа 172-қосымшаға сәйкес тағам өнімдерінің және қоршаған орта объектілерінің үлгілерін пестицидтердің қалдық санына және минералдық тыңайтқыштардың тіркеу және зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;
- 173) осы бұйрыққа 173-қосымшаға сәйкес жарықтандыруды өлшеуді және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналының нысаны;
- 174) осы бұйрыққа 174-қосымшаға сәйкес шуды, дыбыс оқшаулануын, инфрадыбысты, ультрадыбыстарды және дірілді өлшеуді тіркеу журналының нысаны;
- 175) осы бұйрыққа 175-қосымшаға сәйкес электромагниттік өрісті өлшеуді тіркеу журналының нысаны;
- 176) осы бұйрыққа 176-қосымшаға сәйкес жеке дозиметрия нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;
- 177) осы бұйрыққа 177-қосымшаға сәйкес радиобелсенділікті зерттеуге түсетін үлгіні және оларды зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

- 178) осы бұйрыққа 178-қосымшаға сәйкес радиометриялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 179) осы бұйрыққа 179-қосымшаға сәйкес радиохимиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 180) осы бұйрыққа 180-қосымшаға сәйкес радиациялық бақылау және зерттеулер журналының нысаны;
- 181) осы бұйрыққа 181-қосымшаға сәйкес жергілікті жерде гамма-фонды тіркеу журналының нысаны;
- 182) осы бұйрыққа 182-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналының нысаны;
- 183) осы бұйрыққа 183-қосымшаға сәйкес ішек жұқпалары тобына жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 184) осы бұйрыққа 184-қосымшаға сәйкес стафилококка жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 185) осы бұйрыққа 185-қосымшаға сәйкес дифтерияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 186) осы бұйрыққа 186-қосымшаға сәйкес кенелер, жәндіктер түрлік тиістілігін анықтау журналының нысаны;
- 187) осы бұйрыққа 187-қосымшаға сәйкес көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас ауруларға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 188) осы бұйрыққа 188-қосымшаға сәйкес менингококка микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 189) осы бұйрыққа 189-қосымшаға сәйкес тағам өнімдерінің үлгілеріне микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 190) осы бұйрыққа 190-қосымшаға сәйкес су үлгілеріне жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 191) осы бұйрыққа 191-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 192) осы бұйрыққа 192-қосымшаға сәйкес микробиологиялық шайындыларды тіркеу журналының нысаны;
- 193) осы бұйрыққа 193-қосымшаға сәйкес ауа үлгілеріне жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 194) осы бұйрыққа 194-қосымшаға сәйкес дәрілік (дәріханалық) түрлерге жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 195) осы бұйрыққа 195-қосымшаға сәйкес стерильділікке жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 196) осы бұйрыққа 196-қосымшаға сәйкес жұқпалы материалдар қозғалысын есепке алу журналының нысаны;

- 197) осы бұйрыққа 197-қосымшаға сәйкес бөлінген өсінділерді және оларды жоюды есепке алу журналының нысаны;
- 198) осы бұйрыққа 198-қосымшаға сәйкес зерттелуге түскен өсінділерді тіркеу журналының нысаны;
- 199) осы бұйрыққа 199-қосымшаға сәйкес өсінділер мен уыттарды ұйымның шегінен тыс босатуды есепке алу журналының нысаны;
- 200) осы бұйрыққа 200-қосымшаға сәйкес қоректік ортаны дайындау және бақылауды тіркеу журналының нысаны;
- 201) осы бұйрыққа 201-қосымшаға сәйкес мұражайлық өсінділер қозғалысын есепке алу журналының нысаны;
- 202) осы бұйрыққа 202-қосымшаға сәйкес аса қауіпті инфекциялар зертханасына келушілерді тіркеу журналы нысаны;
- 203) осы бұйрыққа 203-қосымшаға сәйкес қоршаған ортадан үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналының нысаны;
- 204) осы бұйрыққа 204-қосымшаға сәйкес қалбырдағы тағамдарға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 205) осы бұйрыққа 205-қосымшаға сәйкес пайдаланылған материалды зарарсыздандыруды тіркеу журналының нысаны;
- 206) осы бұйрыққа 206-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған үлгілерді тіркеу мен оларды аса қауіпті және зоонозды инфекцияларға серологиялық зерттеудің нәтижелерін беру журналының нысаны;
- 207) осы бұйрыққа 207-қосымшаға сәйкес биологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;
- 208) осы бұйрыққа 208-қосымшаға сәйкес иммунобиологиялық препараттардың белсенділігін бақылау журналының нысаны;
- 209) осы бұйрыққа 209-қосымшаға сәйкес дезинфекциялауды (шайындыларды) зертханашілік бақылауды тіркеу журналының нысаны;
- 210) осы бұйрыққа 210-қосымшаға сәйкес ауаны зертханашілік бақылауды тіркеу журналының нысаны;
- 211) осы бұйрыққа 211-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған үлгілердің серологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;
- 212) осы бұйрыққа 212-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материал үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;
- 213) осы бұйрыққа 213-қосымшаға сәйкес зерттеуге арналған үлгілерді тіркеу (инфекция түрін) журналының нысаны;
- 214) осы бұйрыққа 214-қосымшаға сәйкес шетелден өсінділер алуды тіркеу журналының нысаны;
- 215) осы бұйрыққа 215-қосымшаға сәйкес қарсы иммунитетті анықтауға арналған үлгілерді тіркеу (инфекция түрі) журналының нысаны;

216) осы бұйрыққа 216-қосымшаға сәйкес вирусты гепатитке серологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

217) осы бұйрыққа 217-қосымшаға сәйкес штаммдарды сәйкестендіру нәтижелерін есепке алу журналы нысаны;

218) осы бұйрыққа 218-қосымшаға сәйкес вирусологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

219) осы бұйрыққа 219-қосымшаға сәйкес тін өсіндісінде жүргізілген серологиялық зерттеулердің нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

220) осы бұйрыққа 220-қосымшаға сәйкес паразитарлық аурулар қоздырғыштарына тексерілген адамдарды тіркеу журналының нысаны;

221) осы бұйрыққа 221-қосымшаға сәйкес инфекциялық аурулар ошақтарындағы дезинфекциялық іс-шараларды есепке алу журналының нысаны;

222) осы бұйрыққа 222-қосымшаға сәйкес жұмсақ мүкәммал, жұмсақ керек-жарақты (киімдер мен төсек жабдықтары) камералық өңдеуді тіркеу журналының нысаны;

223) осы бұйрыққа 223-қосымшаға сәйкес санитариялық-паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

224) осы бұйрыққа 224-қосымшаға сәйкес үй шаңы кенелерінің болуына үй шаңы, мамықтан және қауырсынан жасалған өнімдер үлгілерін зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

225) осы бұйрыққа 225-қосымшаға сәйкес паразитарлық ауруларға серологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

226) осы бұйрыққа 226-қосымшаға сәйкес биосынамалы жануарларды тіркеу журналының нысаны;

227) осы бұйрыққа 227-қосымшаға сәйкес адамдардан бурцелезге (гемоөсінді) алынған үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналына нысаны;

228) осы бұйрыққа 228-қосымшаға сәйкес қызамық/қызылшаға серологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

229) осы бұйрыққа 229-қосымшаға сәйкес люминесценттік зерттеулер журналының нысаны (инфекция түрі) нысаны;

230) осы бұйрыққа 230-қосымшаға сәйкес санитариялық вирусологияға зерттеуге алынған үлгілерді тіркеу журналы нысан;

231) осы бұйрыққа 231-қосымшаға сәйкес бруцеллез қоздырғышының өсінділерінің бөлінуі және бөлінген өсінділерін сәйкестендіруді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

232) осы бұйрыққа 232-қосымшаға сәйкес сыртқы орта нысандары үлгілерін ИФТ әдісімен зерттеуді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

233) осы бұйрыққа 233-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материал үлгілерін ИФТ әдісімен зерттеуді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

234) осы бұйрыққа 234-қосымшаға сәйкес күйдіргіге жүргізілген микробиологиялық зерттеуді тіркейтін жұмыс журналдарының нысаны;

235) осы бұйрыққа 235-қосымшаға сәйкес пастереллезге жүргізілген микробиологиялық зерттеуді тіркейтін жұмыс журналдарының нысаны;

236) осы бұйрыққа 236-қосымшаға сәйкес молекулярлы-генетикалық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

237) осы бұйрыққа 237-қосымшаға сәйкес сыртқы орта нысандырынан алынған үлгілерді молекулярлық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерді беру журналының нысаны;

238) осы бұйрыққа 238-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған үлгілерді молекулярлық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерді беру журналының нысаны;

239) осы бұйрыққа 239-қосымшаға сәйкес зооноздық инфекцияларға жүргізілген микробиологиялық зерттеудің жұмыс журналының нысаны;

240) осы бұйрыққа 240-қосымшаға сәйкес туляремияға микробиологиялық зерттеудің журналының нысаны;

241) осы бұйрыққа 241-қосымшаға сәйкес тырысқақ қоздырғышының болуына сыртқы орта нысандарынаң үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

242) осы бұйрыққа 242-қосымшаға сәйкес сынамаларды және қабылдауды тіркеу журналының нысаны;

243) осы бұйрыққа 243-қосымшаға сәйкес бөлінген тырысқақ өсінділерін есепке алу және сипаттамасы журналының нысаны;

244) осы бұйрыққа 244-қосымшаға сәйкес тырысқақ қоздырғышының болуына адамдардан алынған материял үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

245) осы бұйрыққа 245-қосымшаға сәйкес аэроиондар концентрациясын өлшеулерді тіркеу журналының нысаны;

246) осы бұйрыққа 246-қосымшаға сәйкес тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

247) осы бұйрыққа 247-қосымшаға сәйкес тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркеу (ботулотоксинді анықтау) журналының нысаны;

248) осы бұйрыққа 248-қосымшаға сәйкес тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

249) осы бұйрыққа 249-қосымшаға сәйкес иерсинниозға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

250) осы бұйрыққа 250-қосымшаға сәйкес мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық мөлшерін анықтау жөніндегі микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

251) осы бұйрыққа 251-қосымшаға сәйкес тағам және мал шаруашылығы өнімдеріндегі бактерияға қарсы және гормоналды препараттардың қалдық мөлшерін анықтауға зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

252) осы бұйрыққа 252-қосымшаға сәйкес қанды стерилділікке микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

253) осы бұйрыққа 253-қосымшаға сәйкес антибиотикке сезімталдыққа адамдардан алынған клиникалық материалды тіркеу және зерттеу сынамаларын есепке алу журналының нысаны;

254) осы бұйрыққа 254-қосымшаға сәйкес адамдардың алынған клиникалық материалды зерттеу сынамаларын тіркеу (Дисбактериоз) журналының нысаны;

255) осы бұйрыққа 255-қосымшаға сәйкес өсімдік шаруашылығы өнімінің құрамында нитраттарды зерттеу үлгісін тіркеу және нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;

256) осы бұйрыққа 256-қосымшаға сәйкес безгекке тексерілетіндерді тіркеу журналының нысаны;

257) осы бұйрыққа 257-қосымшаға сәйкес паразитологиялық зертханалық бақылауды тіркеу (шайындылар) журналының нысаны;

258) осы бұйрыққа 258-қосымшаға сәйкес гнус имангосы санының серпінін есепке алу журналының нысаны;

259) осы бұйрыққа 259-қосымшаға сәйкес гнус дернәсілдері санының маусымдық серпінін есепке алу журналының нысаны;

260) осы бұйрыққа 260-қосымшаға сәйкес кенелер имаго санының серпінін есепке алу журналының нысаны;

261) осы бұйрыққа 261-қосымшаға сәйкес энтомофаунаны және кенелерді жүргізілген фенологиялық бақылауды есепке алу журналының нысаны;

262) осы бұйрыққа 262-қосымшаға сәйкес аса қауіпті инфекциялар қоздырғыштарына құралдардың антимикробқа қарсы белсенділігінің сынақтарын тіркеу журналының нысаны;

263) осы бұйрыққа 263-қосымшаға сәйкес метеорологиялық факторларды өлшеу және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналының нысаны;

264) осы бұйрыққа 264-қосымшаға сәйкес жануарлардың тістеуінен, сілекейленуінен, тырналуынан зардап шеккен адамдарды тіркеу журналының нысаны;

265) осы бұйрыққа 265-қосымшаға сәйкес эктопаразитарлы сүтқоректілерді тіркеу журналының нысаны;

266) осы бұйрыққа 266-қосымшаға сәйкес ақаулық дефектоскоптарын, иондаушы сәулелену көздерін және спектрометрлерді дозиметриялық тексеруді тіркеу журналының нысаны;

267) осы бұйрыққа 267-қосымшаға сәйкес мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органдарының инфекциялық және паразитарлық ауруларды есепке алу журналының нысаны;

268) осы бұйрыққа 268-қосымшаға сәйкес спектрометриялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

269) осы бұйрыққа 269-қосымшаға сәйкес өнеркәсіптік объектілерді зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

270) осы бұйрыққа 270-қосымшаға сәйкес рентген кабинеттерінде жүргізілген дозиметриялық өлшемдерді тіркеу журналының нысаны;

271) осы бұйрыққа 271-қосымшаға сәйкес сапаны сырттай бағалау бойынша сынамаларды және зертханааралық салыстыру сынақтарын тіркеу журналының нысаны ;

272) осы бұйрыққа 272-қосымшаға сәйкес қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын өлшеуді тіркеу журналының нысаны;

273) осы бұйрыққа 273-қосымшаға сәйкес әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттамаларды тіркеу журналының нысаны;

273-1) осы бұйрыққа 273-1-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексерулерді есепке алу журналының нысаны;

274) осы бұйрыққа 274-қосымшаға сәйкес ұсақ сүтқоректілердің санын есепке алудың далалық журналының нысаны;

275) осы бұйрыққа 275-қосымшаға кәсіби ауруды (улануларды) есепке алу картасының нысаны;

276) осы бұйрыққа 276-қосымшаға сәйкес инфекциялық және паразитарлық ауру ошағын эпидемиологиялық тексеріп қарау картасының нысаны;

277) осы бұйрыққа 277-қосымшаға сәйкес зоонозды аурулар ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық тексеріп қарау картасының нысаны;

278) осы бұйрыққа 278-қосымшаға сәйкес туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық тексеру картасының нысаны;

279) осы бұйрыққа 279-қосымшаға сәйкес іш сүзегінің, А,В парасүзегінің бактерияларын тасымалдаушыларды есепке алу картасының нысаны;

280) осы бұйрыққа 280-қосымшаға сәйкес жануардың тістеуінен, сілекейлеуінен, тырнауынан адам зардап шеккен оқиғаны эпидемиологиялық тексеру картасының нысаны;

281) осы бұйрыққа 281-қосымшаға сәйкес инфекциялық ауру ошағында ағымдық дезинфекцияларды бақылау картасының нысаны;

282) осы бұйрыққа 282-қосымшаға сәйкес медициналық және басқа ұйымдарда ағымдық дезинфекцияларды ұйымдастыру мен жүргізуді бақылау картасының нысаны;

283) осы бұйрыққа 283-қосымшаға сәйкес дезинфекция, дератизацияға берілетін наряд нысаны;

284) осы бұйрыққа 284-қосымшаға сәйкес қорытынды дезинфекцияға берілетін наряд нысаны;

285) осы бұйрыққа 285-қосымшаға сәйкес иммуно-ферменттік талдау нәтижесінің нысаны;

286) осы бұйрыққа 286-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материалды бактериологиялық зерттеу нәтижесінің нысаны;

287) осы бұйрыққа 287-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материалды серологиялық зерттеу нәтижесінің нысаны;

288) осы бұйрыққа 288-қосымшаға сәйкес микробтарға қарсы қолданылатын препараттарға сезімталдықты анықтау нәтижесінің нысаны;

289) осы бұйрыққа 289-қосымшаға сәйкес полимеразды тізбектеу реакциясының нәтижесінің нысаны;

290) осы бұйрыққа 290-қосымшаға сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық қорытындының нысаны;

291) осы бұйрыққа 291-қосымшаға сәйкес жұмыскерде кәсіптік аурудың (уланудың) болуына күдіктену кезіндегі еңбек шарттарының санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасының нысаны;

292) осы бұйрыққа 292-қосымшаға сәйкес наряд бойынша дезинфекция жүргізілу туралы туралы анықтаманың нысаны;

293) осы бұйрыққа 293-қосымшаға сәйкес заттарға берілетін түбіртек нысаны;

294) осы бұйрыққа 294-қосымшаға сәйкес су айдыны паспортының нысаны;

295) осы бұйрыққа 295-қосымшаға сәйкес аса қауіпті инфекцияларды тасымалдаушы иксодты кенелердің аумақта болуын барлаушылық тексеріп қарау нәтижесін есепке алудың жиынтық ведомостының нысаны;

296) осы бұйрыққа 296-қосымшаға сәйкес мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қызмет органына шақыру қағазының нысаны;

297) осы бұйрыққа 297-қосымшаға сәйкес іс жүргізуге қабылдау және қарауға тағайындау туралы ұйғарымның нысаны;

298) осы бұйрыққа 298-қосымшаға сәйкес полиомиелит немесе жедел енжар паралич жағдайын эпидемиологиялық тексеру нысаны;

299) осы бұйрыққа 299-қосымшаға сәйкес сүтқоректілердің санын есепке алу жөніндегі стационарлардағы жұмысты есепке алу күнделігінің нысаны бекітілсін.

Ескерту. 1-тармаққа өзгерістер енгізілді – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 09.09.2022 № ҚР ДСМ-96 (23.11.2022 бастап қолданысқа енгізіледі); 20.04.2023 № 77 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі); 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрықтарымен.

2. Мына:

1) Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің "Халықтың санитарлық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы есепке алу мен есеп құжаттамасының нысандарын бекіту туралы" 2015 жылғы 30 мамырдағы № 415 бұйрығының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 11626 тіркелген);

2) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2018 жылғы 3 қыркүйектегі № ҚР ДСМ-9 бұйрығымен бекітілген, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің және Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігінің өзгерістер мен толықтыру енгізілетін кейбір бұйрықтарының тізбесінің 8-тармағының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 17501 тіркелген) күші жойылды деп танылсын.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау комитеті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде Мемлекеттік тіркелуін;

2) осы бұйрық мемлекеттік тіркелгеннен кейін күнтізбелік он күн ішінде оның көшірмесін мерзімді баспасөз басылымдарында және "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде ресми жариялануға жіберілуін;

3) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігінің интернет-ресурсында орналастырылуын қамтамасыз етсін.

4. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

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

*Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі*

А. Цой

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

1-қосымша

Приложение 1

к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № _____ 001/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 001/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Бактериологиялық тест алу АКТІСІ АКТ отбора бактериологических тестов (от) "___" _____ күні 20 ___ ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____
2. Тексеру актісінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____
3. Стерилизатордың атауы (Наименование стерилизатора) _____
4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____
5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____
8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Үлгінің атауы. Үлгі алынған орын. (Наименование образца) (Место отбора образца)	Алынған үлгінің саны (Количество отобранных образцов)
1	2	3

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (Должность, фамилия, имя, отчество представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____

Қолы (Подпись) _____
 Үлгілерді алған адамның лауазымы,
 Т.А.Ә. (болған жағдайда)
 (Должность, Ф.И.О. (при наличии)
 производившего отбор образцов)

Қолы _____
 (Подпись)
 Акт ___ данада толтырылды
 (Акт составлен в ___ экземплярах)
 Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 2-қосымша
 Приложение 2
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасының

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Санитариялық-эпидемиологиялық
қызметтің мемлекеттік органының
атауы
Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен
бекітілген
№ 002/е нысанды медициналық
құжаттама

Медицинская документация
Форма № 002/у
Утверждена приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года №__

Био тесттерді іріктеу АКТІСІ АКТ отбора био тестов (от) "___" _____ күні 20 ___ ж. (г .)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____

2. Тексеру актісінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____

3. Дезинфекциялық камераның атауы (Наименование дезинфекционной камеры) _____

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____

5. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Тесттің номері (Номер теста)	Бақылау нүктелерінің орыны (Расположение контрольных точек)
1	2	3

Сынама алу барысына қатысқан нысан
өкілінің тегі, аты, әкесінің аты
(Должность, фамилия, имя, отчество)

представителя объекта, в присутствии
которого произведен отбор) _____

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы,
Т.А.Ә. (болған жағдайда),
(Должность, Ф.И.О. (при наличии)
производившего отбор образцов) _____

Қолы _____
(Подпись)

Акт ___ данада толтырылды
(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
3-қосымша
Приложение 3
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 003/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 003/у Утверждена приказом Министра здравоохранения

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологи ческой службы	Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____
------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

**Шайындыларды іріктеу АКТІСІ АКТ отбора смывов (от) " ____ " _____ күні 20 ж.
(г.)**

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____

2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____

3. Сынама алынған орын (Место отбора) _____

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған сынама үлгісінің тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Алынған сынама үлгілерінің саны (Количество отобранных образцов)	Орама түрі мен мөр (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати (пломбы))
1	2	3	4

Сынама алу барысына қатысқан объект өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

(Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____

Қолы _____

Подпись

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Должность, Ф.И.О. (при наличии) производившего отбор образцов) _____

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в ___ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
4-қосымша
Приложение 4
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 004/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 004/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Су үлгілерін іріктеу АКТІСІ АКТ отбора образцов воды (от) " " _____ күні 20 __ ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____

2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки)

3. Сынама үлгісі алынған орын (Место отбора образца) _____

4. Сынама үлгісін алу мақсаты (Цель отбора образца) _____

5. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

8. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора)

9. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

10. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

11. Таңбалау (маркировка) _____

12. Су сынамаларын консервациялар әдістері (Методы консервации образца воды)

13. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған үлгілер тізімі (Перечень отобранных образцов)	Үлгінің көлемі (Объем образца)	Орама түрі мен мөрдің (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати (пломбы))
1	2	3	4

Сынама алу барысына қатысқан объект
өкілінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Должность, Ф.И.О. (при наличии)
представителя объекта, в присутствии
которого произведен отбор) _____

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы,
Т.А.Ә. (болған жағдайда),
(Должность, Ф.И.О. (при наличии)
производившего отбор образцов)

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды
(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
5-қосымша
Приложение 5
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 005/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 005/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____ _____

Сынамаларды (ауаны (ауа ортасын бактериологиялық зерттеу), дәрілік түрлерді, стерильділікке, полимер және басқа да материалдар үлгілерін, олардан жасалған бұйымдарды, химиялық заттар мен композицияларды, балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді) іріктеу АКТІСІ АКТ отбора проб (воздуха (бактериологическое исследование воздушной среды), лекарственных форм, на стерильность, образцов полимерных и других материалов, изделий из них, химических веществ и композиций, продукции для детей и подростков) (от " " _____ күні 20__ ж. (г.)

1. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні _____

(Номер и дата акта о назначении проверки)

2. Сынама үлгісі алынған орын, мекенжай (Место отбора образца, адрес) _____

3. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

6. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____

7. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

8. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

9. Үлгілерді консервациялау әдістері (Методы консервации образца) _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған үлгілер атауының тізбесі (Перечень наименований отобранных образцов)	Алынған үлгілер саны (Количество отобранных образцов)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Шығарылған күні, жарамдылық мерзімі, сериясы, партия нөмірі (Дата производства, срок годности, серия, номер партии)*	Күні, ТАӘ, үлгіні (сынама) қабылдаған тұлғаның қолы (Дата, ФИО, подпись лица принявшего образец (пробу))
1	2	3	4	5	6

Сынама алу барысына қатысқан объект өкілінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Должность, Ф.И.О. (при наличии))
представителя объекта, в присутствии
которого произведен отбор) _____

Қолы (Подпись) _____

Үлгілер алған адамның лауазымы,
Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Должность, Ф.И.О. (при наличии))
производившего отбор образцов) _____

Қолы (Подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
6-қосымша

Приложение 6
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 006/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 006/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____ _____

**Топырақ үлгілерін іріктеу АКТІСІ АКТотбора образцов почвы(от) " " _____
күні 20 __ ж. (г.)**

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____
2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____
3. Сынама алынған орын (Место отбора) _____
4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____
5. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____
8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркелу нөмірі (Регистрационный номер)	Алынған үлгілер тізімі (Перечень отобранных образцов)	Мөлшері, (грамм) Количество (грамм)	Алу тереңдігі (сантиметр) Глубина отбора (см)	Орама түрі мен пломба нөмірі (Вид упаковки и номер печати(пломбы)
1	2	3	4	5

Сынама алу барысында қатысқан
нысан өкілінің Т.А.Ә. (болған жағдайда
)

(Должность, Ф.И.О. (при наличии)
представителя объекта, в присутствии
которого произведен отбор) _____

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы,
Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Должность, Ф.И.О. (при наличии)
производившего отбор образцов) _____

Қолы (Подпись) _____

Акт ____ данада толтырылды
(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
7-қосымша
Приложение 7
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 007/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 007/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

**Зерттеу жүргізуге тағам өнімдерін іріктеу АКТІСІ АКТ отбора пищевых продуктов на
проведение исследования (от) _____ 20 ____ жыл (год)**

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____
2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____
3. Сынама алынған орын, мекенжай (Место отбора образца, адрес) _____
4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора образца) _____
5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
8. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____
9. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
10. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
11. Орама түрі пломба нөмірі (Вид упаковки номер печати (пломбы)) _____
12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі (Регистрацион ный номер)	Сынама үлгілерінің тізімі (Перечень отобранных образцов)	Өндірушісі, сериясы (партия нөмірі) көрсетілген сынама үлгілерінің саны (Количество отобранных образцов продукции с указанием производител я, серия (номера партии)	Шығарылған күні (Дата производства)	Сынаманың салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Өндіріс күні, сақтау мерзімі (Дата производства, срок годности)	Күні, ТАӘ, үлгіні (сынама) қабылдаған тұлғаның қолы Дата, ФИО, подпись лица принявшего образец (пробу)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Сынама алу барысында қатысқан нысан өкілінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Должность, Ф.И.О. (при наличии) представителя объекта, в присутствии которого
произведен отбор

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Должность, Ф.И.О. (при наличии) производившего отбор образцов)

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды
(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
8-қосымша
Приложение 8
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрілігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 008/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 008/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан

**Радиобелсенділікті зерттеуге үлгілерді іріктеу АКТІСІ АКТ отбора образцов на
исследование радиоактивности № _____ (от) " ____ " _____ күні 20 ж. (г.)**

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____
2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____
3. Сынама алынған орын (Место отбора образца) _____
4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора образца) _____
5. Сынама алынған партияның көлемі (Объем партии, из которой отобрана образец) _____
6. Жергілікті табиғи радиациялық аяның деңгейі (Уровень естественного радиационного фона на местности) _____
7. Сынама алынған партияның бетіндегі радиациялық аяның деңгейі (мөлшер қуаты) (Уровень радиационного фона (мощность дозы) на поверхности партии, от которой отобран образец) _____

8. Гамма-сәулелену мөлшерінің қуаттылығы бойынша партияның біртектілігі (Однородность партии по мощности дозы гамма-излучения)

иә (да), жоқ (нет)

9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Алынған сынама-лар тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Алынған сынама-лар саны (Количество отобранных образцов)	Сынаманың салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Орама түрі мен мөрдің (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати (пломбы))
1	2	3	4	5

Сынама алу барысында қатысқан нысан өкілінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор)

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при наличии) производившего отбор образцов)

Қолы _____
(Подпись)

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в ___ экземплярах)

Акт әр (1-ден 5 үлгіге дейін) әкелінген сынамаға толтырылады

(Акт заполняется на каждую представленную (от 1 до 5 образцов))

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
9-қосымша
Приложение 9
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 009/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 009/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Дезинфекциялайтын заттардың сынамаларын іріктеу АКТІСІ АКТ отбора проб дезинфицирующих средств (от) " " _____ күні 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____
2. Основание (Негіздеме) _____
3. Сынама алынған орны (Место отбора) _____
4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____
5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Сынаманың тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған сынамалар тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Алынған сынаманың саны, салмағы, көлемі (Количество, вес, объем отобранных образцов)	Шығарылған күні (Дата производства)	Орама түрі мен мөр (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати) (пломбы)
1	2	3	4	5

Сынама алу барысына қатысқан объект өкілінің лауазымы, Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Должность, Ф.И.О.(при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә (болған жағдайда)

(Должность, Ф.И.О.(при наличии) производившего отбор образцов) _____

Қолы (Подпись) _____

Акт ____ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

10-қосымша

Приложение 10

к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды
Код формы по ОКУД _____

КҰЖЖ бойынша ұйым коды

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 010/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 010/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеуге үлгіні іріктеу АКТІСІ АКТ отбора проб внешней среды на зоонозные и особо опасные инфекции (от) "___" _____ 20__ ж. (г.)

1. Үлгілерді жіберген мекеме атауы (Наименование учреждений направивший образцы) _____

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

6. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____

7. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

Үлгілер нөмірі (Номер образца)	Алынған сынамалар атауы, үлгі алынған орын және нүктелер (Наименование отобранных образцов, место и точки отбора)	Үлгілердің мөлшері, саны (Количество пробы, объем)	Қосымша мәліметтер (Дополнительные данные)
1	2	3	4

Сынамалар алу барысында қатысқан
нысан өкілінің лауазымы, Т.А.Ә (_____
болған жағдайда)
(Должность, Ф.И.О. (при наличии)
представителя объекта, в присутствии
которого произведен отбор) _____

Қолы (Подпись) _____
Үлгілерді алған адамның лауазымы,
Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Должность, Ф.И.О. (при наличии)
производившего отбор образцов) _____

Қолы (Подпись) _____

Акт ____ данада толтырылды
(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
11-қосымша
Приложение 11
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 011/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 011/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Кенелерден сынамааны іріктеу АКТІСІ АКТ отбора клещей (от) _____ 20 _____
жыл (год)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____

2. Тексеру актісінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____

3. Сынама алынған орын (Место отбора образца) _____

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора образца) _____

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Сынама № (№ образца)	Сынама алынған елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта, адрес)	Кене саны (барлығы) (Количество клещей) (всего)	Жиналған кенелер Собрано клещей				
				М а л қорадан (В скотных помещени ях)	Жануарда н (О т животного)	Даладан (Н а природе)	Ошақтан (Из очага)	Басқа жерден (Другие места)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Сынама алу барысына қатысқан объект өкілінің лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) производившего отбор образцов) _____

Қолы (Подпись) _____

Акт _____ данада толтырылды

(Акт составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-қосымша
Приложение 12 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. 12-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №_____ бұйрығымен бекітілген № 012/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 012/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №____

№ _____

"___" _____ (жыл) года уақыты (время) Елді мекен (Населенный пункт): _____

Имм
унда
удан
кейі
нгі
қола
йсы
з
көрі
ніс

жағ
дай
ын
терг
еп-т
ексе
ру
нәти
жел
ері
тура
лы
акті
Акт
о
рез
уль
тата
х
рас
сле
дов
ани
я
слу
чая
неб
лаг
опр
ият
ног
о
про
явл
ени
я
пос
ле
им
мун
иза
ции

(Иммундаудан кейінгі ауыр жанама көріністер үшін – өлім/ мүгедектік/ емдеуге жатқызу / топтық жағдайлар) (Только для серьезных побочных проявлений после иммунизации – смерть/ инвалидность/ госпитализация/ групповые случаи)

1 БӨЛІМ Негізгі ақпарат
РАЗДЕЛ 1 Базовая информация

Өңір / облыс Аудан Иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс жағдайының сәйкестендіру №
Регион/область Район Идентификационный № случая неблагоприятного проявления после иммунизации

Вакцинация орны (



):

Мемлекеттік емдеу алдын-алу мекеме

Жеке емдеу алдын-алу мекеме

Басқа (көрсетіңіз) _____

Место вакцинации (



):

Государственное лечебно профилактическое учреждение

Частное лечебно профилактическое учреждение

Другое (укажите) _____

Вакцинация орны (



):

Компания

Жоспарлы

Басқа (көрсетіңіз) _____

Вакцинация (



):

Кампания

Плановая

Другое (укажите) _____

Вакцинация жүргізілетін жердің мекенжайы:

Адрес места проведения вакцинации:

Есепті жасаған тұлғаның тегі, аты,
әкесінің аты (бар болса):
фамилия, имя, отчество (при наличии)
лица, составившего отчет:

Тергеп-тексеру күні: ___ / ___ / _____

Дата расследования: ___ / ___ / _____

Нысанды толтыру күні: ___ / ___ / _____

Дата заполнения формы: ___ / ___ / _____

Бұл есеп:

Этот отчет:

Лауазымы:
Должность:

Алғашқы
первичный

Аралық
промежуточный

соңғы
окончательный

Тел. (стационарлық) (коды бар): Ұялы тел.:

Тел. (стационарный) (с кодом): Моб. тел.:

e-mail:

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) Жынысы (пол):

Е (М)

Ә (Ж)

фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента

(кластердегі әрбір жағдай үшін жеке нысандарды толтырыңыз) (заполните отдельные формы на каждый случай в кластере)

Туған күні (КК/АА/ЖЖЖЖ): ___ / ___ / _____

Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ): ___ / ___ / _____

Немесе имундаудан кейінгі қолайсыз көрініс дамуындағы жасы: ___ жыл ___ ай ___ күн немесе

ИЛИ возраст при развитии неблагоприятного проявления после иммунизации: ___ лет ___ месяцев ___
___ дней ИЛИ

жас тобы:

< 1 жас

1-5 жас

> 5 жас

возрастная группа:

< 1 года

15 лет

> 5 лет

Барлық деректерді (көше, үй нөмірі, елді мекеннің атауы, телефон нөмірі және т. б.) дәл көрсете отырып, пациенттің толық тұрғылықты мекен-жайы:

Полный адрес проживания пациента с точным указанием всех данных (улица, номер дома, название населенного пункта, номер тел. и т.д.):

Пациент к е енгізілге н вакцинал ардың/ вакцинал арды сұйылту ға арналған сұйылтқ ыштард ың атаулары Названи я вакцин / раствори телей для разведен и я вакцин, введенн ы х пациенту	Вакцинация күні Д а т а вакцинации	Вакцинация уақыты В р е м я вакцинации	Дозасы (мысалы., 1 - ші, 2-ші және т. б.) Доза (напр., 1-я, 2-я и т.д.)	Серия/партия нөмірі Номер серии/ партии	Жарамдылық мерзімі Срок годности
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель

Егу пунктiнiң түрi (

✓

)

Стационарлық

Мобильді

Көшпелі

Басқа _____

Тип прививочного пункта (



)

Стационарный

Мобильный

Выездной

Другое _____

Бірінші / негізгі симптомның даму күні (күні, айы, жыл): ____ / ____ / _____ Уақыт (сағат / минут) _
____ / ____

Дата развития первого/основного симптома (день, месяц, год): ____ / ____ / _____ Время (час/
минут) ____ / ____

Емдеуге жатқызу күні (күні, айы, жыл): ____ / ____ / _____

Дата госпитализации (день, месяц, год): ____ / ____ / _____

Денсаулық сақтауды басқару органдарының алғашқы хабарлау күні (күні, айы, жыл): ____ / ____ / ____

Дата первичного извещения органов управления здравоохранением (день, месяц, год): ____ / ____ / ____

Тергеп-тексеру күніндегі жағдай (



):

Қайтыс болды

Мүгедектік

Қалпына келтіру процесі

Состояние на дату расследования Умер Инвалидность Процесс выздоровления

Толық қалпына келтіру

Белгісіз

Полное выздоровление Неизвестно

Егер қайтыс болса, қайтыс болған күні мен уақыты (күні, айы, жыл): ____ / ____ / _____ (сағат /
минут): ____ / ____

Если умер, дата и время смерти (день, месяц, год): ____ / ____ / _____ (час/время): ____ / ____

Патологиялық зерттеу жүргізілді ме? (



) Иә (Да) күні (дата) _____



Жоқ (Нет)

Проводилось патологоанатомическое исследование



Жоспарланған (Запланировано на) күні (дата) ____ уақыты (время) ____

Қорытындыны қоса беріңіз (бар болса)

Приложите заключение (если имеется)

2 БӨЛІМ Алдыңғы анамнезі (вакцинацияға дейін)

РАЗДЕЛ 2 Предшествующий анамнез (до вакцинации)

Өлшемшарттар/ Критерии	Нәтижесі/ Результат	Пікірлер (Егер солай болса, мәліметтерді көрсетіңіз)/ Комментарии (если да, укажите подробности)
Өткендегі ұқсас жағдайлар / Аналогичные события в прошлом	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Алдыңғы егуден кейінгі қолайсыз көрініс (-тер) / Неблагоприятное проявление после предыдущей(-их) прививки(-ок)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Анамнезінде вакцинаға, дәрі-дәрмектерге немесе өнімге аллергия бар/ Аллергия на вакцину, лекарство или продукт питания в анамнезе	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Алдыңғы 30 күндегі ауру / туа біткен патология/ Заболевание в предшествующие 30 дней/ врожденная патология	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Себебін көрсете отырып, алдыңғы 30 күнде емдеуге жатқызу/ Госпитализация в предшествующие 30 дней с указанием причины	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Пациент қазіргі уақытта басқа себеппен дәрі-дәрмек терапиясын алады ма?/ Пациент получает лекарственную терапию в настоящее время по другой причине? (Егер солай болса, дәрі-дәрмектерді, оны қолдану көрсеткіштерін, дозалары мен емдеу мерзімдерін көрсетіңіз)(Если да, укажите ЛС, показания к его применению, дозы и сроки лечения)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Кез-келген ауру (берілген иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініске қатысты) немесе аллергия отбасылық тарихта Любое заболевание (имеющее отношение к данному неблагоприятному проявлению после иммунизации) или аллергия в семейном анамнезе	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	

Ұрпақты болу жасындағы әйелдер үшін

Для женщин детородного возраста

Қазіргі уақытта жүктілік? Беременность в настоящее время? Иә (Да) мерзімі апта (срок в неделях) _____
_____ / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)

Қазіргі уақытта емшек емізу? Грудное вскармливание в настоящее время? Иә (Да)/ Жоқ (Нет)

Емшектегі сәбилер үшін
Для детей грудного возраста

Туған

мерзімінде

мерзімінен бұрын

мерзімінен кейін

Туған кездегі дене салмағы:

Родился в срок недоношенным переносенным Масса тела при рождении:

Босану

қалыпты

кесар тілігі

жәрдемақымен (қысқыштар, вакуум және т. б.)

асқынумен (көрсетіңіз)

Роды нормальные кесарево сечение с пособием (щипцы, вакуум и т.д.) осложненные (укажите)

С БӨЛІМІ Бірінші тексерудің нәтижелері ** иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс ауыр жағдайы
РАЗДЕЛ С Результаты первого обследования ** серьезного случая неблагоприятного проявления после
иммунизации

Ақпарат көзі (



барлық қажетті):

Тергеп- тексеру маманының тексеруі

Источник информации (все нужно): Осмотр специалистом по расследованию

Құжаттама

Ауызша аутопсия

Басқа _____ Документация Вербальная аутопсия Другое

Егер ауызша аутопсия болса-дереккөзді көрсетіңіз (Если вербальная аутопсия – укажите источник) _____

<p> еме де әрбі р ант иге нге егіл ген дер сан ы (Чис ло при вит ых каж ды м ант иге ном в учр езд ени и в ход е сесс ии) Қол жет імді бол са, тірк еу жур нал ын тірк еңіз (При лож ите жур нал рег ист рац ии, </p>	<p> Енгізілге н дозалар саны Число </p>																			
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

есл и дос туп ен)	введенн ых доз								
1. Пациентке вакцинация қашан жүргізілді? -									
✓ <input type="checkbox"/>									
БАРЛЫҚ сұрақтар үшін қажет нәрсені белгілеңіз									
Когда проводилась вакцинация пациента? отметьте нужное для ВСЕХ вопросов									
<input type="checkbox"/>									
Сессия шеңберіндегі алғашқы вакцинациялардың бірі									
<input type="checkbox"/>									
Сессия шеңберіндегі соңғы вакцинациялардың бірі									
<input type="checkbox"/>									
Белгісіз									
Одна из первых прививок в рамках сессии Одна из последних прививок в рамках сессии Неизвестно									
Егер көп дозалы құтылар қолданылса, пациент оны алды ма/ Если использовались многодозовые флаконы, получил ли пациент									
<input type="checkbox"/>									
одну из первых доз из флакона?									
<input type="checkbox"/>									
одну из последних доз из флакона?									
<input type="checkbox"/>									
Неизвестно									
құтыдағы алғашқы дозалардың бірін? құтыдағы соңғы дозалардың бірін? Белгісіз									
2. осы вакцинаны тағайындау кезінде немесе қолдану жөніндегі ұсыныстарды сақтамау түрінде қате байқалды ма?							Иә (Да) / Жоқ (Нет)		
Наблюдалась ли ошибка при назначении или в виде несоблюдения рекомендаций по применению этой вакцины?									
3. тергеп-тексеру нәтижелері бойынша Сіз енгізілген вакцина (оның ингредиенттері) стерильді емес болуы мүмкін деп ойлайсыз ба?							Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)		
По результатам расследования считаете ли вы, что введенная вакцина (ее ингредиенты) могли быть нестерильными?									
4. тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинаның физикалық жағдайы (мысалы., түс, лайлану, бөгде қоспалар және т. б.) енгізу кезінде сәйкес келмеді ме?							Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)		
По результатам расследования считаете ли вы, что физическое состояние вакцины (напр., цвет, мутность, инородные примеси и т.д.) было несоответствующим во время введения?									
5. тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинатор вакцинаны сұйылту/ дайындау кезінде қате жіберді деп ойлайсыз ба (мысалы., дұрыс емес препарат, сұйылтқыштың дұрыс еместігі, дұрыс араластырмау, шприцті дұрыс толтырмау және т. б.)?							Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)		
По результатам расследования считаете ли вы, что вакцинатором допущена ошибка при разведении/ подготовке вакцины (напр., неверный препарат, неверный растворитель, неправильное смешивание, неправильное заполнение шприца и т.д.)?									

6. терге-птексеру нәтижелері бойынша вакцинамен жұмыс істеу кезінде қате жіберілді деп ойлайсыз ба (мысалы., тасымалдау, сақтау және/немесе егу сессиясы барысында және т. б. суық тізбек жағдайларын бұзу)? По результатам расследования считаете ли вы, что допущена ошибка при обращении с вакциной (напр., нарушение условий холодовой цепи при транспортировке, хранении и/или в ходе прививочной сессии и т.д.)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
7. терге-тексеру нәтижелері бойынша вакцина дұрыс қолданылмаған деп ойлайсыз ба (мысалы., дұрыс емес доза, дұрыс емес орын немесе енгізу тәсілінің дұпрын еместігі, иненің дұрыс емес мөлшері, инъекцияның тиісті тәжірибесін сақтамау және т. б.)? По результатам расследования считаете ли вы, что вакцина была применена неправильно (напр., неверная доза, неправильное место или способ введения, неверный размер иглы, несоблюдение надлежащей практики инъекций и т.д.)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
8. Зардап шегушімен бірдей құтыдан/ампуладан вакцина енгізілген адамдардың саны Число лиц, которым была введена вакцина из того же флакона/ампулы, что и пострадавшему	
9. Қаралып отырған вакцина сол егу сессиясы кезінде енгізілген адамдардың саны Число лиц, которым рассматриваемая вакцина была введена во время той же прививочной сессии	
10. Басқа мекемелерде бірдей партия/серия нөмірі бар вакцинаны енгізген адамдардың саны. Осы мекемелерді көрсетіңіз: _____ Число лиц, которым в других учреждениях была введена рассматриваемая вакцина с тем же номером партии/серии. Укажите эти учреждения: _____	
11. Бұл жағдай кластерге қатысты ма? Относится ли этот случай к кластеру случаев?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
12. Олай болса, кластерде тағы қанша жағдай анықталды? Если да, сколько других случаев выявлено в кластере?	
1) Кластердегі барлық зардап шеккендерге бір құтыдағы вакцина егілді ме? Были ли все пострадавшие в кластере привиты вакциной из одного и того же флакона?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
2) Егер жоқ болса, зардап шеккендерді вакцинациялау үшін пайдаланылған құтылардың санын көрсетіңіз (толық ақпаратты бөлек көрсетіңіз) Если нет, то укажите число флаконов, которые использовались для вакцинации пострадавших (подробную информацию укажите отдельно)	

Осы жауаптар бойынша түсіндірмелерді жеке парақтарда ұсынуды ұмытпаңыз

Обязательно представьте разъяснения по этим ответам на отдельных листах

4 БӨЛІМ Қарастырылып отырған вакцина қолданылған мекемеде (мекемелерде) иммундау практикасы	
РАЗДЕЛ 4 Практика иммунизации в учреждении(-ях), где применялась рассматриваемая вакцина (Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде процедураларды бақылау нәтижелері бойынша толтырыңыз)	
(Заполните этот раздел по результатам распросов и/или наблюдений за процедурами на практике)	
Қолданылатын шприцтер мен инелер: Используемые шприцы и иглы:	
Вакцинация үшін өздігінен блокталатын (ӨБ) шприцтер қолданылады ма? Используются ли для вакцинации самоблокирующиеся (СБ) шприцы?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
Олай болмаса, шприцтердің қандай түрлері қолданылатынын көрсетіңіз: Если нет, укажите, какие применяются типы шприцев:	

Шыны

Бір реттік

Бір рет қолданылатын, бірақ қайта қолданылатын

Басқа ____

Стеклянные Одноразовые Одноразовые, но применяемые повторно Другое ____

Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер:

Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:

Вакцины сұйылту (қалпына келтіру): (егер қажет болса ғана толтырылады, егер қолданылмаса, қажет емес белгісін қойыңыз)

Разведение (восстановление) вакцины: (заполняется только если применимо, , отметьте не применимо, если не применимо)

Вакцины сұйылту (қалпына келтіру) процедурасы ()	Мәртебесі (Статус)		
Процедура разведения (восстановления) вакцины	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
Бір шприц бір вакцинаның бірнеше құтысын сұйылту үшін қолданылады ма?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
Используется ли один и тот же шприц для разведения нескольких флаконов одной и той же вакцины? Бір шприц әртүрлі вакциналарды сұйылту үшін қолданылады ма? Используется ли один и тот же шприц для разведения разных вакцин?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
Әрбір вакцина құтысын сұйылту үшін бөлек шприц қолданылады ма? Используется ли отдельный шприц для разведения каждого флакона с вакциной? Әр егу кезінде бөлек шприц сұйылту үшін қолданылады ма? Используется ли отдельный шприц для	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	

разведения при каждой прививке?			Қажет емес (Нн применимо)
Өндіруші тек вакциналар мен сұйылтқыштарды қолдана ма? Используются ли только вакцины и растворители рекомендованы производителем?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:			
5 БӨЛІМ Салқындату тізбегі және тасымалдау РАЗДЕЛ 5 Холодовая цепь и транспортировка (Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде процедураларды бақылау нәтижелері бойынша толтырыңыз) (Заполните этот раздел по результатам расспросов и/или наблюдения за процедурами на практике)			
Вакцинаның соңғы сақтау орны: Последний пункт хранения вакцины:			
Вакциналарды сақтау үшін тоңазытқыштағы температураны бақылау жүргізіле ме? Осуществляется ли мониторинг температуры в холодильнике для хранения вакцин?		Иә (Да) / Жоқ (Нет)	
егер иә болса, вакцинаны тоңазытқышқа салғаннан кейін +2мл+8° С шегінен асатын температурада қандай да бір ауытқулар байқалды ма? Если да, отмечались ли какие-либо отклонения в температуре, выходящие за пределы +2+8° С, после помещения вакцины в холодильник?		Иә (Да) / Жоқ (Нет)	
егер иә болса, температура режимін бақылау нәтижелерін қосыңыз. Если да, приложите результаты мониторинга температурного режима.			
Вакциналарды, еріткіштерді және шприцтерді сақтаудың тиісті процедуралары орындалды ма? Соблюдались ли надлежащие процедуры хранения вакцин, растворителей и шприцев?		Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно	
Тоңазытқышта немесе мұздатылған басқа препараттар / өнімдер сақталады ма (RPI вакциналары мен вакцина еріткіштерінен басқа)? Хранятся ли в холодильнике или морозильнике другие препараты/товары (отличные от вакцин РПИ и растворителей для вакцин)?		Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно	
Тоңазытқышта жартылай пайдаланылған қалпына келтірілген вакциналар анықталды ма? Обнаружены ли в холодильнике частично использованные восстановленные вакцины?		Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно	
Тоңазытқышта қолдануға жарамсыз вакциналар анықталды ма (жарамдылық мерзімі өтіп кеткен, таңбаланбаған, 3 немесе 4 сатыдағы құтыдағы термоиндикатор, мұздатылған)? Обнаружены ли в холодильнике какие-либо вакцины, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, без маркировки, флаконный термоиндикатор на стадиях 3 или 4, замороженные?)		Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно	
Қоймада қолдануға жарамсыз вакцина-сұйылтқыштары анықталды ма (жарамдылық мерзімі өткен, дұрыс өндірушіге сәйкес келмейтін, жарылған ампулаларда, ластанған ампулаларда)?		Иә (Да) / Жоқ (Нет)	

Обнаружены ли на складе какие-либо растворители для вакцин, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, не соответствующие нужному производителю, в треснутых ампулах, загрязненных ампулах)?	Белгісіз Неизвестно
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:	
Вакцины тасымалдау: Транспортировка вакцины:	
Вакцины тасымалдау үшін қолданылатын тоңазытқыш сөмкесінің типі Тип сумки-холодильника, который применялся для транспортировки вакцины	
Вакцинация жүргізілген күні тоңазытқыш сөмкесі егу пунктіне жіберілді ме? Была ли сумка-холодильник отправлена на прививочный пункт в тот день, когда проводилась вакцинация?	Да / Нет / Неизвестно
Вакцинация жасалған күні егу пунктінен тоңазытқыш сөмке қайтарылды ма? Была ли сумка-холодильник возвращена из прививочного пункта в тот день, когда проводилась вакцинация?	Да / Нет / Неизвестно
Дайындалған (кондиционерленген) салқындату элементтері қолданылды ма? Использовались ли подготовленные (кондиционированные) хладоэлементы?	Да / Нет / Неизвестно
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:	
6 Бөлім Жергілікті қоғамдастық деңгейіндегі тергеп-тексеру (елді мекенге бару және ата-аналардан/басқалардан сұрау) Раздел 6 Расследование на уровне местного сообщества (просьба посетить населенный пункт и опросить родителей/других лиц)	
Сол елді мекенде жәбірленуші иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс дамыған уақытқа ұқсас уақыт аралығында қандай да бір ұқсас оқиғалар туралы хабарланды ма? Сообщалось ли в том же населенном пункте о каких-либо аналогичных событиях в течение периода времени, аналогичного тому, когда у пострадавшего развилось неблагоприятное проявление после иммунизации? Иә (Да) / Жок (Нет) / Белгісіз (Неизвестно) Олай болса, ақпарат беріңіз: Если да, представьте информацию:	
Олай болса, мұндай оқиғалар/эпизодтар қанша? Если да, сколько таких событий/эпизодов?	
Зардап шеккендердің саны қанша Сколько из пострадавших Вакцинацияланған/вакцинированы: _____ Вакцинацияланбаған/ не вакцинированы: _____ Деректер жок/ нет данных: _____	
Қосымша пікірлер/Дополнительные комментарии:	
7 БӨЛІМ Басқа нәтижелер / бақылаулар / пікірлер РАЗДЕЛ 7 Другие полученные данные/наблюдения/комментарии	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2024 жылғы _____
№ ҚР ДСМ-____ бұйрығына
2-қосымша
Приложение 2 к приказу

Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от _____ 2024 года
 № ҚР ДСМ-____
 Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 12-1-қосымша
 Приложение 12-1 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 №ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Ескерту. Бұйрық 12-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 012-1/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 012-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ___ _____ 2021 года №_____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру тағайындау туралы акті Акт о назначении расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения №_____

"__" _____ жыл (года) уакыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____
 Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері
 немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач

административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

(қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 45-1 бабына сәйкес (в соответствии со статьей 45-1 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения", на основании)

Тергеп-тексерудің негізін көрсету: өтініш, ақпарат, шұғыл хабарлама, бақылау мақсатында сатып алу қорытындылары бойынша өнімді зерттеу нәтижелері, пайда болу, табу, бұзушылықтарды анықтау фактісі және т. б. (указать основание расследования: обращение, информация, экстренное извещение, результаты исследования продукции по итогам контрольного закупа, факт возникновения, обнаружения, выявления нарушения и др.)

1. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарын бұзудың мән-жайлары мен себептеріне жан-жақты тергеп-тексеру жүргізу (провести всестороннее расследование обстоятельств и причин нарушения требований законодательства Республики Казахстан в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения) _____
_____ указать предмет расследования

2. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында тергеп-тексеру жүргізу үшін мынадай құрамда лауазымды адамдар не комиссия мүшелері айқындалсын (определить должностных лиц либо членов Комиссии для проведения расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения в следующем составе):

3. Лауазымды адамдар не комиссия мүшелері (должностным лицам либо членам Комиссии):

1) Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарын бұзуға жол берген адамдардың тобын, бақылау және қадағалау объектілерін (субъектілерін) айқындасын (определить круг лиц, объекты (субъекты) контроля и надзора, допустивших нарушения требований законодательства Республики Казахстан);

2) себеп-салдар байланысын бағаласын, талдасын және анықтасын (провести оценку, анализ и установление причинно-следственной связи);

3) халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы мен қоршаған ортаға төнетін қауіптердің алдын алу үшін санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шаралар өткізуді ұйымдастырсын (организовать проведение санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий для предотвращения угроз санитарно-эпидемиологическому благополучию населения и окружающей среде).

4. Тергеп-тексеру мынадай кезеңде жүргізілсін ____ жылғы " ____ " ____ бастап, ____ жылғы " ____ " ____ дейін (Расследование провести в период с " ____ " ____ года по " ____ " ____ года).

5. Осы акт барлық мүдделі тұлғалардың назарына жеткізілсін (Настоящий акт довести до сведения всех заинтересованных лиц).

6. Осы актінің орындалуын бақылауды өзіме қалдырамын (Контроль за исполнением настоящего акта оставляю за собой).

7. Осы акт қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді (Настоящий акт вступает в силу со дня подписания).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в с ф е р е санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------

Акт ____ данада жасалды.

Акт составлен в ____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-2-қосымша
Приложение 12-2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. Бұйрық 12-2-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды
--	----------------------------

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен бекітілген № 012-2/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 012-2/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру мерзімін ұзарту туралы акті Акт о продлении сроков расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения № _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

(қажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 - бабы 2-тармағының 1) тармақшасына сәйкес (В соответствии с подпунктом 1) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения"):

1. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру мерзімдері _____ жыл "___" _____ дейін ұзартылсын (Продлить сроки расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения до "___" _____ года).

2. Осы акт барлық мүдделі тұлғалардың назарына жеткізілсін (Настоящий акт довести до сведения всех заинтересованных лиц).

3. Осы актінің орындалуын бақылауды өзіме қалдырамын (Контроль за выполнением настоящего акта оставляю за собой).

4. Осы акт қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді (Настоящий акт вступает в силу со дня подписания).

<p>Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в с ф е р е санитарно-эпидемиологического благополучия населения</p>	<p>Мөр орны Место печати</p>	<p>ТАӘ ФИО</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 12-3-қосымша
 Приложение 12-3 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 №ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Ескерту. Бұйрық 12-3-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен бекітілген № 012-3/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного</p>		<p>Медицинская документация Форма № 012-3/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан</p>

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері туралы акті Акт о результатах расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения № ____

" ____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): ____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері бойынша ____ жыл " ____ " ____ бастап, ____ жыл " ____ " ____ аралығында мыналар анықталды (По результатам расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведенного в период с " ____ " _____ года по " ____ " _____ года установлено следующее):

1. Адамның өміріне, денсаулығына, қоршаған ортаға зиян келтірген бақылау және қадағалау субъектісі/объектісі (Субъект/объект контроля и надзора причинившая (ий) вред жизни, здоровью человека, окружающей среде):

_____ адамның өміріне, денсаулығына, қоршаған ортаға зиян келтіру орны мен мекенжайы, ұйымның атауы, заңды тұлға немесе жеке кәсіпкер, ұйымдық-құқықтық нысаны (место и адрес причинения вреда жизни, здоровью человека, окружающей среде, название организации, юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, организационно-правовая форма)

2. Зардап шеккендер туралы мәліметтер (бар болса) (Сведения о пострадавших (при наличии)):

№	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Туған жылы (Год рождения)	Зардап шегушінің диагнозы (Диагноз пострадавшего)	Зиянның ауырлық дәрежесі (Степень тяжести причинения вреда)	Ескертпе (Примечание)
---	--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	-----------------------

3. Ұйымның, объектінің, учаскенің, аумақтың, тергеп-тексеру орнының (қысқаша) сипаттамасы (Характеристика организации (кратко), объекта, участка, территории, места расследования): _____

_____ Бұл бөлімде басқа мәліметтермен қатар, мыналарды көрсету қажет: оқиғаға дейінгі объектінің, жабдықтың жұмыс режимі (ол болған кезде) (бекітілген, нақты, жобалық), оқиға алдындағы объектінің жай-күйі туралы қорытынды беру, осы объектіде бұрын осындай оқиғалар болған-болмағаны, олардың алдын алу жөніндегі іс-шаралар әзірленгені (қашан, кім және олар қалай орындағаны (В этом разделе, наряду с другими сведениями, необходимо указать: режим работы объекта (при его

наличии), оборудования до инцидента (утвержденный, фактический, проектный), дать заключение о состоянии объекта перед инцидентом, были ли ранее на данном объекте аналогичные инциденты, разрабатывались ли мероприятия по их предупреждению (когда, кем и какие, как они выполнялись)

4. Тергеп-тексеру мәніне (оқиғаның) мән-жайлары (Обстоятельства предмета расследования (инцидента)): _____

5. Құжаттамамен танысып, тергеп-тексеру орнын қарап, түсіндірме, сараптама қорытындыларын зерттеп, тергеп-тексеру мәнінің куәгерлерінен және оған қатысы бар адамдардан сұрап, халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы талаптардың бұзылуы мынадай себептерге байланысты екенін анықтады (Ознакомившись с документацией, осмотрев место расследования, изучив объяснительные, заключения экспертизы и опросив очевидцев предмета расследования и лиц, причастных к нему, установили, что нарушение требований в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения обусловлен следующими причинами): _____

6. Орындау мерзімдерін көрсете отырып, салдарларды жою және олардың қайталануының алдын алу жөніндегі іс-шаралар (Мероприятия по ликвидации последствий и предупреждению их повторения с указанием сроков исполнения):

№	Іс-шараның атауы (Наименование мероприятия)	Орындау мерзімі (Срок исполнения)	Жауапты тұлға (Ответственное лицо)
---	---------------------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------------

7. Бұзушылықтарға жол берген заңды және жеке тұлғаларға қатысты жауапкершілік шаралары және оларды жазалаудың ұсынылған шаралары (Меры ответственности в отношении юридических и физических лиц, допустивших нарушения и предложенные меры их наказания): _____

8. Басқа ақпарат (Иная информация): _____

9. Қоса беріліп отырған материалдардың тізбесі (Перечень прилагаемых материалов): _____

10. Ерекше пікір (бар болса) _____ парақта (Особое мнение (при наличии) на _____ листах).

11. Тергеп-тексеру жүргізген адамдардың қолдары (Подписи лиц, проводивших расследование): _____

қолы
, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы (подпись, фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность)

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-4-қосымша
Приложение 12-4 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. Бұйрық 12-4-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 012-4/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 012-4/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы акті Акт о назначении контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения № _____

" ____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

_____ (кажетінің астын сызу керек) (Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 43-бабына сәйкес (В соответствии с статьей 43 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения", на основании) _____

_____ (халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында бақылау мақсатында сатып алудың жүзеге асыру қағидаларында белгіленген өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алудың негіздерін көрсету (указать основания контрольного закупа продукции (товара), установленные правилами осуществления контрольного закупа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

1. Лауазымды тұлға (лар) жүзеге асырсын (Осуществить должностному (ым) лицу (ам))

_____ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

_____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

_____ жыл " ____ " _____ бастап, _____ жыл " ____ " _____ дейін мерзімде халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы келесі өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу (в срок с " ____ " _____ года до " ____ " _____ года контрольный закуп следующей продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения):

_____ сатып алынатын өнімнің атауы, өндірушісі, саны (наименование, производитель, количество закупаемой продукции)

2. Осы акт қол қойылған күннен бастап күшіне енеді (Настоящий акт вступает в силу со дня подписания).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-5-қосымша
Приложение 12-5 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. Бұйрық 12-5-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен бекітілген № 012-5/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного	Медицинская документация Форма № 012-5/у Утверждена приказом Министра

о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

здравоохранения Республики
Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Өнімді (тауарды) сатып алу актісі Акт покупки продукции (товара) № _____

" ____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____

Мен, лауазымды тұлға (Мною, должностным лицом) _____

_____ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

_____ Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы (фамилия, имя, отчество (при его наличии), должность)

Осы өнімді (тауарды) сатып алу актісі жасалды (Составлен настоящий акт покупки продукции (товара)):

1. Бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении контрольного закупа) _____

2. Бақылау мен қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы, сатып алуды жүргізу мекенжайы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора, адрес проведения покупки) _____

3. Сатып алынатын өнімнің (тауардың) атауы, олардың саны және өндірушісі (Наименование закупаемой продукции (товара), их количество и производитель) _____

4. Сатып алуды жүргізу күні мен уақыты (Дата и время проведения покупки) _____

5. Санитариялық-эпидемиологиялық зерттеу өткізу үшін санитариялық-эпидемиологиялық мекемеге жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки в организацию санитарно-эпидемиологической службы для проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы) _____

6. Өнімдерді тасымалдау барысында сақтау шарттары (Условия хранения продукции при транспортировке) _____

7. Пломбалау кезінде қаптаманың түрі (вид упаковки при опломбировании) _____ (полимерлі, қағаз, шыны, басқалар) (полимерное, бумага, стекло, другое)

8. Жарамдылық мерзімі көрсетілмеген және (немесе) өтіп кеткен және айқын бұзылу белгілері бар өнімдер (тауарлар) туралы ақпарат (Информация о продукции (товарах) с неустановленным и (или) истекшим сроком годности, явными признаками порчи) _____

9. Қабылданған жедел ден қою шаралары туралы белгі (Отметка о принятых мерах оперативного реагирования) _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

1	2	3	4	5	6	7	8
Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Үлгілер өнімдерінің (тауардың) атауы, өндірушісі (наименования образцов продукции (товара), производитель)	Алынған үлгілер саны (Количество образцов, ед.)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Өнімнің сәйкестендіру мәліметтері (шығарылған күні, жарамдылық мерзімі, сериясы, партия нөмірі, т.б.). (Идентификационные сведения о продукции (дата производства, срок годности, серия, номер партии, т.д.)	Бірлік үшін бағасы, теңге (Цена за единицу, тенге)	Жалпы сомасы, теңге (Итого сумма, тенге)	Пломба нөмірі (Номер пломбы)

Осы актіге қоса беріледі (К настоящему акту прилагаются) _____

бақылау-касса машинасының чегі немесе тауар чегі, тауарларға ілеспе құжат (чек контрольно-кассовой машины или товарный чек, сопроводительная накладная на товары)

Сатушы (Продавец)	Лауазымды тұлға (Должностное лицо)
лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы (подпись, должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))	лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы (подпись, должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Сатушы өнімді (тауарды) сатып алу актісіне қол қойудан бас тартты (Продавец отказался от подписания акта покупки продукции (товара))

лауазымды адамның Тегі, Аты, Әкесінің аты (бар болса) және қолы (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-6-қосымша

Приложение 12-6 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. Бұйрық 12-6-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 012-6/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 012-6/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____ _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері туралы акті Акт о результатах контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения №_____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері бойынша _____ жылы "___" _____мыналар анықталды (По результатам контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведенного на основании акта о назначении контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения от "___" _____ года, установлено следующее):

1. Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) (Субъект (объект) контроля и надзора) _____ сауда объектісінің атауы, жеке сәйкестендіру номері/ бизнес сәйкестендіру номері, мекенжайы (наименование торгового объекта, индивидуальный идентификационный номер/бизнес идентификационный номер, адрес)

2. Сатып алынған өнім (тауар) (Закупленная продукция (товар)):

_____ (сатып алынатын өнімнің атауы, өндірушісі, саны) (наименование, производитель, количество закупаемой продукции)

3. Бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері (Результаты контрольного закупа): _____

Өнімнің (тауардың) Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттердің талаптарына және (немесе) бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкестігін немесе сәйкес еместігін көрсету қажет (необходимо указать соответствие или несоответствие продукции (товара) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)

4. Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі іс-шаралар, оларды жою мерзімдері (Мероприятия по устранению выявленных нарушений, сроки их устранения) _____

5. Бақылау және қадағалау субъектісіне қатысты жедел ден қою шараларын қолдану туралы ақпарат (Информация о применении меры оперативного реагирования в отношении субъекта контроля и надзора):

_____ (алынатын (қайтарылатын) өнімнің деректемелері, саны) (реквизиты, количество изымаемой (отзываемой) продукции)

6. Өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері бойынша тергеп-тексеруді тағайындау туралы ақпарат (Информация о назначении расследования по результатам контрольного закупа продукции (товара)): иә/жоқ (керегінің астын сызу) (да/нет (нужное подчеркнуть))

Лауазымды тұлға (Должностное лицо) _____

колы (подпись) Тегі, аты, әкесінің аты

(бар болса)

(фамилия, имя, отчество (при

его наличии)

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 13-қосымша
 Приложение 13
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 013/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 013/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____ _____

Вирусологиялық зерттеуге жіберу ЖОЛДАМАСЫ НАПРАВЛЕНИЕ на вирусологические исследование

1. Медициналық ұйымның атауы _____

(Наименование медицинской организации)

2. Жолданған материал: аңқадан, мұрыннан алынған жағынды, жұлын сұйықтығы, қан, нәжіс-вирусқа зерттеу үшін _____ астын сызыңыз немесе толықтырыңыз

(Направляется материал: мазок из зева, носа, ликвор, кровь, фекалии для исследования на вирус) (подчеркнуть или дополнить)

3. Науқастың Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О (при наличии) больного) _____

4. Жасы (Возраст) _____

5. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

6. Мектепке дейінгі балалар ұйымы, оқу орны, жұмыс орны (Детская школьная организация, место учебы, место работы) _____

7. Ауырған күні (Дата заболевания) _____

8. Емдеуге жатқызу күні (Дата госпитализации) _____

9. Материал алынған күн (Дата взятия материала) _____

10. Диагнозы (Диагноз) _____

11. Аурудың негізгі симптомдары (Основные симптомы заболевания) _____

12. Қысқа эпидемиологиялық анамнез (Краткий эпидемиологической анамнез) _____

13. Екпелер саны (Количество прививок) _____

14. Соңғы егілу күні (Дата последней прививки) _____

Дәрігер (Врач) _____ (тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
14-қосымша
Приложение 14
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 014/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 014/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__ _____

Дезинфекциялау камерасына жолдама Направление в дезинфекционную камеру

Наряд бойынша № _____ (По наряду) № _____
Азаматтан (шадан) қабылданды (Приняты от гражданина (ки)) _____

Мекен-жайы (Адрес) _____

салдарынан дезинфекциялауға алынды (для дезинфекции по поводу)

№	Заттардың атауы (Наименование вещей)	Саны (Количество)
1	2	3
1		
2		

_____ 20__ жылы (году)

Заттарды дезинфекциялау камерасына өткіздім
(Вещи сдал в дезинфекционную камеру) _____

Дезинфекциялаушының Т.А.Ә. (болған жағдайда) және қолы (Должность, Ф.И.О. (при наличии)

и подпись дезинфектора) _____

_____ 20__ жыл (год)

Камерадан заттарды қабылдап алдым

(Вещи из камеры принял) _____

Зерттеу әдістемесінің нормативтік құжаты

Нормативный документ на метод испытаний

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
15-қосымша
Приложение 15
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен Бекітілген № 015/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 015/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Қанды вирустық гепатиттердің маркерлеріне зерттеуге ЖОЛДАМА НАПРАВЛЕНИЕ на исследование крови на маркеры вирусных гепатитов

1. Тіркеу № (регистрационный №) _____
2. Материал жіберілетін зертханасының атауы (Наименование лаборатории, в которую направляется материал) _____
3. Сынаманың атауы және саны (Наименование и число образцов) _____

4. Сынаманы жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____

5. Сынама алынған орын, уақыты, мезгілі (Место, дата и время отбора) _____

6. Сынамаларды вирусологиялық зертханаға жеткізу уақыты және шарттары (Время и условия доставки проб в вирусологическую лабораторию) _____

7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

8. Зерттеуге дәлелдеме: ағымдығы санитариялық қадағалау тәртібімен, эпидемиологиялық көрсеткіші бойынша (астын сызу немесе қосып жазу) (Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного надзора, по эпидемиологическим показаниям (подчеркнуть или дописать)) _____

9. Зерттелушінің Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О (при наличии) обследуемого) _____

10. Жасы (Возраст) _____

11. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____

12. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

13. Жұмыс орны (Место работы) _____

14. Диагнозы (Диагноз) _____

15. Үлгіні алған адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы, қолы (Ф.И.О. (при наличии), должность, подпись лица, отобравшего образец) _____

_____ данада толтырылды (составлен в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
16-қосымша
Приложение 16
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 016/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 016/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Сынама үлгілерін _____ вирусологиялық зерттеулерге (инфекция түрін көрсетініз) ЖОЛДАМА НАПРАВЛЕНИЕ на исследование образцов проб на вирусологическое исследование _____ (указать вид инфекции)

1. Тіркеу № (регистрационный №) _____
2. Материал жіберілетін зертхананың атауы (Наименование лаборатории, в которую направляется материал) _____
3. Сынаманың атауы және саны (Наименование и число образцов) _____
4. Сынаманы жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____
5. Сынама алынған орын, уақыты, мезгілі (Место, дата и время отбора) _____
6. Сынамаларды вирусологиялық зертханаға жеткізу уақыты және шарттары (Время и условия доставки проб в вирусологическую лабораторию) _____
7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
8. Зерттеуге дәлелдеме: ағымдығы сан. бақылау ретінде, эпидемиолог, көрсеткіші бойынша (астын сызу немесе қосып жазу) (Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного надзора, по эпид. показаниям (подчеркнуть или дописать)) _____
9. Зерттелушінің Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) _____
10. Жасы (Возраст) _____
11. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____
12. Мекен жайы (Домашний адрес) _____
13. Жұмыс орны (Место работы) _____
14. Диагнозы (Диагноз) _____

15. Үлгіні алған адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) қызметі, қолы, (Ф.И.О. (при наличии), Должность, подпись лица, отобравшего образец) _____
 ____ данада толтырылды (составлен в __ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 17-қосымша
 Приложение 17
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 017/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 017/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Қызылша мен қызамыққа материалды (зерттелушіден, ауру адамнан) зерттеуге жолдама
Направление материала (от обследуемого, больного) для исследования на корь, краснуху

Облысы, ауданы/қаласы :	Науқастың эпиднөмірі: 1	Күні: /// ж	
Область, район/город:	Эпидномер больного: 1	Дата: /// г	
Аурудың Т.А.Ә (болған жағдайда):		Е	Ә
Ф.И.О (при наличии) больного:		М	Ж
Туылған күні: /// жыл	Жасы (айы): //ж		
Дата рождения: /// года	Возраст (месяц): //л		

Кәмелеттік жасқа толмаған балалар үшін анасының /әкесінің/камқоршысының Т.А.Ә. (болған жағдайда): Ф.И.О.(при наличии) матери/отца/опекуна для несовершеннолетних детей:		
Мекен-жайы: Адрес:		
Қызылшаға, қызамыққа қарсы екпелер саны: Количество вакцинаций против кори, краснухи	Соңғы екпе егілген күні: Дата последней вакцинации:	
Дене қызуының көтерілген күні: /// ж. Дата повышения температуры: /// г.	Бөртпе пайда болған күні: /// ж. Дата появления сыпи: /// г.	
Бөртпенің түрі: Тип сыпи:		
Алдын ала қойылған клиникалық диагнозы: Предварительный клинический диагноз:		
Үлгісі: Образец:	Талдау алынған күні: // ж Дата сбора: // г	Жіберілген күні: /// ж Дата отправки: /// г
(1)		
(2)		
Зерттеу нәтижелерін мына қызметкерге Т.А.Ә.(болған жағдайда) жіберу керек : Ф.И.О. (при наличии) сотрудника, которому должны быть отправлены результаты исследования:		
Мекен-жайы: Адрес:		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
18-қосымша
Приложение 18
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2021 жылғы " ____ " _____ № бұйрығымен бекітілген № 018/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 018/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

Санитариялық-паразитологиялық зерттеуге ЖОЛДАМА НАПРАВЛЕНИЕ на санитарно-паразитологическое исследование

1. Тіркеу № (регистрационный №) _____

2. Материал жіберілетін санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығы
зертханасының атауы _____

(Наименование лаборатории центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы, в которую направляется материал)

3. Нұсқаның атауы және саны _____
(Наименование и число образцов)

4. Ыдысы, орамасы, таңбалау _____
(Тара, упаковка, маркировка)

5. Нормативтік құжаттың аты, сынама іріктелген орын, уақыты, мезгілі _____

_____ (Место, дата и время отбора, наименование нормативного документа)

6. Сынамаларды паразитологиялық зертханаға жеткізу уақыты және шарттарды _____

_____ (Время и условия доставки проб в паразитологическую лабораторию)

7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования на:) _____

8. Зерттеуге дәлелдеме: ағымдығы санитариялық бақылау ретінде,
эпидемиологиялық
көрсеткіші бойынша (астын сызу немесе қосып жазу) _____

_____ (Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного контроля, по
эпидемиологического показаниям (подчеркнуть или дописать))

9. Үлгіні алған адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) қызметі, қолы, (Ф.И.О. (при
наличии),

Должность, подпись лица, отобравшего образец) _____

(Зерттеу әдістемесіне нормативтік құжаттар _____

(Нормативный документ на метод испытаний)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
19-қосымша
Приложение 19
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 019/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 019/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Адамдардан іріктелген сынамаларды микробиологиялық тексеруге ЖОЛДАМА
НАПРАВЛЕНИЕ материала от людей на микробиологические исследования**

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____
2. Зерттелушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) _____
3. Жасы (Возраст) _____
4. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

5. Жұмыс орны (Место работы) _____
6. Диагнозы (Диагноз) _____
7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____
8. Сынаманы жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____
9. Антибиотикті қабылдау (Применение антибиотиков) _____
10. Қаны бірінші рет/қайталап алынды (Кровь взято первично/повторно) _____
11. Сынамаларды зерттеу мақсаты (Цель исследования пробы) _____
12. Зерттеу әдісі, реакция түрі (Метод исследования, вид реакции) _____
13. Сынаманы қабылдаған адамның қолы (Подпись принявшего анализ) _____
14. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____
15. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
16. Зерттеу әдістемесіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод испытаний) _____

_____ данада толтырылады (составляется в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
20-қосымша
Приложение 20
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды
Код формы по ОКУД _____
КҰЖЖ бойынша ұйым коды

	Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № _____ 020/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 020/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _ _____

Адамдардан іріктелген сынамаларды _____ тексеруге ЖОЛДАМА
НАПРАВЛЕНИЕ материала от людей на _____ исследования

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____
2. Зерттелушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) _____
3. Жасы (Возраст) _____
4. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____
5. Мекен жайы (Домашний адрес) _____
6. Жұмыс орны (Место работы) _____
7. Диагнозы (Диагноз) _____
8. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____
9. Сынаманың алынған күні және уақыты (Дата и время забора материала) _____
10. Антибиотикті қабылдау (Применение антибиотиков) _____
11. Сынама бірінші рет/ қайталап алынды (проба взята первично/повторно) _____
12. Сынамаларды зерттеу мақсаты (Цель исследования пробы) _____
13. Зерттеу әдісі, реакция түрі (Метод исследования, вид реакции) _____
14. Сынаманы қабылдаған адамның қолы (Подпись принявшего анализ) _____

15. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____

16. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

17. Дополнительная информация:

Ауырған күні (Дата заболевания) _____

Қай елден келді (Страна прибытия) _____

Ауырған адаммен байланыс (Контакт с больным) _____

Симптомдары (Симптомы) _____

Сынаманың жіберу күні және уақыты (Дата и время направление материала) _____

Сынаманың жеткізген күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
21-қосымша
Приложение 21
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 021/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а		Медицинская документация Форма № 021/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан

Сынаманы тырысқақ қоздырғышына тексерудің жолдамасы және зерттеу нәтижесі
Направление и результат исследования материала на наличие возбудителя холеры

1. Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии)) _____

2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен-жайы (Адрес) _____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Диагнозы (Диагноз) _____

6. Сынаманы алған күні және уақыты (Дата и время взятия пробы) _____

7. Бірінші рет немесе қайталап (Первичный или повторный) _____

8. Антибиотикті қабылдағаны туралы (Применения антибиотика) _____

9. Жіберген мекеме (Направляющее учреждения) _____

10. Үлгіні жіберген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при наличии),
подпись
направившего материал) _____

Сынаманы қабылдау Прием анализа

Сынаманың № (№ анализа) _____

Зертхана (Лаборатория) _____

Қабылдау күні және уақыты (Дата и время приема) _____

Сынаманы қабылдаған адамның қолы (Подпись принявшего анализ) _____

Зерттеу қорытындысы (Результат исследования) _____

Қорытынды берілген күн (Дата выдачи ответа) _____

Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) заведующего лабораторией) _____

Қолы (Подпись) _____

_____ данада толтырылады (составляется в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
22-қосымша
Приложение 22
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген № _____ 022/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Форма № 022/у
Утверждена приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года №___

Материалдарды тырысқақ қоздырғышына зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ
исследования материала на наличие возбудителя холеры №_____ "___" _____
___ 20__ ж. (г.)

- 1. Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии)) _____
- 2. Жасы (Возраст) _____
- 3. Мекен-жайы (Адрес) _____
- 4. Жұмыс орны (Место работы) _____
-
- 5. Диагнозы (Диагноз) _____
- 6. Сынаманы алған күні және уақыты (Дата и время взятия пробы) _____
-
- 7. Бірінші рет немесе қайталап (Первичный или повторный) _____
-
- 8. Антибиотикті қабылдағаны туралы (Применения антибиотика) _____
-
- 9. Жіберген мекеме (Направляющее учреждения) _____
- 10. Сынама атауы (Наименование пробы) _____
- 11. Жеткізу күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
- 12. Зерттеу мақсаты (Цель обследования) _____
- 13. Үлгіні жіберген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда). қолы (Должность, Ф.И.О. (при наличии), подпись направившего материал) _____
- 14. Зерттеу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод испытаний) _____

15. Зерттеу қорытындысы (Результат исследования) _____
Үлгілердің (нің) нормативтік құжаттарға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие ормативного документа) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә.(болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____ _____ _____
Қолы (Подпись)	_____ _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары)	_____
	Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О (при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сынауға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием)

**Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН
(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)**

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері/сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
23-қосымша
Приложение 23
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № бұйрығымен бекітілген

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№__ 023/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 023/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__ _____

**Тамақ өнімдерінің үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов
пищевых продуктов № _____ от "___" _____ 20 ж. (г.)**

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгі атауы (Наименование образца) _____
4. Саны (Количество) _____
5. Зерттеудің мақсаты (Цель исследования) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
10. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
12. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____
13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
14. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
16. Зерттеу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод испытаний) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Ингредиенттер және басқалар көрсеткіштерінің атауы (Наименование показателей ингредиентов и других)	Анықталған шоғырлану (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ (НД на методы исследования)
1	2	3	4
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____		
Қолы (Подпись)	_____		

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә.(болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН (Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
24-қосымша
Приложение 24
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 024/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 024/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__ _____

Суды микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ микробиологического исследования воды № _____ от "___" _____ күні 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Партия нөмері (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
10. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
12. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
13. Сынама әкелген тұлға туралы қосымша мәліметтер (дополнительные сведения о лице, доставившем пробу) _____
14. Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ (НД на метод испытаний) _____

**Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)**

Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Өлшеу бірлігі	НҚ бойынша нормасы	Зерттеу нәтижесі	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ

	(Единица измерения)	(Норма по НД)	(Результат испытания)	(НД на метод испытания)
1	2	3	4	5
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____			
Қолы (Подпись)	_____			
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____			
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____		
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____		

Хаттама ___ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
25-қосымша
Приложение 25
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 025/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 025/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ _____

Шайындыларды микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ

микробиологического исследования смывов № _____ (от) " " _____ күні 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Партия номері (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
10. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____

11. Қосымша деректер (Дополнительные сведения) _____

12. Зерттеу әдістемеге қолданылған НҚ (НД на метод испытаний) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Үлгі нөмірі (Номер образца)	Үлгі алынған орын және нүктелер (Место и точки отбора)	Нәтиже Результат			Ескерту (Примечание)
		Ішек таяқшалары тобының бактериясы (Бактерии группы кишечных палочек)	Алтын түстес стафилококк (Золотистый стафилококк)	Шартты патогенді флора (Условно патогенная флора)	
1	2	3	4	5	6
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О., должность специалиста проводившего исследование)					
Қолы (Подпись)					
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)					
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә.(болған жағдайда), қолы				
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)				

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или

врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
26-қосымша
Приложение 26
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 026/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 026/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Тамақ өнімдерін микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ

микробиологического исследования пищевых продуктов № _____ от " " _____
_____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Партия номері (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
10. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
11. Үлгі алу әдісіне қолдалынған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
13. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
14. Зерттеу әдісіне қолданылған НҚ (НД на метод испытаний) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Микробиологиялық көрсеткіштер (Микробиологические показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)	Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Зерттеу әдісіне қолданылған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5	6
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____				
Қолы (Подпись)	_____				
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____				
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____			
	Руководитель организации (заместитель)	_____			

Место печати	(Ф.И.О. (при наличии), подпись)
--------------	------------------------------------

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 27-қосымша
 Приложение 27
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ №__ бұйрығымен бекітілген

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ 027/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 027/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____ —

**Микробиологиялық (ауа, топырақ дәрілік нысандар) зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ
микробиологического исследования (воздуха, почвы, лекарственных форм) № _____ (от) " ____ " _____ 20 ж. (г.)**

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
10. Үлгі алу әдісіне қолдалынған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
13. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
14. Зерттеу әдісіне қолдалынған НҚ (НД на метод испытаний) _____
15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы. Үлгі алынған орын. (Наименование образца. Место отбора образца)	Микробиологиялық көрсеткіштер (Микробиологические показатели)				
		3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
28-қосымша
Приложение 28
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 028/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 028/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

Тасымалдаушылыққа микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ
микробиологического исследования на носительство № _____ от " " _____ 20__ ж.(
г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама сана (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
10. Үлгі алу әдісіне қолдалынған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
12. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
13. Зерттеу әдісіне қолдалынған НҚ (НД на метод испытаний) _____
14. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии))	Туылған жылы (Год рождения)	Жұмыс орны (Место работы)	Лауазымы (Должность)	Нәтиже (Результат)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә.(болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____					
Қолы (Подпись)	_____					
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____					
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____				
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при	_____				

наличии),
подпись)

Хаттама ___ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға **ТҮЙІМ САЛЫНҒАН**

(Частичная перепечатка протокола без разрешения **ЗАПРЕЩЕНА**)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
29-қосымша
Приложение 29
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 029/е нысанды медициналық құжаттама
		Медицинская документация Форма № 029/у

Утверждена приказом Министра здравоохранения

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Нәжісті бактериологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ бактериологического исследования фекалий № _____ от " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество обследуемого) _____
2. Зерттеу алғашқы, қайталанып (исследование первичное, повторное) астын сызыңыз (подчеркнуть) _____
3. Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____
4. Үлгінің келіп түскен күні (Дата поступления образца) _____
5. Зерттеу аяқталған күн (Дата окончания исследования) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама нөмірі (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

№	Микрофлора	1 граммдағы нормасы (Норма в 1 грамме)		Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)
		1 жасқа дейін балалар (Дети до года)	Ересектер (Взрослые)	
1.	Ішек тұқымдастығының патогенді микробтары (Патогенные микробы семейства кишечных)	0	0	
2.	Бифидобактериялар (Бифидобактерии)	109-1010	108-109	
3.	Лактобактериялар (Лактобактерии)	106-107	107-108	
4.	Қалыпты ферментативтік активті ішек таяқшасы (Кишечная палочка с нормальной фермен. активностью)	107-108	107-108	
5.	Ферментативтік активтілігі төмен ішек таяқшасы (Кишечная палочка со сниженной фермент. активностью)	105-107	106-107	
6.	Лактоза негативтік ішек таяқшасы (Лактозонегативная кишечная палочка)	< 104	< 105	
7.	Гемолиз тудырушы ішек таяқшасы (Гемолитически активная кишечная палочка)	< 104	< 104	
8.	Протей	< 104	< 104	
9.	Шартты патогендік энтеробактериялар (Условно-патогенные энтеробактерии)	< 104	< 105	
10.	Патогенді стафилококк (Патогенный стафилококк)	< 101	< 103	

11.	Басқа стафилококктар (Другие стафилококки)	< 105	< 104	
12.	Энтерококктар (Энтерококки)	106-107	105-106	
13.	Клостридиялар (Клостридии)	< 101	< 105	
14.	Кандида тұқымдас санырауқұлақтар (Грибы рода кандиды)	< 103	< 105	
15.	ТГТБ (НГОБ)	< 103	< 103	
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____		
Қолы (Подпись)		_____		
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____		
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____		
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____		

Хаттама ___ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

**Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН
(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)**

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
30-қосымша
Приложение 30
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 030/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 030/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

**Мұнай өнімдерін және арнайы сұйықтықтарды қайта өңдеу үлгісін зерттеу ХАТТАМАСЫ
 ПРОТОКОЛ исследования образца переработки нефтепродуктов и специальных жидкостей
 № _____ от "___" _____ 20__ ж. (г.)**

1. Объектінің атауы, алу орны (Наименование объекта, место отбора) _____
2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
3. Өндіруші ел (фирма) (жеткізуші) (Страна (фирма) изготовитель (поставщик)) _____
4. Үлгіні алу күні, сақтау мерзімі (Дата получения образца, срок хранения) _____
5. Сынама алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
6. Үлгіні алу актісі (Акт отбора образца) №__ от _____
7. Үлгінің сипаттамасы (Описание образца) _____

8. Мөлшері (Объем) _____

9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____ жарамдылық мерзімі (срок годности) _____

10. Топтама нөмірі (Номер партий) _____

11. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____ аяқталуы (окончания) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Көрсеткіш атауы (Наименование показателя)	Анықталған концентрация (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіш (Нормативные показатели)	Зерттеулер әдістеріне НҚ (НД на методы исследований)
1	2	3	4

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование проводилось на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә., лауазымы (Ф.И.О., должность специалиста проводившего исследование)		_____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О.(при наличии), подпись)	_____

Хаттама ___ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға **ТҮЙЫМ САЛЫНҒАН**
(Частичная перепечатка протокола без разрешения **ЗАПРЕЩЕНА**)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

31-қосымша

Приложение 31

к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 031/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 031/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

**Шикізат пен тамақ өнімдерін молекулярлық-генетикалық сынақтарға зерттеу
ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования сырья и пищевых продуктов на
молекулярно-генетические испытания № _____ от " " _____ 20 ____ ж. (г.)**

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Зерттеуге алынған үлгінің саны (мөлшері) (количество (масса) пробы на испытание) _____
5. Партияның нөмірі, сыртқы ораманың түрі (номер партии, вид упаковки) _____
4. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____
5. Сынаманы алған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама нөмірі (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

10. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____

11. Үлгі алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НК) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____

12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

13. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

14. Жасалған күні, сақтау мерзімі (Дата выработки, срок хранения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы, Объектінің атауы (Наименование образца, наименование объекта)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Молекулярлық-генетикалық көрсеткіштер (Молекулярно-генетические показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)		Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	НК – әдісіне зерттеу (НД на Метод испытания)
				Сапалық көрсеткіш (Качественный показатель)	Сандық көрсеткіш (Количественный показатель)		
1	2	3	4	5	6	7	8
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)							
Қолы (Подпись)							
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)							
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы						

Место печати	Руководит е л ь	_____
	организац и и (заместите ль) (Ф.И.О.(п р и наличии), подпись)	_____

Хаттама ___ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға **ТҮЙЫМ САЛЫНҒАН**

(Частичная перепечатка протокола без разрешения **ЗАПРЕЩЕНА**)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
32-қосымша
Приложение 32
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 032/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы	Медицинская документация Форма № 032/у Утверждена приказом

Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
—

Тамақ өнімдерін молекулярлық-генетикалық сынақтарға полимеразды-тізбекті реакция (ПТР) әдісімен зерттеу және иммундық-ферментті талдау (ИФТ) ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ
исследования пищевых продуктов на молекулярно-генетические испытания методом
полимеразно-цепной реакций (ПЦР) и иммуноферментный анализ (ИФА) № _____ от " ____
" _____ 20 ____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Зерттелетін сынамалар саны (мөлшері) (Количество (масса) пробы на испытание) _____
5. Партияның нөмері, ораманың түрі (номер партии, вид упаковки) _____
6. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца) _____
7. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
8. Топтама нөмірі (Номер партий) _____
9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
10. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
11. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
12. Үлгі алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
14. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
15. Жасалған күні, сақтау мерзімі (Дата выработки, срок хранения)

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Көрсеткіштер (Показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)	Нормаланаты н көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Зерттеу әдісіне қолданылған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5	6
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы					

(Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О.(при наличии), подпись)	_____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям)

**Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН
(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)**

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
33-қосымша
Приложение 33
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 033/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 033/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

**Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ микробиологического исследования на зоонозные и особо опасные инфекции
№ _____ (от) "___" _____ күні 20 ж. (г.)**

1. Үлгілердің зерттеу нәтижесін алатын мекеме атауы (Наименование учреждений получающий результат исследования образца) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
4. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Сынамалар саны (количество проб) _____
7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
8. Сынама алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Үлгілер нөмірі (Номер образца)	Алынған үлгілер атауы, үлгі алынған орын және нүктелер (Наименование отобранных образцов, место и точки отбора)	Зерттеу әдістері Реакция түрі (Методы исследования Вид реакции)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Зерттеу нәтижесі (Результаты исследования)
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (_____ орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (_____ заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям)

**Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН
(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)**

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
34-қосымша
Приложение 34
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды
--	----------------------------

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 034/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 034/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____

Полимерлік және басқа материалдардың, олардан жасалған бұйымдардың, химиялық заттар мен композициялардың үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ исследования образца полимерных и других материалов, изделий из них, химических веществ и композиций № _____ от "___" _____ 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
 2. Бұйымның атауы (Наименование изделия) _____
 3. Өндіруші ел (фирма) (жеткізуші) Страна(фирма) - изготовитель (поставщик) _____
 4. Бұйымдар жасалған материалға нормативтік құжат (Нормативный документ на материалы, из которого выполнено изделие) _____
 5. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____ аяқталуы (окончания) _____
 6. Үлгінің жазбаша сипаты (Описание образца) _____
 7. Мөлшері (Объем) _____
 8. Партия нөмірі (Номер партий) _____
 9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
 10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
- Ингредиенттердің қоршаған орта нысандарына көшуі (ауа, су, үлгі ортасы)
(Миграция ингредиентов в объекты окружающей среды (воздух, вода, модельная среда))

Ингредиентер көрсеткішінің атауы		Анықталған концентрация (
-------------------------------------	--	------------------------------	--	--

(Наименование показателя ингредиента)	Үлгі ортасы (Модельная среда)	параметрлері, уыттылығы токсичности) Обнаруженная концентрация (параметры токсичности)	Шектелген концентрация (Допустимая концентрация)	Зерттеулер әдістеріне НҚ НД на методы исследований
1	2	3	4	5
Органолептические:				
Физико-химические:				
Токсикологические:				

**Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование проводилось на соответствие НД)**

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары)	_____
	Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (заместитель)	_____
	(Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____

Хаттама ___ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

**Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТҮЙЫМ САЛЫНҒАН
(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)**

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
35-қосымша
Приложение 35
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 035/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 035/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____ —

Аэроиондар концентрациясын өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ измeрeний концентрации аэроионов № _____ от " ____ " _____ 20 ж. (г.)

1. Шаруашылық объектісінің толық атауы, мекенжайы (Полное наименование хозяйствующего объекта, адрес) _____
 цех, учаске (цех, участок) _____

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____

3. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Замеры проводились в присутствии представителя объекта) _____

4. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
 атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____
 _____ куәліктің берілген күні мен нөмірі (дата и номер свидетельства) _____

6. Жүргізілген өлшеулер мен берілген санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды мына Нормативтік құжатқа (НК) сай жүргізілді (Нормативный документ (НД) в соответствии с которой проводились измерения) _____

7. Негізгі көздер (Основные источники) _____

8. Жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек) _____

9. Мөлшері (Объем) _____

10. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____

11. Жұмыс орнының сұлбасы (Эскиз рабочих мест)

Кесте/ Таблица № 1

Реттік бойынша нөмірі (Номер по порядку)	Кескіні бойынша нүктенің орны (Номер точек по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерения)	Аусым бойы жұмыс аумағында болу уықты (Время пребывания в зоне в течении смены)	Аэроиондардың орташа концентрациясы (Средняя концентрация аэроионов)				У, Униполярлылық коэффициенті, Коэффициент униполярности, У	
				1 см ³ – тегі оң иондар саны (Число положительных ионов, в 1 см ³)		1 см ³ – тегі теріс иондар саны (Число отрицательных ионов, в 1 см ³)			
				Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шегі (Предельно-допустимая)	Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шегі (Предельно-допустимая)	Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шегі (Предельно-допустимая)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кесте/Таблица № 2

Аэроиондардың полярлығы (Полярность аэроионов)	Аэроиондардың концентрациясы, р, (ион/см ³) Концентрации аэроионов, р, (ион/см ³)											Униполярлы коэффициенті, У (Коэффициент униполярности, У)
	Бірлік өлшеу мәні, р _і (Значения единичного измерения, р _і)								Орташа мәні (Средние значения)			
	1	2	3	4	5	6	7	8	\bar{p}	p _{min}	p _{max}	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
p ⁺												
p ⁻												

Таблица № 1 заполняется по показаниям прибора, сразу определяющего среднюю концентрацию аэроионов и коэффициента униполярности (например: прибор МАС-01).

Таблица № 2 протокола заполняется в случае выполнения нескольких замеров и определения среднего значения концентрации аэронов и коэффициента униполярности методом расчета.

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы, Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____

Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынама жүргізілген шарттары (Условия проведения испытаний): температура ____,
ылғалдығы (влажность) ____

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или
врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ,
физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
36-қосымша
Приложение 36
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

A4 Форматы

Формат A4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 036/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 036/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__ —

Діріл деңгейлерін өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерения уровней вибрации №__ от
"___" _____ 20__ ж. (г.)

1. Шаруашылық объектісінің толық атауы, мекенжайы (Полное наименование хозяйствующего объекта, адрес) _____ цех, учаске (цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Замеры проводились в присутствии представителя объекта) _____

4. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
_____ атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____
_____ куәліктің берілген күні мен нөмірі (дата и номер свидетельства) _____

6. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

7. Жүргізілген өлшеулер мен берілген санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды мына Нормативтік құжатқа (НҚ) сай жүргізілді (Нормативный документ (НД), в соответствии с которой проводились измерения) _____

8. Негізгі діріл көздері мен олар тудыратын дірілдің сипаты (Основные источники вибрации и характер создаваемой вибрации) _____

9. Жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек) _____

10. Діріл көзі көрсетілген үй-жайдың кескіні (аумақтың, жұмыс орнының, қол машинасының) (эскиз помещения с указанием вибрация) _____

Жұмыс орнының сұлбасы (Эскиз рабочих мест)

№ пп	Дірілдің әсеріне бағалау жүргізілген құрылғы (Оборудование, для которого была проведена оценка воздействия вибрации)	Діріл түрі (Тип вибрации)		Акселерометр бағдары (ось) (Ориентация акселерометра (ось))
		Жалпы (Общая)	Жергілікті (Локальная)	
1	2	4	5	6

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ пп	Октавалық жолақта дБ-мен ортагеометрлік жиілігі Гц-діріл үдеуінің деңгейі (Уровни виброускорения, дБ, в третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц)											Оськ е діріл үдейт кішті н түзет ілген деңге йі, дБ (Корр ректи рован ный уровне нь вибр оуско рения для оси, дБ)	Цикл ға, опера цияға діріл үдейт кішті н түзет ілген деңге йі, дБ (Корр екти рован ный уровне нь вибр оуско рения для цикла , опера ции, дБ)	Діріл үдейт кішті н эквив алент т і түзет ілген деңге йі, дБ (Допу стим ый эквив алент ный корре ванн ый вибр оуско рения , дБ)	
	1	2	4	8	16	31,5	63	125	250	500	1000				
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____

Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О (при наличии), подпись)	_____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)

Сынама жүргізілген шарттары (Условия проведения испытаний): температура ____,
ылғалдығы (влажность) ____

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады
(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые
испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН
(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
сынамалары туралы қорытындысы

(Заклучение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам
исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
37-қосымша
Приложение 37
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен Бекітілген № 037/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 037/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

**Шу, дыбыс деңгейлерінің оқшаулануын өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ измерения
уровней шума, звукоизоляций № _____ от "___" _____ 20 ж. (г.)**

1. Шаруашылық объектісінің толық атауы, мекенжайы (Полное наименование
хозяйствующего объекта, адрес) _____ цех,
учаске (цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Замеры проводились в
присутствии представителя объекта) _____

4. Өлшеу құралдары атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (Средства измерений,
наименование, тип, инвентарный номер) _____

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____

6. Куәліктің берілген күні мен нөмірі (Дата и номер свидетельства) _____

7. Жүргізілген өлшеулер мына нормативтік құжатқа (НҚ) сай жүргізілді (
нормативный документ (НД), в соответствии с которой проводились измерения) _____

8. Негізгі шу көздері мен олар тудыратын шудың сипаты (Основные источники
шума и характер создаваемого ими шума) _____

Октавалық жолақта дБ-мен үштен бірі ортагеометриялық жиілігі Гц-дағы дыбыстық қысымның деңгейлері (Уровни звукового давления в дБ третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)							А у а шуын оқшаула у индексі Rw -дБ (Индекс изоляция и воздушн о г о шума Rw -дБ)	Соққы шуының келтірілген деңгей индексі Lnw-дБ (Индекс изоляции приведенного ударного шума Lnw-дБ)	
1000	1250	1600	2000	2500	3150	Өлшеул ер (Измерен ное)	Нормати в т і көрсеткі ш (Нормати вный показате ль)	Өлшеул ер (Измерен ное)	Нормати в т і көрсеткі ш (Нормати вный показате ль)
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____							
Қолы (Подпись)		_____							
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____							
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы		_____						
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)		_____						

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-
 84 бұйрығы
 38-қосымша
 Приложение 38
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 038/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 038/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____ _____

Электромагниттік өрісті өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерения электромагнитного поля № _____ от " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

1. Шаруашылық жүргізуші нысанының толық атауы, мекенжайы (Полное наименование хозяйствующего объекта, адрес) _____
 _____ цех, учаске (цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Замеры проводились в присутствии представителя объекта) _____

4. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____ атауы
 , түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____
 _____ берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства) _____

6. Өлшеулер жүргізу мен санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды беру келесі нормативтік-техникалық құжаттамаға сай жүргізілді (Нормативно-техническая документация в соответствии с которой проводились измерения и давалось санитарно-эпидемиологическое заключение) _____
 _____ атап өтіңіз (перечислить)

7. Өндіруші ұйым нөмірлерімен белгіленген жабдықтардың, электромагниттік сәулелену көздерінің орналасуы көрсетілген және өлшеу нүктелері үй-жайдың кескіні (Эскиз помещения с указанием размещения оборудования, источников электромагнитных излучений обозначенных номерами организаций-изготовителей) и нанесением точек замеров) _____

Р е т бойынша нөмірі (Номер по порядку)	Кескіні бойынша нүктенің орны (Номер точек по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерения)	Сәуле көзінен арақашықтығы, м (Расстояние от источника в м.)	Еденнен биіктігі, м (Высота от пола в м.)	Жұмыс кезеңі кезінде ЭМӨ аумағында болу уықыты (Время пребывания в зоне ЭМП в течении смены)	ЭМӨ кернеулігі Напряженность ЭМП					
						Электрлік құрамы бойынша, кВ/м, В/м (По электрической составляющей, кВ/м, В/м)		Құрамындағы магнит бойынша А /м, мкТл По магнитной составляющей А /м, мкТл		Электростатикалық өріс кВ/м, Электростатическое поле кВ/м	
7	8	9	10	11	12	Өлшеулер (Измеренное)	Шекті рұқсат етілген (Предельно-допустимое)	Өлшеулер (Измеренное)	Шекті рұқсат етілген (Предельно-допустимое)	Өлшеулер (Измеренное)	Шекті рұқсат етілген (Предельно-допустимое)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Инфрақызыл, ультракүлгін лазерлік сәулелену интенсивтілігі, Вт/м ² , Дж/м ² (Интенсивность: инфракрасного; ультрафиолетового; лазерного излучения, Вт/м ² , Дж/м ²)		Энергия ағысының тығыздығы Вт/м ² , МкВт/см ² (Плотность потока энергии Вт/м ² , МкВт/см ²)	
Өлшеулер (Измеренное)	Шекті рұқсат етілген (Предельно-допустимое)	Өлшеулер (Измеренное)	Шекті рұқсат етілген (Предельно-допустимое)
13	14	15	16

Артқы беті (Разворот)

ЭМӨ энергиясын шығаратын қондырғылардың тізбелері мен параметрлері (Перечни и параметры установок излучающих энергию ЭМП)						
Қондырғының атауы (Наименование установки)	ЭМС жиілігі (Частота ЭМИ)	ЭМС көзінің қуаты (Мощность источника ЭМИ)	Өлшеу кезіндегі көздің жұмыс қуатылығы (Режим работы мощность источника при измерении)	Шығарған зауыттың нөмірі (Заводской номер источника)	Шығарылған жылы (Год выпуска источника)	Ескерту (Примечание)
17	18	19	20	21	22	23

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә.(болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН (Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
39-қосымша
Приложение 39
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен Бекітілген № 039/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 039/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Өсімдік шаруашылығы өнімін нитраттардың бар болуына зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования растениеводческой продукции на содержание нитратов № _____
от " _____ " _____ 20__ (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____

3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

5. Партия мөлшері (Величина партии) - _____

6. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

8. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

9. Мөлшері (Объем) _____

10. Топтамалар сана (Номер партий) _____

11. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

12. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования) _____

Өнімнің атауы (Наименование продукции)	Нитраттардың анықталған қалдық құрамы (Обнаруженное остаточное содержание нитратов)	мг/кг	РЕМД нормативті көрсеткіштері, мг/кг (Нормативные показатели МДУ, мг/кг)	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ (НД на метод испытаний)
1	2	3	4	5
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____		
Қолы (Подпись)		_____		
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____		
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____		

Место печати	Руководитель организации (_____ заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)
--------------	------------------------------------------------------------------------------------

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН (Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
40-қосымша
Приложение 40
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № бұйрығымен Бекітілген

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ 040/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпид емиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидеми ологической службы		Медицинская документация Форма № 040/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

Ауылшаруашылық өнімдерін, тамақ өнімдерін, суды, топырақты, ауа ортасын пестицидтердің қалдық көлемін анықтауға зерттеу (жоғары технологиялық зерттеу зертханасы, (бұдан әрі –ЖТЗ)) ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов сельскохозяйственной продукции, воды, почвы, воздушной среды на определение остаточных количеств пестицидов (лаборатория Высоко технологической исследований) № _____ от " ____ " _____ 20 ж. (г.)

1. Объекті атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгі атауы (Наименование образца) _____
4. Саны (Количество) _____
5. Зерттеу алу мақсаты (Цель исследования) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама саны (Номер партии) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
10. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
12. Үлгі алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
14. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Ингредиенттер және басқалар көрсеткіштерінің атауы	Анықталған шоғырлану	Нормативтік көрсеткіштер	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ
----------------------------------------------------	----------------------	--------------------------	-----------------------------------

Наименование показателей ингредиентов и других	Обнаруженная концентрация	Нормативные показатели	НД на методы исследования
1	2	3	4
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____		
Қолы (Подпись)	_____		
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____		
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____	
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____	

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)

Сынама жүргізілген шарттары (Условия проведения испытаний): температура ____, ылғалдығы (влажность) ____

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 41-қосымша
 Приложение 41

к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен Бекітілген № 041/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 041/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Дезинфекциялайтын заттарды зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ исследования дезинфицирующих средств № _____ от "___" _____ 20___ ж.(г.)

1. Шаруашылық жүргізуші субъектінің, ұйымның атауы, мекен-жайы (Наименование хозяйствующего субъекта, организации, адрес) _____
2. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
3. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
4. Қосымша деректер (Дополнительные сведения) _____
5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
6. Белсенді заттың % құрамы/ % содержание действующего вещества. _____
7. Мөлшері (Объем) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Үлгілердің алынған орны (Место отбора образца)	Заттардың агрегаттық күйі (Агрегатное состояние веществ)	Белсенді заттың анықталған күрамы (Обнаруженное содержание активного вещества)	Нормативті көрсеткіш (Нормативный показатель)	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ (НД на методы исследования)
-----------------------------------	---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

Зерттеу НҚ-ға сәйкес жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары)	_____
	Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____

Хаттама ___ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынама жүргізілген шарттары (Условия проведения испытаний): температура _____, ылғалдығы (влажность) _____

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " _____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
42-қосымша
Приложение 42
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 042/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 042/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

_____ серологиялық зерттеулер (инфекция түріне) ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ серологических исследований на _____ (вид инфекции) № _____
от " " _____ 20__ ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество обследуемого) _____
2. Диагнозы (Диагноз) _____
3. Жасы (Возраст) _____
4. Мекен-жайы (Адрес) _____
5. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Название организации направившая образец) _____

6. Сынаманың атауы (наименование пробы) _____

7. Ауырған күні (на день болезни) _____

8. Зерттеу максаты (цель исследования) _____

9. Материалды жеткізу күні (Дата доставки материала) _____

10. Материалдың алынған күні (Дата забора материала) _____

11. Зерттеу нәтижесі (результат исследования) _____

12. Ескерту (примечание) _____

Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә.(болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г.

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
43-қосымша
Приложение 43
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 043/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 043/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Санитариялық вирусологияға үлгілерді зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов на санитарную вирусологию № _____ от " " _____ 20__ ж. (г.)

1. Сынаманың атауы (наименование пробы) _____

2. Үлгі алу орны (Место взятия образца) _____
3. Үлгінің алынған күні (Дата отбора) _____
4. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
5. Тасымалдау жағдайы (условия транспортировки)
6. Реакцияның түрі (Вид реакции) _____
7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____
8. Метод исследования _____
9. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

10. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
44-қосымша
Приложение 44
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 044/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 044/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

_____ үлгілерді зерттеу (инфекция түрі) ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ
исследований образцов _____ (вид инфекции) № _____ " " _____
20__ ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество обследуемого) _____
2. Жасы (Возраст) _____
3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____
4. Жұмыс орны (Место работы) _____
5. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направивший образец) _____
6. Диагнозы (Диагноз) _____

7. Зерттелгенде: аңқадан, мұрыннан алынған жағынды, жұлын сұйығы, қан үлгісі, нәжіс (при исследовании: мазок из зева, носа, ликвор, проба крови, фекалии, взятые) _____ ауыру күнінде (на день болезни)

8. клетка тірі өсіріндісінде алынды (на культуре клеток получен) _____

9. Бөлінген вирус (выделен вирус): _____

10. Антигендермен зерттеу жүргізу барысында (При исследовании с антигенами) _____

Қарсы денелердің диагностикалық өсуі анықталды (Диагностический прирост антител обнаружен к) _____

11. Материалды алу күні (Дата забора материала) _____

12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

Қан үлгісі образец крови	Ауыру күні День болезни	Вирусқа қарсы иденелер титрі Титры антител к вирусу			
1	2	3	4	5	6

Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____
Қолы (Подпись)	_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
45-қосымша
Приложение 45
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 045/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы	Медицинская документация Форма № 045/у Утверждена приказом	

Наименование государственного ор г а н а санитарно-эпидеми ологической службы	Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____
----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

**Ағаш шикізаты және ағаштан жасалған бұйымдардың радиобелсенділігін зерттеу
ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности древесного сырья и изделий из
дерева № _____ от " ____ " _____ күні 20 ____ ж.(г.)**

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступления образца) _____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтамалар сана (Номер партий) _____
9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
11. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____ № _____

12. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)
№ _____ (от " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)
13. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеуер нәтижелері
(Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлестік тиімді белсенділікCs -137(Бк/кг) Удельная эффективная активность Cs -137(Бк/кг)	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейіCs-137 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Cs -137 (Бк/кг)	Үлестік тиімді белсенділікSr- 90(Бк/кг) Удельная эффективная активность Sr - 90(Бк/кг)	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейіSr- 90 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Sr - 90 (Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста проводившего исследование) _____

_____ Қолы, (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель)

_____ Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ___ данада толтырылады (Протокол составляется в ____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге

қолданылады/Результаты исследования распространяются только на
образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или
врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ,
физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
46-қосымша
Приложение 46
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

№	Наименование образца	испытаний	Точка отбора	активность	бета-активность					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

_____ Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама 2 данада толтырылады (Протокол составляется в 2-х экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

47-қосымша
Приложение 47
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 047/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 047/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

**Құрылыс материалдары мен бұйымдарының радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности строительных материалов и изделий № _____
от " " _____ күні 20 _____ ж.(г.)**

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтамалар сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
11. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____

№ _____

12. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) " ____ " _____ 20__ ж.(г.)

13. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№ п/п	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлестік тиімді белсенділік, Бк/кг Удельная эффективная активность, Бк/кг	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейі, Бк/кг Допустимый уровень удельной эффективной активности (Бк/кг)	Құрылыс заттарының сыныптары Класс строительного материала	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Құрылыс заттарының пайдалану шарттары Условия использования строительных материалов
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама 2 данада толтырылады (Протокол составляется в 2-х экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
48-қосымша
Приложение 48
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 048/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 048/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Тыңайтқыштардың радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования
радиоактивности удобрений № _____ от " " _____ күні 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
5. Үлгінің уақыты (Время отбора образца) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама нөмірі мерзімі (Дата выработки) _____

9. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

10. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____

№ _____

11. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

12. Үлгілердің (нің) нормативтік құжаттарға (НҚ) сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді _____

(Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа (НД)) Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Үлестік белсенділік U-238 (Ra 226), Бк/кг (Удельная активность U-238 (Ra 226), Бк/кг)	Үлестік белсенділік Th-238 Бк/кг (Удельная активность Th-238 Бк/кг)	Радионуклидтердің үлестік белсенділігінің қосындысының мәні Бк/кг (А) (Значение суммы удельной активности радионуклидов (А), Бк/кг)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Радионуклидтердің үлестік белсенділігі рұқсат етілген деңгейі қосындысының Бк/кг (А) Допустимый уровень суммы удельной активности радионуклидов (А), Бк/кг
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 49-қосымша
 Приложение 49
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 049/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 049/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

**Қоршаған орта объектілерінің және өндіріс қалдықтарының радиобелсенділігін зерттеу
ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности объектов окружающей среды и
отходов производства № _____ от " _____ " _____ күні 20 ____ ж.(г.)**

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведения испытания) _____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтамалар сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____

№ _____

10. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)
№ _____ (от " _____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

11. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы Наименование образца	Сынама алу нүктесі Точка обора	Радионуклидте рдің тиімді белсенділігі (Бк/ кг) Удельная эффективная активность радионуклидов, Бк/кг	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлемтік тиімді рұқсат етілген белсенділік деңгейі(Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности (Бк/ кг)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (
орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (
заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
50-қосымша
Приложение 50
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 050/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы	Медицинская документация Форма № 050/у Утверждена приказом

Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года №___
—

**Судың радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследование
радиоактивности воды № _____ "___" _____ күні 20____ ж.(г.)**

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Материалдың, бұйымның атауы (Наименование образца) _____
4. Өлшеулер мақсаты (методисследования) _____
5. Үлгі алынған партияның көлемі (Объем партии, из которой отобран образец) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтамалар сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Үгілердің саны (Количество образцов) _____
10. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип, заводской номер)
11. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____
берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)
12. Үлгілердің (нін) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____
Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№	Ингредиенттер көрсеткіштерінің атауы Наименование показателей ингредиентов	Өлшем бірлігі Единица измерения	Анықталған мәні Обнаруженное значение	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат етілетін құрамы Допустимое содержание
1	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии)
специалиста

проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге

қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенисттің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/ пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
51-қосымша
Приложение 51
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен Бекітілген № 051/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
Форма № 051/у
Утверждена приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года №

Жұмыс орындарын дозиметриялық бақылау ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ дозиметрического контроля рабочих мест № _____ от "___" _____ күні 20___ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Өлшеулер жүргізілетін орын (Место проведения замеров) _____

_____ бөлім, цех, (отдел, цех)

3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) _____

4. Өлшеулер мақсаты Цель измерения _____
Пайдалануға енгізу, жөндеу, инвентеризациялау және т.б. (Ввод в эксплуатацию, ремонт, инвентаризация и д.р.)

5. Өлшеулер әдісі (метод измерения) _____
6. Өлшеу құралдары (Средства измерений), атауы (наименование) _____

7. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____

8. Өлшеу шарттары туралы қосымша деректер (Дополнительные сведения об условиях измерения) _____

9. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Өлшеулер жүргізілген орын Место проведения измерений	Сәулелену түрлері Виды излучения	Өлшеу нүктесі (жоғарғы бетінен ара қашықтық, м; см) Точка измерения (расстояния от измеряемой поверхности, м; см)	Өлшенген дозасы(мкЗв/ч, част/(см2* мин), Измеренная доза(мкЗв/ч, част/(см2* мин),	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат етілетін деңгейі Допустимый уровень
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста
проводившего исследование) _____

—
Қолы (Подпись) _____
Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии),
подпись
заведующего лабораторией)
Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)
Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда) қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге

колданылады/Результаты исследования распространяются только на
образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенисттің зерттелген өнімдердің, химиялық
заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы
қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/
пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных
факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
52-қосымша
Приложение 52
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 052/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 052/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__ —

Дозиметриялық бақылау ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ дозиметрического контроля № _____ (от) "___" _____ 20__ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения замеров) _____

_____ (бөлім, цех, квартал) (отдел, цех, квартал)

3. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____

4. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) _____

5. Өлшеулер құралдары (Средства измерений) атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип, заводской номер) _____

6. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства) _____

7. Өлшеу шарттары туралы қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения об условиях измерения) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Өлшеу жүргізілге н орын Место проведени я измерений	Дозаның өлшенген куаты(мкЗв/час, н/сек) Измеренная мощность дозы(мкЗв/час, н/сек)		Зерттеу әдістемені н НҚ-ры НД на метод испытаний	Дозаның рұқсат етілетін қуаты (мкЗв/час, н/ сек) Допустимая мощность дозы (мкЗв/час, н/сек)			
		Еденнен жоғары (топырақтан) На высоте от пола (грунта)						
		1,5м	1м		0,1м	1,5м	1м	0,1м
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ___ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

53-қосымша
Приложение 53
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 053/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

**Атмосфералық ауаның және жауын-шашынның радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследований радиоактивности атмосферного воздуха и осадков № _____ от " _____
" _____ күні 20____ ж.(г.)**

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Зерттеу әдісі (метод исследования) _____
5. Сұрып алынған ауаның көлемі/алынған тұнбаны зерттеу
(Объем прокаченного воздуха/осадков взятой на исследование) _____
6. Уақыт (Время) _____
7. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
атауы (наименование,)
8. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной
поверке) _____

9. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный Номер	Үлгінің атауы Наименовани е образца	Көрсеткіштер дің атауы Наименовани е показателей	Өлшем бірлігі Единица измерения	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Айқындалған концентрация / Радионуклидт ердің үлестік тиімді белсенділік, Бк/кг Обнаруженна я концентрация / Удельная эффективная активность радионуклидо в, Бк/кг	Рұқсат ететін құрамы Допустимое содержание
1	2	3	4	5	6	7

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста
проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии),
подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 54-қосымша
 Приложение 54
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 054/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 054/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

Висцеральды және тері лейшманиозына зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ исследований
на висцеральный и кожный лейшманиоз № _____ от " " _____ 20 _____ ж. (г.)

1. Нұсқаның атауы және саны/Наименование и число образцов _____
 2. Сынаманы жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____
 3. Сынама алынған орын, уақыты, мезгілі/Место, дата и время отбора _____
 4. Сынамаларды зертханаға жеткізу уақыты және шарттары/Время и условия доставки проб в лабораторию _____
 5. Зерттеу мақсаты/Цель исследования _____
 6. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) _____
 7. Жасы (Возраст) _____
 8. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____
 9. Мекен жайы (Домашний адрес) _____
 10. Жұмыс орны (Место работы) _____
 11. Диагнозы (Диагноз) _____
 12. Зерттеу әдісі (метод исследования) _____
 13. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____
 14. Зерттеу нәтижелері (Результат исследования) _____
 15. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____
- Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мекеме басшысы (орынбасары)

Мөр орны

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы

Место печати

Руководитель организации (заместитель)

(Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ___ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ___ " _____ 20___ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 55-қосымша
 Приложение 55
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 055/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 055/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Емшек сүтін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследований грудного молока № __ (от) "___" _____ ж.(г.)

1. Тексерілушінің тегі, аты, жөні (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого) _____
2. Жасы (возраст) _____
3. Диагнозы (Диагноз) _____

4. Медициналық ұйымы (Медицинская организация) _____

5. Үлгі алынған күн, уақыт (Дата и время взятия образца) _____

6. Үлгі жеткізген күн, уақыт (Дата и время доставки образца) _____

7. Үлгінің мөлшері (Дата и время доставки образца) _____

8. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

9. Нәтижесі (Результат) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____

Место печати Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись) _____

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составлен в _____ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " _____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
56-қосымша
Приложение 56
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 056/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 056/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Ашық түрдегі радиобелсенді заттармен жұмыс кезіндегі дозиметриялық және радиометриялық өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ дозиметрических и радиометрических измерений при работе с радиоактивными веществами в открытом виде № _____ от " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения измерений) _____
3. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____
4. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проведены в присутствии представителя объекта) _____
5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
атауы, түрі, зауыттың нөмірі (наименование, тип, заводской номер)
6. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____
берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)
7. Көздердің және өлшенетін бақылау н.ктелерінің орналасу схемасы (Схема расположения источников и контрольных точек измерения)
8. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

9. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді _____

(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О (при наличии) специалиста

проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге

қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
57-қосымша
Приложение 57
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 057/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 057/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Рентген кабинетіндегі рентген сәулесін дозиметриялық өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ дозиметрических измерений рентгеновского излучения в рентгеновском кабинете №___ от "___" _____ 20___ ж. (г.)

1. Мекеменің атауы (Наименование учреждения) _____

2. Мекен жайы (Адрес) _____ Корпусы (корпус) _____ Қабат (этаж) _____

Бөлме (комната) _____

3. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді

_____ (Измерения проводились в присутствии представителя объекта)

4. Бөлме атауы (Назначение кабинета) _____ телефоны

(телефон) _____

5. Аппарат _____

6. Техникалық паспорт (Технический паспорт) № _____

7. Жарамдылық мерзімі (срок действия до) _____

8. Анодтық кернеу _____ кВ Общйй фильтр _____

9. Қосымша сүзгі (Дополнительный фильтр) _____ мм Al (Cu)

10. Измерения проводились с тканеэквивалентным фантомом:

11. Дозиметр түрі (дозиметром типа) _____ № _____, сәйкестігі туралы сертификат (сертификат о поверке) № _____ от _____

12. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

Бөлім сызбасы (Чертеж кабинета) Кабинетпен жапсарлас үй-жайлар (Смежные Жабдықтың орналасуы (размещение оборудования) скабинетом помещения)

										Кабинеттің үстінде (Над кабинетом)
										Кабинеттің астында (Под кабинетом)
										А қабырғасының артында (За стеной А)
										Б қабырғасының артында (За стеной Б)
										В қабырғасының артында (За стеной В)
										Г қабырғасының артында (За стеной Г)

										Д кабырғ асының артында (За стеной Д)
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------

ӨЛШЕМДЕР НӘТИЖЕЛЕРІ (РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЙ)

(Жұмыс жүктемесі кезінде (при рабочей нагрузке) _____ мА·мин/нед.апта)

№№ точ. изм. 1	Ө л ш е у жүргізілген орынның атауы (Наименование места измерения)	Сәуле бағыты (Направл ение излучен ия)	I изм, мА	Доза қуаты (Мощность дозы)				ДМД, мкЗв/ч	Ескертп е Примеча ние
				МД изм	• D изм, мкГр/ч	• D прив, мкГр/ч	• E, мкЗв/ ч		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Рентген кабинетпен жапсарлас үй-жайлар (Помещения, смежные с процедурной рентгеновского кабинета)									
(Фон)									
1	Кабинеттің үстінде (Над кабинетом)								
2	Кабинеттің астында (Под кабинетом)								
3	А кабырға	Қабырға Стена							
4	сының артында	Терезе Окно							
5	З а стеной А	Есік Дверь							
6	Б кабырға	Қабырға Стена							
7	сының артында	Терезе Окно							
8	З а стеной Б	Есік Дверь							
9	В кабырға	Қабырға Стена							
10	сының артында	Терезе Окно							
11	З а стеной В	Есік Дверь							
12	Г кабырға	Қабырға Стена							
13	сының артында	Терезе Окно							

14	З а стеной Г	Есік Дверь										
15	Д кабырға	Қабырға Стена										
16	сының артында	Терезе Окно										
17	З а стеной Д	Есік Дверь										
Рентген аппаратты басқару пультіндегі рентген зертханашының жұмыс орны (Рабочее место рентгенолаборанта у пульта управления рентгеновским аппаратом)												
18	Бас (Голова)											
19	Кеуде (Грудь)											
20	Жыныстық бездері (Гонады)											
21	Аяқ (Ноги)											
••												
Е-нің есептелген мәндері Е (Рассчитанные значения Е)												
Рентген кабинеттің ем-шара болмеші (Процедурная рентгеновского кабинета)												
Врач рентгенологтың жұмыс орыны (Рабочее место врача-рентгенолога)												
22		Тік (Вертик)										
23	Бас (Голова)	Көлденең (Гориз)										
24		Тік (Вертик)										
25	Кеуде (Грудь)	Көлденең (Гориз)										
26	Жыныстық бездері (Гонады)	Тік (Вертик)										
27		Көлденең (Гориз)										
28		Тік (Вертик)										
29	Аяқ (Ноги)	Көлденең (Гориз)										
Барлығы (Всего)		Тік (Вертик)	• Есептелген Е									
		Көлденең (Гориз)	• Рассчитанные Е									

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда). (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста
проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или
врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ,
физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
58-қосымша
Приложение 58
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 058/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 058/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Металды, металдан және метал қалдықтарынан жасалған бұйымдарды дозиметриялық бақылау ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ дозиметрического контроля металла, изделия из металла и металлолома №_____ от _____ 20___ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
 2. Өлшеулер жүргізілетін орын (Место проведения замеров _____
(площадка, цех, квартал, склад)
 3. Өлшеулер әдісі (Метод измерения) _____
 4. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения
проводились в присутствии представителя объекта)
-
5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
атауы, (наименование)
 6. Көлемі (Объем) _____
 7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____
 8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
 9. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной
поверке) _____
берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)
 10. Аймақтың табиғи гамма-аяның ЭМҚ (көрсеткіш) FFF (МЭД (показатель)
естественного гамма-фона местности) _____
 11. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№р/н №п/п	Объект атауы Наименование образца	Альфа-бөлшектер ағыны, Бк/см ² х мин П о т о к Альфа-частиц, Бк /см ² х мин		Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний		Бета-бөлшектер ағыны, Бк /см ² х мин Поток Бета-частиц, Бк /см ² х мин		Гамма-сәулеленудің ЭМК мкЗв /с М Э Д гамма-излучения, мкЗв/ час	
		Зерттеу нәтижелері Результаты измерений	Рұқсат етілен деңгейі Допустимые уровни	Зерттеу нәтижелері Результаты измерений	Рұқсат етілен деңгейі Допустимые уровни	Зерттеу нәтижелері Результаты измерений	Рұқсат етілен деңгейі Допустимые уровни		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 59-қосымша
 Приложение 59
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген № 059/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 059/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Үй-жайлар ауасында радонның және оның ыдырау өнімдерінің құрамын өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе помещений № _____ от " " _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений) _____
3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проведены в присутствии представителя объекта) _____
4. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____

(атауы, түрі, зауыттың нөмірі (наименование, тип, заводской номер)

6. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____

(берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

7. Үлгілерді (нің) зерттеулер НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді _____

(Исследование проводились на соответствие НД)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өлшеу жүргізілген орны Место проведения измерений	Радонның өлшенген, теңсалмақты, баламалы көлемді белсенділігі, Бк/ м ³ (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона, Бк/м ³)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний)	Бк/м ³ рұқсат етілен шекті концентрациясы (Допустимая концентрация Бк /м ³) Ағынның рұқсат етілен шекті тығыздығы (мБк /ш.м·с) Допустимая плотность потока (мБк/м ² · сек)	Желдету жағдайы туралы белгілер (Отметки о состоянии (вентиляции)
1	2	3	4	5	6

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О (при наличии),
специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии),
подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 60-қосымша
 Приложение 60
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 060/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа		Медицинская документация Форма № 060/у Утверждена приказом Министра здравоохранения

Жеке мөлшерлерді өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерения индивидуальных доз № ___
от "___" _____ күні 20___ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Адамдар категориясы (Категория лиц) (А,Б,В) _____
3. Өлшеулер мақсаты (Метод измерения) _____
4. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
атауы, (наименование,)
5. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____

11. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Лауазымы Должность	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Дозиметрдің нөмірі Номер дозиметра	мЗв-мен өлшенген доза Измеренная доза в мЗв
1	2	3	4	5	6

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста
проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись
заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О.(при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенисттің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/ пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
61-қосымша
Приложение 61
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 061/у

Наименование
государственного органа
санитарно-эпидемиологи
ческой службы

Утверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года
№___

**Микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ микробиологического
исследования №_____ (от) "___" _____ күні 20__ ж. (г.)**

1. Биологиялық үлгі алынған күн (Дата взятия биологического образца)
"___" _____ 20__ ж. (г.)

2. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

3. Талдаудың берілген күні (Дата выдачи анализа) "___" _____ 20__ ж. (г.)

4. Тексерілушінің тегі, аты, жөні (Фамилия, имя, отчество
обследуемого) _____

_____ жасы (возраст) _____

5. Диагнозы (Диагноз) _____

6. Медициналық ұйымы (Медицинская организация) _____

бөлімше (отделение) _____

7. Зерттегенде (При исследовании) _____

үлгіні көрсетіңіз (указать образец)

8. Нәтижесі (Результат) _____

9. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста

проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии),
подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О.(при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
62-косымша
Приложение 62
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 062/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация Форма № 062/у
 Утверждена приказом
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____

Аймақтың радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности зоны № _____ от " ____ " _____ күні 20 ____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Үлгілердің алыну уақыты (Время отбора образца) _____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____
6. Көлемі (Объем) _____
7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____

№ _____

10. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

11. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№ п/п	Үлгінің атауы Наименование образца	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің мәні (Ақул) Бк/кг Значения удельной активности радионуклидо в (Азола) Бк/ кг	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің рұқсат етілген деңгейі (Ақул)) Бк/кг Допустимый уровень удельной активности радионуклидо в (Азола) Бк/ кг	Күлдің радиациялық қауіптілік сыныптары Класс радиационной опасности зола	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Күлдің пайдалану шарттары Условия использовани я зола
1	2	3	4	5	6	7

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
63-косымша
Приложение 63
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 063/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

**Материалдың, шикізаттардың, бұйымның радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ
 ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности материалов, сырья, изделий № _____ от "___" _____
 _____ күні 20_____ ж.(г.)**

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Зерттеу әдісі (методисследования) _____
5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
(атауы, (наименование))
6. Көлемі (Объем) _____
7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке) _____
10. Үлгілердің (нін) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____
 Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

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

№ п/п	Үлгінің атауы Наименование образца	Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшем бірлігі Единица измерения	Нақты үлестік тиімді белсенділік Фактическая удельная эффективная активность	Зерттеу әдістеменің НК-ры НД на метод испытаний	Рұқсат ететін құрамы Допустимое содержание
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), специалиста
проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или
врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ,
физических и радиационных факторов): _____

к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 064/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 064/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ _

Тамақ өнімдерінің радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования
радиоактивности пищевых продуктов № _____ от " " _____ күні 20 _____ ж.
(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Зерттеу әдісі (методисследования) _____
5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____
(атауы, (наименование))
6. Көлемі (Объем) _____
7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной
поверке) _____
10. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Үлгі атауы Наименование образца	Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшем бірлігі Единица измерения	Радионуклиттердің үлестік тиімді белсенділігі Удельная эффективная активность радионуклидов	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат етілетін құрамы Допустимое содержание
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 65-қосымша
 Приложение 65
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Отын-энергетикалық минералды пикізаттың радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ
 ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности топливного-энергетического минерального сырья № _____ от " " _____ күні 20 _____ ж.(г.)**

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгіні алу орны(Место отбора образца) _____
4. Сынақ жүргізілген күн (Дата проведения испытаний) _____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____ көмірдің күлденуі

(Зольность угля) (%) _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Зерттеу аспаппен жүргізілді (Исследования проводились прибором)

№ _____

10. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№ _____ (от) " ____ " _____ 20__ ж.(г.)

11. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері / (Результаты измерений)

№ п/п	Үлгінің атауы Наименование образца	Радионуклидтердің үлестік белсенділігінің мәнінің қосындысы ММА (Зерттеу көмір) Значения суммы отношений удельной активности радионуклидов к МЗУА (Суголь)	(Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат етілетін деңгейі (көмір) Допустимый уровень (Суголь)	Көмірдің радиациялық қауіптілік сыныбы Класс радиационной опасности угля	Көмірді пайдалану шарттары Условия использования угля
1	2	3	4			

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/ Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
66-қосымша
Приложение 66
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген № 066/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 066/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Адамдарды спектрометриялық өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ спектрометрического измерения человека № _____ от " __ " _____ 20__ ж. (г.)

1. Аты, жөні (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

2. Жеке басын куәландыратын құжаттар № _____

(Документы, удостоверяющие личность (куәлік, төлқұжат)

(удостоверение, паспорт)

3. Мекен-жайы (Домашний адрес) _____

4. Жынысы (Пол) _____ Жасы (Возраст) _____ Салмағы (Вес) __

5. Қосымша мәліметтер _____

(Дополнительные данные)

6. Өлшеу аспаппен жүргізілді _____ № _____

(измерение проводились на приборе):

7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____

8. Өлшеу геометриямен жүргізілді _____

(Измерение проводилось в геометрии)

9. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№ п/п	Өлшенетін мүшелердің атауы Наименование измеряемого органа	Үлестік тиімді белсенділік Cs-137Бк/кг Удельная эффективная активность Cs-137Бк/кг	Үлестік тиімді белсенділік Mn- 54Бк/кг Удельная эффективная активность Mn - 54Бк/кг	Үлестік тиімді белсенділік Cr-51Бк/кг Удельная эффективная активность Cr-51 Бк/кг	Үлестік тиімді белсенділік Co-60 Бк/кг Удельная эффективная активность Co-60 Бк/кг	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлестік тиімді белсенділік I -131 Бк/кг Удельная эффективная активность I -131 Бк/кг
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста

проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге

қолданылады /Результаты исследования распространяются только на

образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
67-қосымша
Приложение 67
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасының

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 067/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 067/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Алынатын ластануды жағындылар әдісімен зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ
исследования снимаемого загрязнения методом мазков №_____ от "___" _____ 20
_____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгілердің алынғын күні (Дата отбора образца) _____
4. Объекті пайдаланатын ИСК түрі (Вид ИИИ использующих объектом)

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования) _____

6. Зерттеу аспаппен жүргізілген (Исследования проводились прибором) _____
 № _____

7. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)
 № _____ (от) "___" _____ күні 20_ ж.(г.)

8. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
 (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

9. Сәуле көздерінің орналасу сызбасы және бықылау нүктесі (Схема расположения источников и контрольных точек)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Ластанған жердің бақылау орыны Место контроля снимаемого загрязнения	Зерттеу әдісіменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Анықталған белсенділік, Бк/см ² Обнаруженная активность, Бк/см ²	
			Жиынтық альфа-белсенділік Суммарная альфа-активность	Жиынтық бета-белсенділік Суммарная бета-активность
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
 специалиста

проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О.(при наличии),
подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге

қолданылады/Результаты исследования распространяются только на
образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или
врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ,
физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
68-қосымша
Приложение 68
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____ № бұйрығымен бекітілген № 068/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 068/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

Радионуклидтік терапиядан кейін пациенттердің экспозициялық дозасының қуатын өлшеуді жүргізу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ проведения измерений мощности экспозиционной дозы пациентов после радионуклидной терапии № _____ от " ____ " _____ 20 _____ ж.(г.)

1. Аты, жөні, тегі (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____
2. Жеке басын куәландыратын құжаттар (Документы, удостоверяющие личность № _____ (куәлік, төлқұжат), (удостоверение, паспорт), кіммен берілген (кем выдан) _____ керектісін сызу (нужное подчеркнуть)
3. Мекен-жайы (Домашний адрес) _____
4. Қосымша деректер (Дополнительные данные) _____
5. Тексеру барысында аспапта өлшеу жүргізілді (измерение проводилось на приборе):
№ _____
6. Тексеруі туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____

7. Өлшеу әртүрлі жақтан және әртүрлі деңгейде тұрған пациентке 1 м аралықта жүргізілді (Измерения проводились на расстоянии 1 м от стоящего пациента с разных сторон и на разных уровнях): _____

8. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

Оранның атауы Наименование органа	Өлшенген ЭДҚ (мкЗв/ч) Измеренная МЭД (мкЗв/ч)	Рұқсат етілетін ЭДҚ (мкЗв/ч) Допустимая МЭД (мкЗв/ч)	Оранның атауы Наименование органа	Өлшенген ЭДҚ (мкЗв/ч) Измеренная МЭД (мкЗв/ч)	Рұқсат етілетін ЭДҚ (мкЗв/ч) Допустимая МЭД (мкЗв/ч)
Алдынан (Спреди)			Оң жақтан (С правого бока)		
Қалқанша без (Щитовидная железа)			Қалқанша без (Щитовидная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		
Жыныс мүшелері (Половые органы)			Жыныс мүшелері (Половые органы)		
Артынан			Сол жақтан		
Қалқанша без (Щитовидная железа)			Қалқанша без (Щитовидная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		
Жыныс мүшелері (Половые органы)			Жыныс мүшелері (Половые органы)		

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста
проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего
лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической

экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
69-қосымша
Приложение 69
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің

Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 069/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 069/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___	

**Дайын тағамдар мен жартылай фабрикаттарды зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ
исследования готовых блюд и полуфабрикатов № _____ от "___" _____ 20____
_ж. (г.)**

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката) _____
3. Іріктелген күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
4. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
5. Мөлшері (Объем) _____
6. Топтамалар саны (Номер партий) _____
7. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
8. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
11. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

12. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____
Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)
Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы

(орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или
врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ,
физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
70-қосымша
Приложение 70
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 070/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 070/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № ___
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Елді мекендердің атмосфералық ауасының сынамасын іріктеу және зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ отбора и исследования проб атмосферного воздуха населенных мест № ___ от
"___" _____ 20__ ж. (г.)**

1. Ауа үлгісін алған орын (Место отбора образца) _____
2. Үлгінің түрі (бір жолғы, тәуліктік орташа) (Вид образца (разовая, среднесуточная)) _____
3. НҚ-ға сәйкес алынған үлгі (НД, в соответствии с которой произведен отбор образца) _____
4. Сынамалардың іріктелген күні мен уақыты (Дата и время отбора проб) _____
5. Сынамалардың жеткізілу күні мен уақыты (Дата и время доставки проб) _____
6. Үлгілерді алуда қолданылған өлшем құралы (Средства измерений, применяемые при отборе образца) _____
7. Сәйкестігі туралы мәлімет (Сведения о поверке) _____
8. Өңірдің сипаттамасы (Характеристика местности):
 рельефі (рельеф) _____
 жасыл желектер (зеленый массив) _____
 оның биіктігі (его высота) _____
 ластану көзінен ара қашықтығы (расстояние от источника загрязнения) _____
9. Жақын орналасқан нысандар (Близлежащие объекты) _____
10. Үлгіні алған адамның лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (Должность, фамилия, имя, отчество лица производившего отбор образца) қолы (подпись) _____
11. Аудан өкілінің атқаратын қызметі, тегі, аты, әкесінің аты (Занимаемая должность представителя района, фамилия, имя, отчество) ___ қолы (подпись) _____

Нөмірлері Номера		Үлгілерді алған орын	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры	Метеорологиялық факторлар Метеорологические факторы	
Сүзгіштердің, жұтқыштардың	Кескіні бойынша алу нүктелерінің			Атмосфералы қ қысым, мм. сын. бағ.	Ауа температурасы Со Температура воздуха

Фильтров, поглотителей	Точек отбора по эскизу	Точка отбора образцов	НД на метод испытаний	Атмосферное давление мм. рт. ст.	Құрғақ Сухого	Ылғалды Влажного
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Метеорологиялық факторлар Метеорологические факторы				Алу уақыты (сағ.,мин) Время отбора (час,мин)		
Салыстырмалы ылғалдылығы Относительная влажность	Жел Ветер		Ауа райының жағдайы Состояние погоды	Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Аспирация жылдамдығы, л/минутпен Скорость аспирации, в л/мин
	Бағыты Направление	Жылдамдығы м/сек. Скорость				
8	9	10	11	12	13	14

Жұтқыштар мен сүзгіштердің нөмірі атмосфералық ауаны зерттеу нәтижелерін тіркеу журналынан көшіріп жазылады (Номера поглотителей и фильтров переписываются из журнала регистрации результатов исследования атмосферного воздуха).

Анықталатын заттың, ингредиенттің атауы Наименование определяемого вещества, ингредиента	Өлшем бірліктері, қанықтығын зерттеу нәтижесі Единицы измерения, результат исследования концентрации				Сәйкестігімен зерттеу өткізілген нормативтік құжаттама Нормативная документация в соответствии с которой проводилось исследование
	Ең жоғары бір жолғы Максимально-разовая		Тәуліктік орташа Среднесуточная		
	Анықталған Обнаруженная мг/м3	РЕШШ ПДК	Анықталған Обнаруженная мг/м3	РЕШШ ПДК	
14	15	16	17	18	19

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (_____
Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего
исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при
наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары)
Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____

Место печати Руководитель организации (_____
заместитель) _____

(Ф.И.О. (при наличии), подпись) _____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
71-косымша
Приложение 71
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 071/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 071/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ _____

жұтқыштардың Филтров, поглотителей	алу нүктелерінің Точек отбора по эскизу	НД на метод испытаний	Точка отбора образцов	қысым, мм . сын.бағ. Атмосферное давление мм.рт. ст.	Құрғақ Сухоого	Ылғалды Влажного	Салыстырмалы ылғалдылығы Относительная влажность	Ауаның жылдамдығы Скорость движения воздуха
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ара қашықтық м, см Расстояние в м, см		Алу уақыты (сағ.,мин) Время отбора (час,мин)		
Еденнен От пола	Ластану көзінен От источника загрязнения	Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Аспирация жылдамдығы, л/минутпен Скорость аспирации, вл/мин
9	10	11	12	13

Сорғыштар мен сүзгілердің нөмірлері осы үлгінің (№__) артқы бетіне сай жүргізілетін жабық үй-жайлардың ауасын зерттеу нәтижелерін тіркейтін журналдан көшіріліп жазылады. Номера поглотителей и фильтров переписываются из журнала регистрации результатов исследования воздуха закрытых помещений, который ведется в соответствии с разворотом данной формы.

Анықталатын заттың, ингредиентті атауы Наименование определяемого вещества, ингредиента	Зерттеу нәтижелері, мг/м ³ Результаты исследования в мг/м ³		Зерттеу әдістемесі Методика исследования
	Ең жоғары – бір реттік Максимально-разовая		
	Анықталған қанықтық Обнаруженная концентрация	РЕШШ, ЗҚДА және басқалар ПДК, ОБУВ и другие	
14	15	16	17

Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді / (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (_____
Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____

Место печати Руководитель организации (_____
заместитель) _____

(Ф.И.О. (при наличии), подпись) _____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
72-қосымша
Приложение 72
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № __ бұйрығымен Бекітілген № 072/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 072/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____ —

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Кескін бойынша нүкте нөмірі Номер точки по эскизу	Өлшеу орны Место измерения	Зерттеу әдістемесінің НҚ-р НД на метод испытаний	Жұмыс разряды Разряды, подразряды работы	Тәулікті өлшеу жүргізілген уақыты Время проведения замера	Жоғары жарықтану кезінде При верхнем освещении		Бүйірінен жарық түсіру кезінде При боковом освещении		Құрастырылған жарықтану кезінде комбинированном освещении		Сыртқы жарық Наружная освещенность	ТЖК орташа мәні КЕО среднее значение
						ТЖК өлшенген КЕО измеренное	Норма бойынша рұқсат етілген Допустимая по нормам	ТЖК өлшенген КЕО измеренное	Норма бойынша рұқсат етілген Допустимая по нормам	ТЖК өлшенген КЕО измеренное	Норма бойынша рұқсат етілген Допустимая по нормам		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____

Место печати Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись) _____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 73-қосымша
 Приложение 73
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 073/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 073/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____ —

**Метеорологиялық факторларды өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ измерений
 метеорологических факторов № _____ от " " _____ 20 _____ ж.(г.)**

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
1. Өлшеу жүргізу орны (Место проведения измерений) _____ (цех, учаске, бөлімше, ғимарат және басқалары(цех, участок, отделение, здание и другое)
2. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____
3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество) _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ауаның қозғалыс жылдамдығы Скорость движения воздуха не более м/с		Жылу шығару Тепловое излучение				Ескертуге Примечание
Өлшенген Измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген оптимальная/допустимая по нормам	Жылу шығару көзінің атауы Наименование источника излучения	Жылу көзінен ара қашықтық , сантиметрмен Расстояние от источника в см	Актинометр көрсеткіші Вт /м 2 Показание актинометра Вт/ м 2	Нормалар бойынша рұқсат етілген кВт/ м 2 Допустимое по нормам кВт/м 2	
11	12	13	14	15	16	

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
74-қосымша
Приложение 74
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 074/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 074/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__ —

Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения №__ от "___" _____ күні 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
4. Іріктелген күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
10. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____
11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
12. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
13. Су үлгілерін консервациялау әдістері (Методы консервации образца воды) _____
14. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Қолданыстағы нормативтік құқықтық актілердің (бұдан әрі – НҚА) атауы Наименование действующих нормативных правовых актов (далее - НПА)

Иісі (запах) 20оС кезіндегі баллдары(балы при 20оС)			
Иісі (запах) 60оС кезіндегі баллдары (балы при 60оС)			
Дәмі (привкус)20оС кезіндегі баллдары (балы при 20оС)			
Түстілігі (цветность) градустар (градусы)			
Лайлылығы(мутность) стандарттық шкала бойынша мг/дм3 (по стандартной шкале)			
pH			
Қалдық хлор (остаточный хлор) мг/дмм			
Еркін хлор (Свободный хлор) мг/дм3			
Байланыстағы хлор (Связанный хлор) мг/дм3			
Қалдық озон (Остаточный озон) мг/дм3			
Тотығуы (Окисляемость) мгО2/дм3			
Аммиак азоты (Азот аммиака) мг/дм3			
Нитриттер азоты (Азот нитритов) мг/дм3			
Нитраттар азоты (Азот нитратов) мг/дм3			
Жалпы кермектік (Общая жесткость) моль/дм3			
Құрғақ қалдық (Сухой остаток) мг/дм3			
Хлоридтер (Хлориды) мг/дм3			
Сульфаттар (Сульфаты) мг/дм3			
Темір (Железо) мг/дм3			
Мыс (Медь) мг/дм3			
Кадмий мг/дм3			
Мырыш (Цинк) мг/дм3			
Қорғасын (Свинец) мг/дм3			

Күшән (Мышьяк) мг/дм ³			
Ртуть (Сынап) мг/дм ³			
Фтор мг/дм ³			
Молибден мг/дм ³			
Бериллий (Be 2+) мг/дм ³			
Қалдық алюминий мг/дм ³ (Остаточный алюминий)			
Марганец мг/дм ³			
Полифосфаттар (Полифосфаты) мг/дм ³			
Бор (В) мг/дм ³			
Селен (Se) мг/дм ³			
Хром (Cr 6+)			
Хром (Cr 3+)			
Никель (Ni) мг/дм ³			
Мұнай өнімдері/Нефтепродукты, мг/дм ³			
Полиакриламид мг/дм ³			
Жергілікті жағдайға тән арнаулы заттар (Специфические вещества, характерные для местных условий) мг/дм ³			

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
75-косымша
Приложение 75
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № __ бұйрығымен бекітілген № 075/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 075/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

Жер үсті су объектісінің және ағынды су үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ
исследования образцов поверхностных водных объектов и сточных вод № _____ от " _____ "
_____ күні 20 _____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
3. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
5. Іріктелген күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
10. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
11. Іріктеу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____
12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
13. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
14. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей		Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Тексеру әдісіне қолданылған НҚ НД на методы исследования
Иісі Запах	Қарқындылығы, баллмен Интенсивность в баллах			
	Сипаты (суреттеледі) Характер (описать)			
	Жоғалу шегі (еселегенде) Порог исчезновения (в разведении)			
Түстілігі, градуспен Цветность в градусах				
Түсі (суреттеу) Цвет (описать)				
Түсінің жоғалу шегі (еселегенде) Порог исчезновения цвета (в разведении)				
Лай, тұнба (суреттеу) Муть, осадок (описать)				
Мөлдірлігі прозрачность				

Жүзіп жүрген қоспалар, қабыршақ Плавающие примеси, пленка мг/дм ³				
Өлшенген заттар, мг/дм ³ Взвешанные вещества				
рН				
Ерітілген оттегі мгО ₂ /дм ³ Растворенный кислород				
БПК-5, мгО ₂ / дм ³				
БПК-20, мгО ₂ / дм ³				
Тотығуы мгО ₂ / дм ³ Окисляемость				
ХПК, мгО ₂ / дм ³				
Сілтілігі мг-экв/дм ³ Щелочность				
Қышқылдығы мг-экв/дм ³ Кислотность				
Жалпы кермектігі моль/дм ³ Жесткость общая				
Құрғақ қалдық мг/дм ³ Сухой остаток				
Кальций мг/дм ³				
Магний мг/дм ³				
Жалпы темір мг/дм ³ Железо общее				
Хлоридтер мг/дм ³ Хлориды				
Сульфаттар мг/дм ³ Сульфаты				
Азот	Аммиактың мг/дм ³ Аммиака			
	Нитриттердің мг/ дм ³ Нитритов			
	Нитраттардың мг/ дм ³ Нитратов			
Фтор мг/дм ³				
Мұнай өнімдері мг/дм ³ Нефтепродукты				
Фенолдар мг/дм ³ Фенолы				
Цианидтер мг/дм ³ Цианиды				
Мыс мг/дм ³ Медь				
Қорғасын мг/дм ³ Свинец				
Мырыш мг/дм ³ Цинк				

Үш валентті хром мг/дм ³ Хром трехвалентный			
Алты валентті хром мг/дм ³ Хром шестивалентный			
Сынап, мг/дм ³ Ртуть			
Кадмий мг/дм ³			
Марганец мг/дм ³			
СБАЗ мг/дм ³ СПАВ			
Табиғи уран Уран естественный			
Табиғи торий Торий естественный			
Радий 226			
Қорғасын 210 Свинец			
Стронций 90			
Цезий 137			
Басқа заттар Другие вещества			

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О., (при наличии),
специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /

сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
76-қосымша
Приложение 76
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 076/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 076/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

Тағам өнімдері үлгілерін зерттеу (антибиотиктердің қалдық мөлшері, гормондар, b-адреностимуляторлар, микробты трансглутаминаза, құрғақ сүттің массалық үлесі) ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов пищевых продуктов (остаточное количество антибиотиков, гормоны, b-адреностимуляторы, микробная трансглутаминаза, массовая концентрация сухого молока) № _____ (от) " " _____ 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес): _____

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца): _____

3. Үлгі атауы (Наименование образца): _____

4. Саны (Количество): _____

5. Зерттеу алу мақсаты (Цель исследования): _____

6. Мөлшері (Объем): _____

7. Топтама саны (Номер партий): _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки): _____

9. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора): _____

10. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки): _____

11. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования): _____

12. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора): _____

13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки): _____

14. Сақтау жағдайы (Условия хранения): _____

15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения): _____

Зерттеу нәтижелері: (Результаты исследования)

Тағам өнімдеріндегі анықталынатын көрсеткіш атауы (антибиотиктердің, гормондардың және т.б. атауы бойынша тізбесі) Наименование определяемого показателя в продуктах питания (перечень антибиотиков, гормонов и т.д. по названию)	Группа показателей (антибиотики, гормоны, в-адреностимуляторы и т.д)	Анықтауға қолданылған әдіс Метод использованный для определения	Анықталған шоғырлану Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ НД на методы исследования
1	2	3	4	5	6
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____	_____	_____	_____	_____
Қолы (Подпись)	_____	_____	_____	_____	_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____	_____	_____	_____	_____
Мекеме басшысы (орынбасары)	_____	_____	_____	_____	_____

Мөр орны	Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы	_____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Зертхана нәтижелердің пайымдауын жүргізбейді/ Лаборатория не проводит интерпритации результатов

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
77-қосымша
Приложение 77
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " __ " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 077/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 077/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан

**Бунақаяқтыларды энтомологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ энтомологического
исследования членистоногих № ____ от " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)**

1. Өтініш білдірген адамның тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя,
отчество обратившегося лица) _____

2. Жасы (Возраст) _____ Мекен-жайы (Адрес) _____

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы,
наименование детской организации) _____

4. Болжанған орынды айқындау (Предполагаемое место обнаружения)

5. Бунақ аяқты түрі, жынысы
(Видовая принадлежность членистоногого, пол) _____

6. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

7. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб
проводились на
соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда). (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста
проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____
Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
78-қосымша
Приложение 78
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрілігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 078/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 078/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

Шайындыларды паразитологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ

паразитологического исследования смывов № _____ от " " _____ күні 20 _____

ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгілер алу мақсаты (Цель исследования образца) _____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
10. Іріктеу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____
11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Үлгілер нөмірі Номер проб	Үлгі алынған орын және нүктелер Место и точки отбора	Нәтиже Результат	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста
проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____
экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
79-қосымша
Приложение 79
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № __ бұйрығымен бекітілген № 079/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 079/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ _

Анус айналасының қатпарынан қырындыны зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ
исследования соскоба с перианальных складок № _____ от " " _____ күні 20__
__ ж.(г.)

1. Шаруашылық жүргізуші субъектінің, ұйымның атауы, мекен-жайы
(Наименование хозяйствующего субъекта, организации,
адрес) _____
2. Сынама алынған орын (Место взятия пробы) _____
3. Іріктеу уақыты (Время отбора) _____ жеткізілу уақыты
(доставки) _____
4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
5. Іріктеу әдісіне НҚ (НД на метод отбора), _____
6. Көлемі (Объем) _____
7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии)	Туған жылы Год рождения	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Ескертуге Примечание
1	2	3	4	5	6

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста

проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
80-қосымша
Приложение 80
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 080/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 080/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

**Нәжісті, анос айналасының қатпарынан қырындыларды паразитологиялық зерттеу
ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ паразитологического исследования фекалий, соскобов с
периаанальных складок № _____ от " " _____ 20 ____ ж. (г.)**

1. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого) _____

2. Жасы (Возраст) _____ Мекен-жайы (Адрес) _____

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы, наименование детской организации) _____

4. Зерттеу алғашқы, қайталап, қорытынды (Исследование первичное, повторное, контрольное) _____

5. Зерттеу кезінде анықталды: (при исследовании обнаружены): _____

гельминт жұмыртқалары (яйца гельминтов)

6. Көлемін (Объем) _____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Қарапайымдар, вегетативті цисталар (Простейшие, вегетативные цисты) _____

10. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

11. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста

проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
81-қосымша
Приложение 81
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 081/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 081/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ _

Қанды безгекке зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования крови на малярию № _____
от " " _____ 20__ ж. (г.)

1. Қан препараттарын паразитологиялық зерттеу (паразитологическое исследование препаратов крови): оның ішінде (в том числе) "жұқа жағындылар" ("тонких мазков") _____

"қалың тамшылар" ("толстых капель") _____

2. Тексерілушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) _____

3. Жасы (Возраст) _____ Тұрғылықты мекен-жайы (Адрес места жительства) _____

4. Безгек ауруының қоздырғыштары анықталды (Обнаружены возбудители малярии) _____

паразиттің қысқартылған туыстастық және толық түр атауын көрсетіңіз (мысалы: P.vivax)

(указать сокращенное родовое и полное видовое название паразита (н-р: P.vivax))

5. Паразитемияның қарқындылығы (Интенсивность паразитемии) _____

6. Мөлшері (Объем) _____

7. Топтама сана (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Зерттеу әдістеменің НҚ-ы (НД на метод испытаний) _____

10. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствии НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
82-косымша
Приложение 82
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 082/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 082/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__

Паразиттік ауруларға серологиялық зерттеулер ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ серологических исследований на паразитарные заболевания № _____ от " _____ " _____ 20__ ж. (г .)

1. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии), обследуемого) _____
2. Диагнозы (Диагноз) _____
_____ -ға қанның, нәжістің, тағы басқалардың үлгілерін зерттегенде (При исследовании образцов крови, фекалий и других на) _____ және (и) _____
3. Ауру күні (день болезни в) _____ анықталды (обнаружено)
4. Реакцияның түрі (вид реакции) _____
5. Антиденелер (антитела) _____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтама сана (Номер партий) _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
9. Антигендер (антигены) _____
10. Зерттеу нәтижелері (Результат исследования) _____
11. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

12. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на
соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
83-косымша
Приложение 83
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 083/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 083/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

Санитариялық-паразитологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ

санитарно-паразитологического исследования № _____ от " ____ " _____ 20 ____

ж. (г.)

1. Заявитель (Мәлімдеуші) _____

2. Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца) _____

3. Үлгінің атауы мен саны (Наименование и число образцов) _____

4. Ыдысы, орауы, маркалануы (тара, упаковка, маркировка) _____

5. Дайындалған күні (Дата изготовления) _____

6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

7. Мөлшері (Объем) _____

8. Топтама нөмірі (Номер партий) _____

9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

11. Үлгі алу орны, ұсынушы (Место отбора образца, предъявитель) _____

12. Үлгінің келіп түскен күні (Дата поступления образца) " ____ " _____
20 ____ ж. (г.)

13. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

14. Нормативтік құжаттарға сәйкестігіне (На соответствие нормативной документации) _____

15. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

16. Нәтижелер берілген күн (Дата выдачи результатов) " ____ " _____ 20 ____ ж

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

17. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ы (НД на метод испытаний) _____

18. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на
соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии),
подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің,
химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /
сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или
врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ,
физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
84-қосымша
Приложение 84
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 084/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 084/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № ___
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Топырақ үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ исследования образцов почвы № _____ (от) "___" _____ күні 20__ ж. (г.)

- Обектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
- Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
- Сынамалар алу мақсаты (Цель исследования образца) _____
- Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
- Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
- Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования) _____
- Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____
- Тасымалдау жағдайлары (Условия транспортировки) _____
- Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшеу бірлігі Единица измерения	Н Қ бойынша Норма по НД	Н Қ НҚ-ры НД на метод испытаний	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод исследований	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеуәдісіне НҚ НД на метод испытания
1	2	3	4	5	6	

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /
(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
85-қосымша
Приложение 85
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 085/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а		Медицинская документация Форма № 085/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан

Рецепт бойынша По рецептуре	Төменгі рұқсат етілетін Минимальнодопустимые	Іс жүзінде Фактически	Рецептбойынша Порепециуре	Төменгі рауалы Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Рецепт бойынша По рецептуре	Төменгі рауалы Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически
17	18	19	20	21	22	23	24	25
Құнарлылығы Калорийность			Ауытқуы Отклонение					
Теория жүзінде Төменгі рұқсат етілетін Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Белоктар Белки	Майлар Жиры	Көмірсулар Углеводы	Құнарлылығы Калорийность	"С" вит. болуы (мг %) Содержание вит. "С"(мг%)		
26	27	28	29	30	31	32	33	

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О.(при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
86-қосымша
Приложение 86
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 086/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 086/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Қоректік орталардың сапасын зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛІ исследования качества питательных сред № _____ От " " 20 ж.(г.)

Келісім шарт бойынша келіп түскен сынамалар (Образцы, поступившие по договору): _____

1. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы мекен жайы (Наименование учреждения, направившего образец, адрес): _____

2. Атауы (наименование): _____

3. Саны (количество): _____

4. Сынаулардың басталуы (дата начала исследования): _____

5. Сынаулардың аяқталуы (дата окончания исследования): _____

6. Сынау түрі (Вид испытаний): _____

Среды	Специфическая активность	Тест-штамм (коллекция)	Разведение	Инкубация и время	Результаты роста
1	2	3	4	5	6

Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводилось на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при наличии), должность специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы _____

Место печати Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись) _____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в __ экземплярах)

Сынамаларды жүргізу шарттары (условия проведения испытаний): температура __, ылғалдылығы (влажность) _____

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20__ (ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 87-қосымша
 Приложение 87
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 087/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 087/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

**Радонның және оның ауада ыдырауынан пайда болған өнімдердің бар болуын өлшеу
 ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерений содержания радона и продуктов его распада в
 воздухе № _____ от " " _____ 20__ ж.(г.)**

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

 2. Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений) _____

 3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді _____

- (Измерения проведены в присутствии представителя объекта)
4. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип, заводской номер) _____

6. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____

_____ берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген орны (Место проведения измерений)	Радонның өлшенген, теңсалмақты, баламалы, көлемді белсенділігі Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона Бк/м3) Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м2·сек)	(Бк/м3 Рұқсат етілетін концентрациясы) (Допустимая концентрация Бк/м3) Ағынның шекті тығыздығы (мБк/м2·сек) (Допустимая плотность потока (мБк/м2·сек)	Желдету жағдайы туралы белгілер (Отметки о состоянии вентиляции)
1	2	3	4	5

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді _____
(Исследование проводилось на соответствие НД)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах

Зерттеу жүргізген лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы (Исследование

проводил, должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись) _____

_____ Зертхана меңгерушісінің қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя,

отчество (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Санитария-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
88-қосымша
Приложение 88
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 088/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 088/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

Өнеркәсіп кәсіпорындарын өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерений промышленных предприятий № _____ (от) " " _____ 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен жайы (Наименование объекта, адрес) _____
2. Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения замеров) _____

_____ (бөлім, цех, квартал) (отдел, цех, квартал)

3. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____

4. Өлшеулер тексерілетін объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в

присутствии представителя обследуемого объекта) _____

5. Өлшеулер құралдары (Средства измерений) _____ атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)

6. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____ берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

7. Үлгіні зерттеулер НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді _____ (Исследование образца проводилось на соответствие НД)

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений)	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек))		Альфа-бөлшектер тығыздының ағыны, Бк/см ² (б/см ² х мин) (Плотность потока альфа-частиц, Бк/см ² (част/см ² х мин))		Бета-бөлшектер тығыздының ағыны, Бк/см ² (б/см ² х мин) (Плотность потока бета-частиц, Бк/см ² (част/см ² х мин))	
		Еденнен жоғары (На высоте от пола (грунта))	Зерттеу нәтижелері (Результаты измерений)	Дозаның рұқсат етілетін қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Допустимая мощность дозы (мкЗв/час, н/сек))	Зерттеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат деңгейі (Допустимые уровни)	Зерттеу нәтижелері (Результаты измерений)	Рұқсат деңгейі (Допустимые уровни)
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в ____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға **ТҰЙЫМ САЛЫНҒАН** (Частичная перепечатка протокола без разрешения **ЗАПРЕЩЕНА**)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
89-қосымша
Приложение 89
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 089/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 089/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__ —

Шаң сынағаларын зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов пыли № _____
от " " _____ 20__ ж. (г.)

1. Үлгі атауы (Наименование образца): _____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
4. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений, направивший образец) _____
5. Саны (Количество): _____

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования): _____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора): _____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки): _____
6. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования): _____
7. Үлгіні зерттеу НҚ-ғасәйкестігіне жүргізілді
8. (Исследование образца проводилось на соответствие НД)
9. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки): _____
10. Сақтау жағдайы (Условия хранения): _____
11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения): _____

12. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования):

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгінің нөмірі Номер образца	НҚ бойынша нормасы Норма по НД	Нақты көрсеткіші Фактический показатель	Сынақ әдісітеріне НҚ НД на метод испытаний
1	2	4	5	

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)
Зерттеу жүргізген (Исследование проводил) _____

(лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Зертхана меңгерушісінің қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись заведующего лабораторией _____

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық
сараптама орталығының басшысы
(директор орынбасары)

(аты, тегі, әкесінің аты (болған
жағдайда), қолы)

Место печати

Руководитель Центра
санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель
директора)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии), подпись)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуда жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН (Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 90-қосымша
 Приложение 90
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 090/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 090/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Әкімшіліктің құқық бұзушылығы туралы ХАТТАМА ПРОТОКОЛ об административном правонарушении № _____ 20_____ жыл (года) " " _ часов минут уақыт (время)

толтырылу орны (место составления)
 Мен (мною)

толтырушының лауазымы мен аты-жөні (должность, фамилия и инициалы лица, составившего протокол)

Санитариялық - эпидемиологиялық тексеру кезінде

При санитарно-эпидемиологическом обследовании: _____

құқық бұзушылық болған орын мен уақыт, (место и время совершения нарушений)
занды тұлғаның аты-жөні (наименование юридического лица) немесе лауазымды
тұлғаның немесе жеке кәсіпкердің қызметі, аты-жөні, мекен-жайы

(или должность, фамилия и инициалы должностного лица или индивидуального
предпринимателя, адрес)

(на основании) _____

санитариялық-эпидемиологиялық тексеру актісінің, (акта
санитарно-эпидемиологического обследования,

зертханалық тексерулер актілері, тұлғалардың өтініштері /лабораторных
исследований, обращений лиц) негізінде

анықталды (установлено): _____

Әкімшілік құқық бұзушылықтың мәні (существо административного
правонарушения)

санитариялық-эпидемиологиялық қағидалар немесе гигиеналық нормативтердің
немесе басқа да нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуы болып
есептеледі (что является нарушением требований санитарно-эпидемиологических
правил и норм либо гигиенических нормативов, либо иных нормативных правовых
актов)

құқық бұзушылықтың тармақтарын көрсетіңіз (указать пункты нарушения)

"Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасының Кодексінің (бұдан әрі - ҚР ӘҚБК) құқық бұзушылығы үшін ҚР ӘҚБК-нің әкімшілік жауапкершілікті көздейтін ерекше бөлімі (особенной части Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" (далее – КоАП РК), предусматривающая административную ответственность за данное правонарушение КоАП РК)

Өндіріс тілі (Язык производства) _____

Әкімшілік құқық бұзушылық жасаған тұлғаларға байланысты мәлімет: жеке, лауазымды тұлға жеке кәсіпкер (Сведения о лицах, в отношении которых возбуждено административное дело: физическое, должностное лицо, индивидуальный предприниматель) _____

Аты-жөні (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

Туған күні, жылы, уақыты (число, месяц, год, рождения) _____

Құқық бұзушының жеке басын куәландыратын құжаттың атауы мен деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность правонарушителя) _____

Азаматтығы (гражданство) _____

Жұмыс орны, лауазымы, ұйымның мекенжайы, факс, ұялы байланыс және (немесе) электрондық мекенжай (егер бар болса) (место работы, занимаемая должность, адрес организации, факс, сотовая связь и (или) электронный адрес (если они имеются))

Тұрғылықты мекен жайы мен телефоны (адрес местожительства и телефон) _____

(жеке куәліктің нөмірі мен берілген күні № свидетельства индивидуального предпринимателя и дата выдачи)

Заңды тұлға (юридическое лицо)

басшының толық аты-жөні, мекенжайы, ұйымдастырушылық-құқықтық түрі, заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі мен күні, банк деректемелері, заңды өкілдің телефон нөмірі, факс, ұялы байланыс және (немесе) электрондық мекенжай (егер бар болса) (полное наименование, фамилия, имя, отчество руководителя, местонахождение, организационно-правовая форма, номер и дата государственной регистрации в качестве юридического лица, банковские реквизиты, телефон законного представителя, факс, сотовая связь и (или) электронный адрес (если они имеются))

Әкімшілік іс қозғалған салық төлеушінің тіркеу нөмірі (регистрационный номер налогоплательщика - лица, в отношении которого возбуждено административное дело)

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында бұрын әкімшілік жауапкершілікке тартылуы (привлекался ли ранее к административной ответственности в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения) _____

Іс қозғалған тұлғаның түсіндірме беруі (объяснение лица, в отношении которого возбуждено дело) _____

Аудармашының, қорғаушының көмегін қажет ету немесе бас тарту белгісі (отметка о необходимости помощи переводчика, защитника или об отказе от такой помощи) _____

ҚРӘҚБК 744,810,811 баптарында көзделген істі қозғау бойынша тұлғаның, сондай-ақ басқа қатысушылардың құқықтары мен міндеттерін түсіндіру туралы белгі (отметка о разъяснении прав и обязанностей лицу, в отношении которого возбуждено

дело, а также другим участникам производства по делу, предусмотренных статьями 744,810,811 КоАП РК _____

Түсіндірме беруден, қол қоюдан бас тарту белгісі (отметка об отказе от подписи лица, от дачи объяснения) _____

Жәбірленуші мен куә болған жағдайда олардың аты-жөндері, мекенжайлары мен қолдары (при наличии потерпевших и свидетелей, а также в случаях участия понятых, их фамилии, имена, адреса и подписи _____

Хаттамаға қосымша құжаттар (к протоколу прилагаются документы): _____

Істі қарауға қажет басқа да мәліметтер (иные сведения, необходимые для разрешения дела) _____

Хаттаманың көшірмесін алдым (копию протокола получил) _____

әкімшілік құқық бұзушының қолы мен алған күні

(подпись лица, совершившего административное правонарушение и дата получения)

Хаттама толтырушы тұлғаның аты-жөні мен қолы (Ф.И.О. (при наличии) и подпись должностного лица, составившего протокол) _____

Істі қарауға қажет басқа да мәліметтер (иные сведения, необходимые для разрешения дела) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
91-қосымша
Приложение 91
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 091/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 091/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Құқықтарды талқылау ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ разъяснения прав

20 _____ ж.(г.) _____ " " _____ қаласы (ауылы)

Мен (Я), _____

ҚР ӘҚБК 744 және 810-811 баптарымен таныстырдым

ознакомила со ст.744 и 810-811 КоАП РК азамат(ша) (гражданина(ку))

744-бап. Өзіне қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізіліп жатқан тұлға

Өзіне қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізіліп жатқан тұлға хаттамамен және істің басқа да материалдарымен танысуға, түсініктемелер беруге, хаттаманың мазмұны мен ресімделуі жөнінде ескертулер жасауға, дәлелдемелер ұсынуға, өтінішхаттар, оның ішінде істі сотта кешіктірмей қарау және әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыны тез арада заңды күшіне енгізу туралы өтінішхаттар мен қарсылықтарды мәлімдеуге, қорғаушының заң көмегін пайдалануға, істі қарау кезінде ана тілінде немесе өзі білетін тілде сөйлеуге және егер іс жүргізіліп отырған тілді білмесе, аудармашы көрсеткен қызметтерді өтеусіз пайдалануға; іс бойынша іс жүргізуді қамтамасыз ету шараларының қолданылуы бойынша, нақты деректерге және мән-жайларға сәйкес келмейтін мәліметтер көрсетілген жағдайда, әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы жасау кезінде заңның бұзылуына, айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқамаға және іс бойынша қаулыға шағыммен жүгінуге; істегі құжаттардан үзінді көшірме жасауға және олардың көшірмелерін түсіріп алуға, сондай-ақ өзіне осы Кодексте берілген өзге де процестік құқықтарды пайдалануға құқылы.

810-бап. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізудің негіздері

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы істер бойынша, оның ішінде 44-баптың бірінші бөлігінің бірінші абзацына сәйкес айыппұл түрінде әкімшілік жаза көзделген соттың ведомстволық бағыныстылығына жатқызылған, сондай-ақ оның жасалу фактісін мойындайтын және айыппұлды осы Кодекстің Ерекше бөлімінің бабындағы санкцияда көрсетілгеннен елу пайызы мөлшерінде төлеуге келіскен және ұсынылған дәлелдемелерге шағым жасамайтын, оны жасаған адам анықталған істер бойынша қысқартылған іс жүргізу жүзеге асырылады.

811-бап. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізу тәртібі

1. Әкімшілік құқық бұзушылық анықталған және оны жасаған тұлға белгілі болған кезде осы Кодекстің 804 немесе 805-баптарында аталған уәкілетті адам әкімшілік іс жүргізуді қозғайды, тұлғаға айыппұлды осы Кодекстің Ерекше бөлігі бабының санкциясында көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде жеті тәулік ішінде төлеу құқығын түсіндіреді және қажет болған жағдайда белгіленген үлгідегі түбіртектегі табыс етеді.

Егер әкімшілік құқық бұзушылық автоматты режимде жұмыс істейтін сертификатталған арнайы техникалық бақылау-өлшеу құралдарымен және аспаптармен тіркелсе, адамның айыппұлды белгіленген үлгідегі түбіртекпен бірге айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқама тиісінше жеткізілген кезден бастап жеті тәулік ішінде көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде төлеуге құқығы бар.

2. Айыппұлды көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде жеті тәулік ішінде төлеген жағдайда іс мәні бойынша қаралды, шешім заңды күшіне енді, ал адам әкімшілік жауаптылыққа тартылды деп есептеледі.

Осы Кодекстің 47-тарауында көзделген жағдайларды қоспағанда, осы тараудың қағидалары бойынша қаралған іс қайта қаралуға жатпайды.

3. Осы баптың бірінші бөлігінде көзделген құқық пайдаланылмаған немесе тиісінше пайдаланылмаған жағдайда әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізу жалпы тәртіппен жүзеге асырылады.

Статья 744. Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении

Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, вправе знакомиться с протоколом и другими материалами дела, давать объяснения, делать замечания по содержанию и оформлению протокола, представлять доказательства, заявлять ходатайства, в том числе о незамедлительном рассмотрении дела в суде и немедленном вступлении постановления по делу об административном правонарушении в законную силу, и отводы, пользоваться юридической помощью защитника, при рассмотрении дела выступать на родном языке или языке, которым владеет, и безвозмездно пользоваться услугами переводчика, если не владеет языком, на котором ведется производство; обратиться с жалобой по

применению мер обеспечения производства по делу, на нарушение закона при составлении протокола об административном правонарушении в случае указания сведений, не соответствующих фактическим данным и обстоятельствам, на предписание о необходимости уплаты штрафа и постановление по делу; делать выписки и снимать копии с имеющихся в деле документов, а также пользоваться иными процессуальными правами, предоставленными ему настоящим Кодексом.

Статья 810. Основания сокращенного производства по делу об административном правонарушении

Сокращенное производство осуществляется по делам об административных правонарушениях, в том числе по делам, отнесенным к подведомственности суда, за которое предусмотрено административное взыскание в виде штрафа согласно абзацу первого части первой статьи 44, а также установлено совершившее его лицо, которое признает факт его совершения и согласно с уплатой штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной в санкции статьи Особенной части настоящего Кодекса и не обжалует представленные доказательства.

Статья 811. Порядок сокращенного производства по делу об административном правонарушении

1. При обнаружении административного правонарушения и установлении совершившего его лица уполномоченное лицо, указанное в статьях 804 или 805 настоящего Кодекса, возбуждает административное производство, разъясняет лицу право оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной в санкции статьи Особенной части настоящего Кодекса суммы штрафа в течение семи суток и при необходимости вручает квитанцию установленного образца.

Если административное правонарушение зафиксировано сертифицированными специальными контрольно-измерительными техническими средствами и приборами, работающими в автоматическом режиме, лицо имеет право оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной суммы штрафа в течение семи суток с момента надлежащего доставления предписания о необходимости уплаты штрафа с квитанцией установленного образца.

2. В случае оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной суммы штрафа в течение семи суток дело считается рассмотренным по существу, решение – вступившим в законную силу, а лицо – привлеченным к административной ответственности.

Пересмотру не подлежат дела, рассмотренные по правилам настоящей главы, за исключением случаев, предусмотренных главой 47 настоящего Кодекса.

3. В случае неиспользования или ненадлежащего использования права, предусмотренного частью первой настоящей статьи, производство по делу об административном правонарушении осуществляется в общем порядке.

Айғақты (Показание желаю давать на) _____ тілінде беремін (языке).
 Аудармашының көмегін (в услугах переводчика) _____
 қажет етемін, қажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь) Қорғаушының көмегін (в
 услугах адвоката) _____ қажет етемін, қажет етпеймін (нуждаюсь,
 не нуждаюсь) ҚР ӘҚБК 744 және 810-811 баптарына сәйкес құқықтар
 түсіндірілді (Согласно ст.744 КоАП РК и ст. 810-811 права мне разъяснены) _____
 _____ қолы (подпись) Іс материалдарымен таныстым (с материалами дела ознакомлен
 (на)) _____ қолы (подпись) Құқықтарды талқылау хаттамасын жарияладым (Протокол
 разъяснения прав объявил) _____
 _____ тегі, лауазымы, қолы (фамилия, должность, роспись) _____

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 92-қосымша
 Приложение 92 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 №ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Ескерту. 92-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің
 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен
 соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 092/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного	Медицинская документация Форма № 092/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от

Жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану Бас мемлекеттік санитариялық санитариялық дәрігердің ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы № _____

" ____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру және (немесе) нәтижелерінің материалдарын қарап (бар болса) (Рассмотрев материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии)) _____

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) ____ бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналар анықталды (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

— жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВИЛ):

жұмыстан уақытша шеттетуге (временно отстранить от работы с) 20___ жылғы (года) "___" _____ бастап, (до) 20___ жылғы (года) "___" _____ ға дейін _____

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на): _____

(бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица (лиц), проводившего государственный контроль и надзор):

Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар (Указания по устранению выявленных нарушений): _____

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

(представить к) " ____ " _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес)) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

_____ лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

_____ қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) қаулы алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс (Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------

Қаулы _____ данада жасалды.

Постановление составлено в ____ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
93-қосымша
Приложение 93
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " ____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген №093/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 093/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " ____ 2021 года № ____ _____

Инфекциялық және паразиттік аурулармен тығыз байланыста болған адамдарды жұмыстан (оқудан) уақытша шеттету туралы ҚАУЛЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ о временном отстранении от работы (учебы) лиц состоявших в близком контакте с инфекционным и паразитарным больным № _____

20 ____ жылғы (года) " ____ " ____ (город) _____ қаласы

Мемлекеттік Бас санитариялық дәрігер (орынбасары)

(Главный государственный санитарный врач (заместитель)

_____ (керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Т.А.Ә. (болған жағдайда))

(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при наличии), (Ф.И.О(при наличии)

)

ұсынылған мына материалдарды қарап (атап көрсетіңіз)
(рассмотрев представленные
материалы (перечислить) _____

мыналарды анықтадым (установил) _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы
(указать характер нарушений требований законодательства Республики
Казахстан

Қазақстан Республикасының заңнама талаптарын бұзу сипатын көрсетіңіз
(в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан
Республикасы Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасының негізінде (На
основании подпункта на подпункт 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан
"О здоровье народа и системе здравоохранения")

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВИЛ):

(временно отстранить от работы с) 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

бастап,

(до) 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ ға дейін

лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), шаруашылық субъектінің толық атауы
(должность, Ф.И.О. (при наличии), полное наименование хозяйствующего объекта)

_____ уақытша жұмыстан босатылсын.

Осы қаулының орындалу жауапкершілігі (ответственность за выполнение
настоящего постановления возлагается на) _____

лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (должность, Ф.И.О. (при наличии))

_____ жүктелсін.

Мөр орны Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының
басшысы

Место печати (Руководитель государственной организации
санитарно-эпидемиологической службы) (орынбасары (заместитель))

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

(атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), алған күні, қолы)

(занимаемая должность, Ф.И.О. (при наличии), дата получения, подпись)

Қаулы (Постановление составлено в) _____ данада толтырылды (экземплярах).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
94-қосымша
Приложение 94 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. 94-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " _____ " _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) тоқтата тұру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий) № _____

" ____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) ____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

Өкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап шығу (рассмотрев представленные материалы и сведения): _____

қызметі тоқтатыла тұрған тұлға туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға (қажетінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность приостанавливается: индивидуального предпринимателя или юридического лица (нужное подчеркнуть))

жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) индивидуального предпринимателя)

мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні (№ и дата выдачи свидетельства государственной регистрации)

Туған күні (Дата рождения) _____

Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

_____ жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

_____ тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер (сведения о регистрации по месту жительства)

_____ Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы (Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо) _____

басшының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя, наименование, организационно-правовая форма)

_____ заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі (номер государственной регистрации в качестве юридического лица)

_____ Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері (Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты)

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды және (немесе) нәтижелерінің жүзеге асыру материалдары (бар болса) (материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии)) _____

_____ техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықталды (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") ПОСТАНОВИЛ:

(ПРИОСТАНОВИТЬ с) 20__ жылғы (года) " __ " _____ бастап, (до) 20__ жылғы (года) " __ " _____ ға дейін ТОҚТАТЫЛСЫН.

__ Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша тоқтатылатын қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) көрсету (указать вид приостанавливаемой деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельные ее виды (процессов, действия))

Осы қаулының орындалғаны үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на): _____

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар (Указания по устранению выявленных нарушений): _____

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

(представить к) " __ " _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (колма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры

оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес)) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс (Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в с ф е р е санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
94-1-қосымша
Нысан
А4 Форматы

Биологиялық қауіпсіздік саласында жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы
Постановление о применении меры оперативного реагирования в области биологической безопасности

Ескерту. Бұйрық 94-1-қосымшамен толықтырылды – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 09.09.2022 № ҚР ДСМ-96 (23.11.2022 бастап қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен; алып тасталды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 95-қосымша
 Приложение 95
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 095/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 095/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № ____ _____

Санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы ҚАУЛЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ о проведении санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий № _____

20____ жылғы (года) " __ " _____ (город) _____ қаласы
Мен, Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары)
Я, Главный государственный санитарный врач (заместитель) _____

_____ мына құжаттарды қарап, (рассмотрев документы) _____

_____ анықтадым (установил) _____

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасы негізінде (На основании подпункта на подпункт 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВЛЯЮ):

_____ мына іс-шаралар орындалсын: (выполнить следующие мероприятия)

Осы қаулыны орындау туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

_____ (к) 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ ұсынылсын.

Мөр орны (Басқарма басшысы/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйым басшысының орынбасары/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының басшысы

_____ тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы

Место печати (Руководитель управления/ Заместитель Руководителя государственной организации санитарно-эпидемиологической службы/ Руководитель государственной организации санитарно-эпидемиологической службы) (орынбасары (заместитель))

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), алған күні, қолы (занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), дата получения, подпись)

Нысан
А4 форматы

Бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсыным Рекомендация об устранении нарушений, выявленных по результатам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора

Ескерту. Бұйрық 95-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 20.04.2023 № 77 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

20__ жылғы " __ " _____ № _____
" __ " _____ 20__ года № _____

_____ (мемлекеттік органның атауы/наименование государственного органа)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы 4- тармағына сәйкес Сізді хабардар етеді (В соответствии с пунктом 4 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" уведомляет Вас)

_____ (бақылау және қадағалау субъектісінің атауы, жеке сәйкестендіру нөмірі/ бизнес-сәйкестендіру нөмірі/наименование, индивидуальный идентификационный номер/бизнес-идентификационный номер, субъекта (объекта) контроля и надзора)

Объектінің орналасқан жері (Местонахождение объекта): _____

_____ (индексі, облыс, қала, мекен-жайы/индекс, область, город, адрес)

бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша (по результатам профилактического контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора)

мынадай бұзушылық (бұзушылықтар) анықталды (установлено (установлены) следующее (следующие) нарушение (нарушения)):

--	--	--

p/c № п/п	Нормативтік құқықтық актілердің баптарына, тармақтарына, тармақшаларына сілтеме жасай отырып, бұзушылық сипатының сипаттамасы (Описание характера нарушения, со ссылкой на статьи, пункты и подпункты нормативных правовых актов, положения которых нарушены)	Бұзушылықтарды растайтын құжаттардың деректемелері мен атаулары (Реквизиты и наименования документов, подтверждающих нарушения)
--------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Бұзушылықтың әрбір фактісі жеке тармақпен белгіленеді және нормативтік құқықтық актінің ережелері бұзылған бабына, тармағына және тармақшасына сілтеме жасала отырып, бұзушылық сипаты көрсетіле отырып рет-реті тәртібімен нөмірленеді. Бұзушылық сипаттамасында бұзушылықты растайтын құжаттардың атауы мен деректемелеріне сілтеме беріледі/Каждый факт нарушения фиксируется отдельным пунктом и нумеруется в сквозном порядке с описанием характера нарушения со ссылкой на статьи, пункты и подпункты нормативных правовых актов, положения которых нарушены. В описании нарушения делается ссылка на реквизиты и наименования документов, подтверждающих нарушения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы 4-тармағына сәйкес ұсынамын (В соответствии с пунктом 4 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" рекомендую):

1) _____

— 2) _____

— ...

Бақылау және қадағалау субъектісі ұсыныммен келіскен жағдайда ұсынымды тапсырған (алған) күннен кейінгі күннен бастап отыз жұмыс күні ішінде көрсетілген бұзушылықтар жойылады және ұсынымда көрсетілген мерзім өткен күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні өткеннен кейін ұсынымды жіберген мемлекеттік органға орындау туралы ақпарат ұсынылады (В случае согласия с рекомендацией субъектом контроля и надзора в течение тридцати рабочих дней со дня, следующего за днем вручения (получения) рекомендации, устраняются указанные нарушения и по истечении 3 (трех) рабочих дней со дня истечения срока, указанного в рекомендации представляется информация об исполнении в государственный орган, направивший рекомендацию).

Бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай-ақ халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы осы ұсынымда көрсетілген анықталған бұзушылықтарды жою туралы ақпарат (растайтын

құжаттардың көшірмелерін қоса бере отырып) төмендегі тәсілдердің бірімен _____
_____:

1) электрондық мекенжайға: _____;

2) қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен:

3) электрондық тәсілмен "электрондық үкімет" веб-порталы арқылы ұсынылады (Информация об устранении выявленных нарушений (с приложением копий подтверждающих документов), указанных в настоящих рекомендациях об устранении нарушений, выявленных по результатам профилактического контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора представляется в _____ одним из следующих способов:

1) на электронный адрес: _____;

2) нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес:

3) электронным способом посредством веб-портала "электронного правительства").

Ұсынымда көрсетілген бұзушылықтармен келіспеген жағдайда бақылау субъектісі ұсынымды жіберген мемлекеттік органға ұсыным тапсырылған күннен кейінгі күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде қарсылық жіберуге құқылы. Қарсылыққа қарсылықтың дәлелдерін растайтын құжаттардың көшірмелері қоса беріледі (При несогласии с нарушениями, указанными в рекомендации, субъект контроля вправе направить в государственный орган, направивший рекомендацию, возражение в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня следующего за днем вручения рекомендации. К возражению прилагаются копии документов, подтверждающие доводы возражения).

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы-8-тармағына сәйкес бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылау барысында анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсынымды белгіленген мерзімде орындамау бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бару арқылы профилактикалық бақылау үшін бақылау және қадағалау субъектісін (объектісін) іріктеуге негіз болып табылады (В соответствии с пунктом 8 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" неисполнение в установленный срок рекомендации об устранении выявленных нарушений в ходе профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора является основанием для отбора субъекта (объекта) контроля и надзора для профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора путем включения в полугодовой список проведения профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органы аумақтық бөлімшесінің басшысы (басшысының орынбасары) (Руководитель (заместитель руководителя) территориального подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения) _____

— (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы/фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

Ұсыным берілді (Рекомендация вручена): _____

— (аумақтық мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органының лауазымды тұлғасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы, күні/ фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения подпись, дата)

Ұсынымды алды (Рекомендацию получил): _____

— (бақылау және қадағалау субъектісінің уәкілетті тұлғасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы, күні/фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя субъекта (объекта) контроля и надзора, подпись, дата)

Ұсыным жіберілді (Рекомендация отправлена): _____

— (жіберілгенін және (немесе) алынғанан растайтын құжат/ документ, подтверждающий факт отправки и (или) получения)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
96-косымша
Приложение 96 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма

Ескерту. 96-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" __ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№ _____ бұйрығымен бекітілген № 096/е нысанды медициналық құжаттама
		Медицинская документация Форма № 096/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер

№ _____

" _____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

Өкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Қазақстан Республикасы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач Республики Казахстан административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля)

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері, тиісті халықаралық ұйымдардан, Еуразиялық экономикалық одаққа мүше мемлекеттерден немесе үшінші елдерден мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау мен қадағалаудың бақылауындағы Еуразиялық экономикалық одақтың кедендік аумағына әкелінуіне және адам өмірі, денсаулығы және оның мекендеу ортасы үшін қауіпті өнімнің (тауарлардың) айналымына жол бермеу жөніндегі қолданылатын санитариялық шаралар туралы ақпарат және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы, информация от соответствующих международных организаций, государств – членов Евразийского экономического союза или третьих стран о применяемых санитарных мерах по недопущению ввоза на таможенную территорию Евразийского экономического союза и оборота опасной для жизни, здоровья человека и среды его обитания подконтрольной государственному санитарно-эпидемиологическому контролю и надзору продукции (товаров) и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____ бұзушылықтың (дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 15) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 5) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 15) пункта 1 статьи 38, подпункта 5) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВЛЯЮ):

Техникалық регламенттердің және (немесе) Еуразиялық экономикалық одақтың бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес емес) өнімді (тауарды) әкелуге тыйым салынсын (запретить ввоз продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)

өнімнің атауы, өндіруші, сыртқы экономикалық қызметтің тауар номенклатурасы коды, өзге де сәйкестендіру деректері (наименование продукции, производитель, код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности, иные идентификационные данные)

Сондай-ақ келесі іс-шараларды жүргізсін (а также осуществить следующие мероприятия): _____

Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица (лиц), проводившего государственный контроль и надзор): _____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о введении временных санитарных мер) _____

(қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес)) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о введении временных санитарных мер подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления.

Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері Главный государственный санитарный врач Республики Казахстан	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------

Қаулы ___ данада жасалды
Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
97-қосымша
Приложение 97 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. 97-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 097/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестер, әрекеттер) тыйым салу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің **ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ о применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия) № _____**

" _____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап (рассмотрев представленные материалы и сведения):

қызметіне тыйым салынған тұлға туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға (керегінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность запрещается: индивидуального предпринимателя или юридического лица (нужное подчеркнуть))

жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні № и дата выдачи свидетельства государственной регистрации

Туған күні (Дата рождения) _____

Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

_____ жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

_____ жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер (сведения о регистрации по месту жительства)

_____ (Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы) (Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо) _____

басшының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя, наименование, организационно-правовая форма)

(заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі) (номер государственной регистрации в качестве юридического лица)

(Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері) (Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты)

Мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля)_____

(техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Мыналарды анықтады (установил, что в ходе)_____

бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам)_____

бұзушылықтың анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан " О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВЛЯЮ):

ТҮЙІМ САЛЫНСЫН (ЗАПРЕТИТЬ): _____

тҮЙІМ салынған қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) көрсету (указать вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

Рұқсат беру құжаттарының немесе қызметтің басталғаны туралы хабарламаның болмауына байланысты талаптардың бұзылуына қатысты жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулының қолданылу мерзімі – рұқсат беру құжатын алғанға дейін немесе қызметтің басталғаны туралы хабарлама жіберілгенге дейін, талаптардың өзге де бұзылуына қатысты – мерзімсіз (қажеттісінің астын сызу керек) (Срок действия постановления о применении меры оперативного реагирования в отношении нарушений требований, связанных с отсутствием разрешительных документов или уведомления о начале деятельности, – до получения разрешительного документа или направления уведомления о начале деятельности, в отношении иных нарушений требований – бессрочно (нужное подчеркнуть)).

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____
_ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

_____ (представить к) " ____ " _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес))

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____ қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
97-1-қосымша
Приложение 97-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. Бұйрық 97-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 097-1/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 097-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімді (тауарды) алып қою және өткізуден кері қайтарып алу туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача **о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза**

№ _____

" ____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

Өкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____ керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

_____ жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету) (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38-бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (на основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан " О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВЛЯЮ):

1. Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін төменде көрсетілген өнімді (тауарды) сауда орындарынан дереу алып қою (Незамедлительно изъять с торговых мест нижеуказанную продукцию (товар), не соответствующую требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза);

2. Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін төменде көрсетілген өнімді (тауарды) қойма үй-жайларынан 3 күнтізбелік күнге дейінгі мерзімде алып қою (қойма үй-жайларында болған кезде) (В срок до 3 календарных дней изъять со складских помещений нижеуказанную продукцию (товар), не соответствующую требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза (при наличии в складских помещениях));

3. Контрагенттермен өткізілген (контрагенттермен өткізу кезінде) Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін төменде көрсетілген өнімді (тауарды) _____ күнтізбелік күнге дейінгі мерзімде кері қайтарып алу (В срок до _____ календарных дней отозвать нижеуказанную продукцию (товар), не соответствующую требованиям технических

регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза, реализованную контрагентам (при реализации контрагентам)).

№	Өнімнің атауы Наименование продукции	Өндіруші, өнім өндіретін ел Производитель, страна изготовления продукции	Партия нөмірі Номер партии
1	2	3	4

Растайтын материалдарды қоса бере отырып, өткізуден алып қойылған және кері қайтарылған өнімге (тауарға) қатысты жүргізілген іс-шаралар туралы ақпарат осы қаулыны алған сәттен бастап күнтізбелік ____ күн ішінде ұсынылсын (информацию о проведенных мероприятиях в отношении изъятой и отозванной с реализации продукции (товара) с приложением подтверждающих материалов представить в течение ____ календарных дней с момента получения настоящего постановления в) _____

_____ мемлекеттік органның атауы, мекенжайы, e-mail және басқа да байланыс деректері (наименование государственного органа, адрес, e-mail и другие контактные данные)

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

_____ бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес)) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен күні (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

_____ колы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
97-2-қосымша
Приложение 97-2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. Бұйрық 97-2-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "____" "____" № _____ бұйрығымен бекітілген № 097-2/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық	

қызметтің мемлекеттік органының
атауы
Наименование государственного
о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Медицинская документация
Форма № 097-2/у
Утверждена приказом Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию № _____

" ____ " ____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) ____

Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора) _____

Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель) _____

_____ (кажетінің астын сызу керек) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результаты государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

_____ (техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____
____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____
бұзушылықтың (лар) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2 тармағының 4 тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (на основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" ПОСТАНОВЛЯЮ):

Осы қаулыны алған күннен бастап, шұғыл түрде мына адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру (незамедлительно со дня получения настоящего постановления организовать направление следующих лиц на госпитализацию)

№	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия, имя, отчество) (при его наличии)	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	Диагнозы (Диагноз)	Жіберіледі (Направляется в)
1	2	3	4	5	6

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

_____ мемлекеттік органның атауы (наименование государственного органа)

(к) "___" _____ жылы (года) ұсынылсын.

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

_____ бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес))

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен күні (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

Лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және қолы (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в с ф е р е санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
98-қосымша
Приложение 98
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ___ " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____
--	-------------------------------------------------------

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 098/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 098/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__ _____

**Әкімшілік жаза қолдану туралы ҚАУЛЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ о наложении
административного взыскания №**

20 _____ ж. (г.) " _____ " _____

(қала/ ауыл (город/село) _____

Мемлекеттік органның атауы

Наименование государственного органа _____

Должностное лицо (руководитель территориального подразделения, заместитель)

Лауазымды адам (аумақтық бөлімшенің басшысы, орынбасары) _____

(керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Істі қарайтын күні және орны (дата и место рассмотрения дела) _____

Ісін қарауға байланысты тұлға туралы мәлімет: жеке тұлға, лауазымды тұлға, жеке кәсіпкер (сведения о лице, в отношении которого рассмотрено дело: физическое либо должностное лицо либо индивидуальный предприниматель) _____

(керектінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

Жеке кәсіпкердің мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және беру күні (№ и дата выдачи свидетельства государственной регистрации индивидуального предпринимателя): _____

Туған күні (дата рождения) _____

Мекен-жайы (место жительства)

Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность) _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

Мекен-жайы бойынша тіркеу туралы мәлімет (сведения о регистрации по месту жительства)

Жұмыс орны, атқаратын қызметі, ұйымның атауы (место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо) _____

Басшының тегі, аты, әкесінің аты, атауы (фамилия, имя, отчество руководителя, наименование, Ұйымдастыру-құқықтық үлгісі, орналасқан орны, (организационно-правовая форма, местонахождение), заңды тұлға ретіндегі мемлекеттік тіркеу нөмірі және күні (государственной регистрации в качестве юридического лица, номер и дата), бизнес-сәйкестендіру нөмірі және банктық деректемелер (бизнес-идентификационный номер и банковские реквизиты)

Қаралған іс бойынша өндіріс тілі (язык производства по рассматриваемому делу) _____

Істі қарау кезінде анықталған мән-жайлар/обстоятельства, установленные при рассмотрении дела

ӘҚБ туралы ҚРК бабы, әкімшілік құқық бұзушылық үшін көзделетін жауапкершілік, жасалған әкімшілік құқық бұзушылық, айыпталушының жеке басы, оның ішінде айыпталғанға дейінгі және кейінгі мінез-құлқы, мүліктік жағдайы, жауапкершілікті жеңілдететін және ауырлататын жағдай (статья ҚРК об АП, предусматривающая ответственность за административное правонарушение обстоятельства, установленные при рассмотрении дела, характер совершенного административного правонарушения, личность виновного, в том числе его поведение до и после совершения правонарушения, имущественное положение, обстоятельства смягчающие и отягчающие ответственность)

ҚР ӘҚБтК-нің баптарына сәйкес әкімшілік жауаптылықты жеңілдететін не ауырлататын мән-жайлар/обстоятельства смягчающие либо отягчающие административную ответственность

Жоғарыда көрсетілген негізде және ҚР ӘҚБ Кодексінің 701, 818, 822, 823, 66-баптарын, "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабын басшылыққа ала отырып (На основании вышеизложенного и руководствуясь статьями 701, 818, 822, 823, 66 ҚРК об АП РК статьей 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения")

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВЛЯЮ):

Әкімшілік жазаны ескерту немесе айыппұл ретінде салу (наложить административное взыскание в виде предупреждения или штраф) (_____) МРП_көлемде (в размере) керектінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть), жазу үлгісінде (прописью)

Айып пұл салу туралы шығарылған қаулыға органның (лауазымды тұлғаның) жазбаша үлгідегі кейінгі ескертпесімен ҚР ӘҚБ Кодексінің 888 бабында қарастырылған заңды күшке әкімшілік айып пұл салу туралы қаулы күшіне енген күннен бастап отыз күннен кешіктірілмей немесе мерзімі ұзартқан күннен бастап айып пұл төленуі керек. (Штраф должен быть уплачен не позднее тридцати дней со дня вступления постановления о наложении административного штрафа в законную силу либо со дня истечения срока отсрочки, предусмотренной статьей 888 КоАП РК, с последующим уведомлением в письменной форме органа (должностного лица), вынесшего постановление о наложении штрафа).

Егер ҚР ӘҚБ Кодексінің 744-748-баптарында көрсетілген тұлға істі қарауға қатыспаған жағдайда осы қаулыға шағым, наразылық қаулының көшірмесін алған күннен бастап он күннің ішінде берілуі мүмкін (Жалоба, протест на настоящее постановление могут быть поданы в течение десяти дней со дня вручения копии постановления, а в случае, если лица, указанные в статьях 744-748 КоАП РК, не участвовали в рассмотрении дела,- со дня ее получения).

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыға шағым сотқа жіберіледі, шағым, наразылық түскен күннен бастап үш күндік мерзімде міндетті іс бойынша қаулы шығарған органға (лауазымды тұлғаға), жоғары тұрған орган, сотқа (жоғарыда тұрған лауазымды тұлғаға) сәйкес келетін істің барлық материалдарын жіберу (Жалоба на постановление по делу об административном правонарушении направляется судье, в орган (должностному лицу), вынесший постановление по делу, которые обязаны в трехдневный срок со дня поступления жалобы, протеста направить их со всеми материалами дела в соответствующий суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу)).

Шағым берілуі, ал наразылық тікелей оларды қарауға өкілетті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғары тұрған лауазымды тұлғаға) енгізілген болуы мүмкін (Жалоба может быть подана, а протест внесен непосредственно в суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), уполномоченный их рассматривать).

ҚР ӘҚБ кодексінің 893-бабында көрсетілген айыппұлды мерзімінде төлемеген жағдайда ҚР ӘҚБ кодексінің 894-895-бабы негізінде материал жеке сот орындаушыларының өңірлік палатасына мәжбүрлі орындау үшін жіберілетін болады (В случае неуплаты штрафа в указанный статьей 893 КоАП РК срок, на основании статей 894 и 895 КоАП РК материал будет направлен в региональную палату частных судебных исполнителей для принудительного исполнения).

Лауазымды адам, аумақтық бөлімшенің басшысы(орынбасары)

(Должностное лицо, руководитель территориального подразделения, (заместитель))

:

(керегінің астын сызыңыз) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы, (нужное подчеркнуть) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил) _____

атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), алған күні, қолы, (занимаемая должность, Ф.И.О. (при наличии), дата получения, подпись)

Қаулыны аудару туралы белгі (Отметка о высылке постановления) _____

_____ (число, месяц, год, № квитанции)

Айыппұл төлеу деректемелері (Реквизиты оплаты штрафа):

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
98-1-қосымша
Нысан
А4 Форматы

Биологиялық қауіпсіздік саласында жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыларды тіркеу журналы Журнал регистрации постановлений о применении меры оперативного реагирования в области биологической безопасности

Ескерту. Бұйрық 98-1-қосымшамен толықтырылды – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 09.09.2022 № ҚР ДСМ-96 (23.11.2022 бастап қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен; алып тасталды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
99-қосымша
Приложение 99 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. 99-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен бекітілген № 099/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 099/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу жөніндегі Қазақстан Республикасы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімнің (атауы (Наименование продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических	Өнімнің атауы, өндіруші, сыртқы экономикалық қызметтің тауар номенклатурасының коды, өзге де сәйкестендіру деректері (Наименование продукции, производитель, код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности, и н ы е	Уақытша санитариялық шараны қолдану негізі (Основание применения временной санитарной меры	Қолданылу мәртебесі (
---	------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

		регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)	идентификационные данные)		Статус действия)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
100-қосымша
Приложение 100 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. 100-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 100/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 100/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестер, әрекеттер) тыйым салу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (Г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (Г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождения субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) немесе оның жекелеген түрлерінің (процестер, әрекеттер) өндірісі, өнімі (тауары), қызметтер көрсетуі, жұмыстарын орындауы бойынша тыйым салынатын қызметтің түрі (Вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия))	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулының қолданылу мәртебесі (Статус действия постановления о применении меры оперативного реагирования)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
101-қосымша
Приложение 101
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____	
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ _ бұйрығымен бекітілген №101/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 101/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық шараларды жүргізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о проведении санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Қаулы шығарылған күн	Қаулы шығаруға негіз болған құжаттардың атауы және НҚА-н нормалары	Аумақтың толық атауы	Қаулыны орындау мерзімі	Есепке алу- е с е п құжаттарын сақтау мерзімі
---------------	----------------------	--------------------------------------------------------------------	----------------------	-------------------------	-----------------------------------------------

Регистрационный номер	Дата вынесения постановления	Наименование документов и нормы НПА, на основании которых вынесено постановление	Полное наименование территории	Мекен жайы, орналасуы Адрес, место нахождения	Сроки исполнения постановления	Сроки хранения учетно-отчетной документации
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
101-1-қосымша

Нысан
А4 формат

Бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған ұсынымдарды тіркеу журналы Журнал регистрации рекомендаций об устранении нарушений, выявленных по результатам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора

Ескерту. Бұйрық 101-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 20.04.2023 № 77 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Ұсыным шығарылған күн (Дата вынесения рекомендации)	Бақылау субъектісінің (объектісінің) толық атауы (Полное наименование субъекта (объекта) контроля)	Мекен жайы, орналасуы (Адрес, место нахождения)	Қаулыны орындау мерзімі (Срок исполнения рекомендации)	Орындаулы туралы ақпарат (Информация об исполнении)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
102-қосымша

Приложение 102 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан

Ескерту. 102-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 102/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 102/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ _____

Адамдарды жұмыстан уақытша шеттетуге жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Шеттетуге жататын тұлға анықталған бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождения субъекта (	Уақытша шеттетілген адамдардың тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии)	Жұмыстан шеттетілген адамды жұмысқа жіберу күні (Дата допуска	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного

1	2	3	4	5	6	7
		надзора, в котором выявлено лицо, подлежащее отстранению)	объекта) контроля и надзора)	временно отстраненных лиц)	к работе лица, отстраненного от работы)	лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
103-қосымша
Приложение 103 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. 103-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 103/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 103/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, әрекеттер) тоқтата тұру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен номері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта объекта контроля и надзора)	Өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, әрекеттер) тоқтата тұру түрі (Вид приостанавливаемой деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий))	Қаулының қолданылу мерзімі (Срок действия постановления)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
103-1-қосымша
Приложение 103-1 к приказу

Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 №ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Ескерту. Бұйрық 103-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "____" "____" № _____ бұйрығымен бекітілген № 103-1/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 103-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года № _____

Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімді (тауарларды) өткізуден алып қою және кері қайтарып алу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу туралы ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза

Басталды (Начат) "____" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "____" _____ ж. (г.)

					Жедел ден қою шарасын
--	--	--	--	--	-----------------------

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Қаулыны колдану негіздері (Основания для применения постановления)	Алынатын () қайтарылатын () өнімнің тізбесі (Перечень изымаемой (отзываемой) продукции)	колдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)	Қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информация о выполнении постановления)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
103-2-қосымша
Приложение 103-2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. Бұйрық 103-2-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген

Республики Казахстан	№ 103-2/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 103-2/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Емдеуге жатқызуға жіберілетін адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) лица, направляемых на госпитализацию)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)	Қаулының орындалуы туралы (ақпарат) (Информации о выполнении постановления)	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
104-қосымша
Приложение 104
к приказу Министра
здравоохранения

ы й номер	Дата поступ ления, № обраще ния	субъект а , должно стного лица, откуда поступ ило обраще ние	Уникал ьный номер	наличи и), (наимен ование) , адрес заявите ля	ления (обраще ния (ПЭП, нарочн о , заказы м путем)	Кратко е содерж ание обраще ния	Обраще ние направ лено в террито риальн ые и структу рные подразд еления и в др. органы	наличи и), исполн ителя обраще ния	Исходя щий номер, дата отправл ения ответа заявите лю	Сроки исполн ения 20 дней	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
105-қосымша
Приложение 105
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 105/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 105/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Занды тұлғалардың өтініштерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации обращений
юридических лиц**

Басталуы (Начато) " ___ " _____ 20 ж.(г) Аяқталуы (Окончен) " ___ " _____ 20 ж.
(г.)

Парақтар саны (Количество листов): _____

Маман (Специалист): _____

Тіркеу нөмірі Регистрационн ы й номер	Өтініш тің келіп түскен күні, № Дата поступ ления, № обраще ния	Өтініш ті жіберге н субъект інің, лауазы мды тұлған ың атауы Наимен ование субъект а, должно стного лица, откуда поступ ило обраще ние	Бірегей нөмір Уникал ьный номер	Өтініш беруші нің аты - жөні (атауы), мекенж айы Ф.И.О. (при наличи и), (на наимен ование) , адрес заявите ля	Өтініш тің қысқаш а мазмұн ы Кратко е содерж ание обраще ния	Өтініш тің түсу тәсілі (ЭҮП, қолма-қ ол, тапсыр ы с жолым ен) способ поступ ления обраще ния (ПЭП, нарочн о, заказны м путем)	Өтініш аумақт ы қ органда рға және құрылы мдық бөлімш елерге, басқа органда рға жіберіл ген Обраще ние направ лено в террито риальн ые и структу рные подразд еления и в др. органы	Өтініш ті орында ушыны ң аты-жө ні Ф.И.О (при наличи и), исполн ителя обраще ния	Шығыс нөмірі, өтініш берушіг е жауапт ы жіберу күні Исходя щий номер, дата отправл ения ответа заявите лю	Орында лу мерзімі 20 күн Срок исполн ения 20 дней	Ескерту Примеч ание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
106-қосымша
Приложение 106
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ___ " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №_____ бұйрығымен бекітілген № 106/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 106/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізуді қарауды тоқтату туралы қаулыларды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации постановлений о прекращении рассмотрения производства по делу об административном правонарушении

№ п/п	Әкімшілік істің нөмірі (хаттама №), материал (кіріс. №, күні) Номер административного дела (№ протокола), материал (вх.№, дата)	Жасалған күні Дата заведения	Аты-жөні хаттама ны толтырған, Хаттама жасаған адамның лауазымы Ф.И.О. (при наличии), лица составившего протокол, Должность лица составив	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә. (болған жағдайда) мекенжайы) Сведения о физическом лице, юридическом лице, индивидуальном предпринимател	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә. (болған жағдайда) мекенжайы) Сведения о физическом лице, юридическом лице, индивидуальном предпринимател	Жұмыс түрі, лауазымы, жұмыс орны, телефоны Род занятий, должность, место работы, телефон	Жасалған орны, мекенжайы. Место совершения, адрес. Род занятий, должность, место работы, телефон	Іс жүргізуді болдырмайтын мән-жайлар Обстоятельства, исключающие производство	Қарауды тоқтату күні Дата прекращения рассмотрения	Басқа белгілер
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	----------------

			шего протокол	е (ИНН, БИН, Ф.И.О(при наличии), адрес)	е (ИНН, БИН, Ф.И.О (при наличии), адрес)					Прочие отметки
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
107-қосымша
Приложение 107
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген №107/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 107/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Шағымдар мен ұсыныстарды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации жалоб и предложений

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

п/п	Күні/Дата	Шағым/Жалоба	Ұсыныс/ Предложение	Аты-жөні, қолы/ Ф.И.О (при наличии), подпись
1	2	3	4	5

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
108-қосымша
Приложение 108
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 108/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 108/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Кәсіптік уланулар мен кәсіптік ауруларды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации профессиональных заболеваний и отравлений Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж.(г) Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Шұғыл хабарлама алынған күн Дата получения экстренного извещения	И И Н пострадавших их Зардап шеккендердің ЖСН	Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты, жасы Фамилия, имя, отчество, возраст пострадавшего	Улану орын алған объектінің атауы Наименование объекта, где произошло отравление	Цех, бөлімше, учаске Цех, отделение, участок	Кәсібі Профессия	Жұмыс өтілі Стаж работы
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

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

Кәсіби ауруды туғызған өндірістік зиянды факторлармен жанасуда болған жұмыс өтілі Стаж работы в контакте с вредными производственными факторами, вызвавшим и профессиональное заболевание	Уланған, ауырған күні Дата отравления, заболеваний	Улану себебі Причина отравления	Ауруханаға жатқызылу күні мен орны Дата и место госпитализации	Тексеру жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество, лица, проводившего обследование	Диагнозы диагноз	Диагноз қойылған күні Дата установленная диагноза	Ескерту Примечание
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
109-қосымша
Приложение 109
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " __ " ____ №__ бұйрығымен бекітілген №109/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а		Медицинская документация Форма № 109/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Тағамнан улануды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации пищевых отравлений

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Хабарлама / шұғыл хабарлама келіп түскен күн Дата поступления сообщения / экстренного сообщения	Елді мекеннің атауы Наименование населенного пункта	Тағамнан улану болған орын (асхана, мейрамхана, кафе, аурухан а, үйде) Место, где произошёл о пищевое отравление (столовая, ресторана, кафе, больница, на дому)	Зардап шеккендердің тегі, аты, әкесінің аты, туған жылы Фамилия, имя отчество пострадавших, год рождения	ИИН пострадавших Зардап шеккендердің ЖСН	Зардап шеккендер саны * Число пострадавших*	Аурухан аға жатқзылғанда р саны* Число госпитализированных *	Қайтыс бөлғандар саны * Число умерших	Улану тудырған тағам Продукт вызвавший отравление	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

оның ішіндегі 14 жасқа дейінгі балаларды жақшаның ішінде көрсетіңіз/
том числе детей до 14 лет указывать в скобке

№ 105/е нысанның артқы беті

Разворот формы № 105/у

Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования	Тағамнан улануды тудырған санитариялық және технологиялық кемшіліктер Санитарные и технологические	Тағамнан улану оқиғасы туралы хабарлама берілген күн Дата извещения	Тағамнан улануды тексерудің қорытынды материалдары жіберілген күн Дата направления окончате	Қабылданған, оның ішінде әкімшілік, тәртіптік ықпал ету және тағы басқа шаралар Принятые меры, в том
-----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

						нарушения, повлекшие возникновение пищевых отравлений	я о случае пищевого отравления	льных материалов расследования пищевого отравления	числе меры административного дисциплинарного воздействия и так далее
Науқастардың бөлінділерін Выделенный больных	Қанды Кровь	Шайындыларды Смывов	Мәйіттің материалдарын Трупных материал	Азық-түлікті Пищевых продукто	Шаятын суды Промывных вод				
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
110-қосымша
Приложение 110
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген №110/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 110/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Серологиялық зерттеулерге ортадан алынған үлгілерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации серологических исследований образцов из окружающей среды**

Басталуы (Начат) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " __ " _____ 20__ ж. (г.)

Реттік нөмірі номер по порядку	Зертхана лық нөмірі Регистра ционный номер	Күні Дата	Материал	РПГА					
				Туляреми яға/ Тулярим ия	Жалған туберкул езге Псевдоту беркулез	Пастерел лезге/ Пастерел лез	Листерии зға/ Листерии з	Иерсини озға/ Иерсини оз	Күйдіргі е / Сибирску ю язву
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

ИФА							Зерттеу аяқталған күні Зерттеу нәтижелері Результат ы исследова ний, зертханаш ы-дәрігерд ің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда).	Дата окончания исследова ния, Ф.И.О (при наличии), подпись врача- лаборанта
Қызба-лих орадка	Лептоспир озға/ Лептоспир оз	Кенезнцэф алиті/ Клкщевой энцефалит	КқГК/ ККГЛ	ГБСҚ/ ГЛПС	Боррелиоз дар/ Боррелиоз ы	Егеуқұйры қ сүзегі/ Крысиный тиф		
11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
111-қосымша
Приложение 111
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша код Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 111/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 111/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Спектрометриялық зерттеулерді тіркеу (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералды шикізат) ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации спектрометрических исследований (пищевые продукты, почва, древесное сырье, уголь, минеральное сырье)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистр ационн ы й номер	Журнал бойынша нөмірі Номер по журналу	Өлшеу жүргізі лген Күн Дата проведе ния измере ния	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлгінің салмағы (гр) Вес образца (гр)	Үлгіні өлшеу уақыты (сек) Время измерения образца (сек)		
1	2	3	4	5	6		
Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм ³ Активность радионуклидов, Бк/кг/л/дм ³							
Радий- 226	Торий- 232		Калий- 40	Цезий- 137	Стронций-90	Басқа гамма сәулеле нуші изотопт ар Другие гамма излуча ющие изотоп ы	Меншік ті тиімді белсенд ілігі Удельн ая эффект ивная активно сть
7	8		9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

		номер автокла ва	Наиме нован ие	Колич ество		Начал о	Конец	Давле ние	Темпе ратура	Биоло гическ ий	Терми чески й	Хими чески й	, про води вш е г о обез за ражив ание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
113-қосымша
Приложение 113
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 113/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 113/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Өлшеу құралдары мен сынақ жабдығына техникалық қызмет көрсетуді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации технического обслуживания средств измерений и испытательного
оборудования

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

	Өлшеу құралдарын ың атауы,						
--	----------------------------------	--	--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	түрі, зауыт нөмірі Наименование средств измерений, тип, Заводской номер	ӨЖ және С Ж жағдайы Состояние СИ и ИО	Орындалған жұмыс түрлері Виды выполненных работ	Инженердің Т.А.Ә Ф.И.О инженера	Қолы Подпись	Ескертулер Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
114-қосымша
Приложение 114
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген №114/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 114/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Медициналық иммундық-биологиялық препараттарды есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета медицинских иммунобиологических препаратов

Басталды (Начат) " " _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Препараттың атауы	Түскен мерзімі	Қайдан келді	Шығарушы елі	Алынған саны
---------------	-------------------	----------------	--------------	--------------	--------------

Регистрационный номер	Наименование препарата	Дата поступления	Откуда поступило	Страна производитель	Полученное количество
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ампуладағы (шишалардағы) дозалар саны Количество доз в ампуле (флаконе)	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Серия нөмірі Номер серии	Қаржыландыру көзі Источник финансирования	Кімге берілді Кому выдано	Берілген күні, жүк құжатының № Дата выдачи, № накладной
7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сенімхат №, күні № доверенности, дата	Берілген саны Выданное количество	Теңгерім Баланс		
		Кіріс Приход	Шығыс Расход	Қалдық Остаток
13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
115-қосымша
Приложение 115
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 115/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 115/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

**Су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу (ЖТЗ зертханасы) ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета
результатов исследования образцов воды (лаборатория ВТИ*)**Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.) Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж.
(г.)

Тіркелу нөмірі Регистрацио нный номер	Сынама қабылданған күн Дата поступлени я	Үлгі алынған орын Место отбора образца	Мекен-жай Адрес	Көрсеткішт ер атауы Наименован и е показателей	Анықталған концентрац ия Выявленная концентрац ия	Ш Р К нормасы Норма ПДК	НҚ зерттеу Н Д исследован ия
1	2	3	4	5	6	7	8

* ЖТЗ зертханасы- Жоғары технологиялық зерттеу зертханасы

* лаборатория ВТИ - лаборатория Высоко технологических исследований

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
116-қосымша
Приложение 116
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ____ _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 116/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 116/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Дозаторларды калибрлеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации калибровки дозаторов

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	Күні Дата	Атауы Наиме новани е	Барлығы бір арналы және көп арналы дозаторлар/ В с е одноканальные и многоканальны е дозаторы		Т.А.Ә.(болған жағдайда), тексерушінің қолы/Ф.И.О.(при наличии), Подпись проводящего							
			5 мкл (+/- 0,25 мкл) (+5,0%)	10 мкл (+/- 0,25 мкл) (+2,5%)	20 мкл (+/- 0,4 мкл) (+2,0%)	25 мкл (+ 0,5 мкл) (+2,0%)	50 мкл (+/- 1,0 мкл) (+2,0%)	100 мкл (+/- 1,5 мкл) (+/-1,5%)	200 мкл (+ 2,0 мкл) (+/-1,0%)	250 мкл (+ 2,5 мкл) (+/-1,0%)	300 мкл (+/- 5,0 мкл) (+/- 1,0%)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ескертулер Примечания	
500 мкл (+/- 5,0мкл) (+/-1,0%)	1000 мкл (+/- 10мкл) (+/-1,0%)
2000 мкл (+/- 20мкл) (+1,0%)	5000 мкл (+/- 50мкл) (+1,0%)
13	14
15	16
17	18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
117-қосымша
Приложение 117
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 117/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 117/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ___ 2021 года №___

_____ (заттың, өнімнің атауы) (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералды шикізат, ойыншықтар, жиһаз өнімдерінің, материалдар пайдаланылатын жүргізудегі және құрылыс кезінде автомобиль жолдарын жөндеу) радиобелсенділікті зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации исследования радиоактивности _____

_____ (наименование продукции, вещества) (пищевой продукции, почвы, древесного сырья, угля, минерального сырья, игрушек, мебельной продукции, материалов используемых при строительстве и проведении ремонта автомобильных дорог)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Региональный номер	Өлшеу жүргізілген күні Дата проведения измерения	Үлгінің атауы, жеткізушінің атауы, өндірушісі Наименование образца, поставщика, изготовителя	Үлгінің салмағы (көлемі) Вес (объем) образца	Үлгіні өлшеу уақыты (мин/сек) Время измерения образца (мин/сек)	Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм ³ Активность радионуклидов, Бк/кг/л/дм ³						Өлшеу жүргізген, Т.А. Ә (болған жағдайда), меншікті тиімді белсенділігі Меншікті тиімді белсенділігі (Удельная эффективная активность)	
					Радий- 226 (Ra-226)	Торий- 232 (Th-232)	Калий- 40 (K-40)	Цезий-137 (Cs-137)	Стронций-90 (Sr-90)	Басқа гамма сәулеленуші изотоптар Другие гамма излучающие изотопы		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

№	Үлестік тиімді белсенділік Cs-137(Бк/кг) Удельная эффективная активность Cs-137(Бк/кг)	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділік т і н деңгейіCs-137 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Cs-137 (Бк/кг)	Үлестік тиімді белсенділікSr- 90(Бк/кг) Удельная эффективная активность Sr- 90 (Бк/кг)	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейі Sr- 90 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Sr- 90 (Бк/кг)	Зерттеу әдістемесінің НК-ры (НД на метод исследования/испытаний)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
118-қосымша
Приложение 118
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 118/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 118/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Халық тұтынатын тауарларды (парфюмерлік-косметикалық өнімдерді, ойыншықтарды, жеке бас гигиенасы құралдарын, балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді) _____ зерттеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ _____

_____ регистрации исследования товаров народного потребления (парфюмерно-косметической продукции, игрушек, средств личной гигиены, продукции предназначенной для детей и подростков)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Сынама алу күні Дата отбора образца	Сынама түскен күні Дата поступления	Хаттаманың құрылған күні Дата составления протокола	Сынама алынған орын, мекен-жайы және ұйымның атауы Место отбора, адрес и наименование организации	Сынама нның атауы Наименование образца	Көрсеткіштер Показатели	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Өнімнің Н Қ бойынша нормасы Норма по НД на продукт	Анықталу әдісінің НҚ НД на метод определения	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О(при наличии) , подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
119-қосымша
Приложение 119
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №____ _ бұйрығымен бекітілген №119/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 119/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №____

**Тағам өнімдеріндегі микробты транслугтаминазаны анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации исследования по определению микробной
транслугтаминазы в продуктах питания Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г
) Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)**

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Өнімнің атауы Наименов ание продукта	Зерттеу нәтижесі Результат исследова ния	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, колы
		Іріктелген Отбора	Зертханаға қабылданғ ан Поступлен ия в лаборатор ию	Зерттеудің басталуы Начало исследова ния				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
120-қосымша
Приложение 120
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года №____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_____ №__ бұйрығымен бекітілген № 120/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 120/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №__

**Тағам өнімдеріндегі құрғақ сүттің массалық үлесін анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации исследования по определению массовой концентрации
сухого молока в продуктах питания**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Өнімнің атауы Наименов ание продукта	Зерттеу нәтижесі Результат исследова ния	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, колы
		Алынған Отбора	Зертханаға қабылданғ ан Поступлен ия в лаборатор ию	Зерттеудің басталуы Начало исследова ния				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
121-қосымша
Приложение 121
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ №__ бұйрығымен

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Бекітілген № 121/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 121/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Таразыларды калибрлеуді тіркеу журналы Журнал регистрации калибровки весов

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Күні Дата	Таразы түрі Вид весов	Тазарту Очистка	Гиря калибрі, салмағы, гр. В е с калибр, гирей,г	Таразы көрсеткіш тері Показания весов с калибр, гирей,г	Таразы көрсеткіш терінің ауытқуы Отклонени я показания весов,г	Т.А.Ә (при наличии), Қолы Ф.И.О (при наличии), подпись	Ескерту Примечан ия
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
122-қосымша
Приложение 122
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 122/е нысанды медициналық құжаттама
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Медицинская документация Форма № 122/у Утверждена
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы	

Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____
----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

Дистилденген судың сапасын бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации
контроля качества дистиллированной воды

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Үлгінің алынған күні мен уақыты Дата и время отбора пробы	Зертханаға әкелінген уақыты мен күні Дата и время поступлени я в лаборатори ю	Зерттеу ү ш і н зертханаға жіберілген уақыты мен күні Дата и время отправки в лаборатори ю для исследован ия.	Судың зертханада зерттелген уақыты мен күні Дата и время исследован ия воды в лаборатори и	Судың зерттелген нәтижесі Результат исследован ия воды	Зерттеуді жүргізген Т.А.Ә (_____ болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), подпись проводивше г о исследован ия	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
123-қосымша
Приложение 123
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 123/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 123/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Қоршаған орта параметрлерін бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации
контроля параметров окружающей среды

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Бөлме № № комнаты	Ауа Т көрсеткіштері показатели Т воздуха		Ауа Т көрсеткіште рінің айырмасы Разность показаний температур ы воздуха	Салыстырм алылғалдық относительн а я влажность %	Қолы Подпись
			Құрғақ сухого	Ылғалды влажного			
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
124-қосымша
Приложение 124
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года №___
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 124/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 124/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Бу және ауа стерилизаторларын, құрғақ ыстық ауалы шкафтарды (автоклавтарды) және дезинфекциялау камераларын бақылау ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ контроля паровых и воздушных стерилизаторов, сухожаровых шкафов (автоклавоов) и дезинфекционных камер

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Дата Күні	№	Үлгі іріктелген орын, объект, место отбора пробы	Камера және автоклав аты Наименование камер и автоклавов	Тесттер Тесты	Дни выдерживания в термостате 37 С 37С термостатта ұстау күндері								
					Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Микроскопия		Сәйкестендіруге арналған тесттер/Тесты для идентификации								Нәтиже/ Результат		Қолы/ Подпись	
		Каталаза	лецитиназа		плазмакоагуляция	маннит		глицерин					
14		15	16		17	18		19		20		21	

Пайдалынатын қысқартулар

өж – өсу жоқ

+к – кокки

спор.таяқшасы – споралық таяқшалар

үлб..өсу – үлбірлі өсу

теріс –теріс

"+" - оң

"-" - теріс

т.р.ұсталды – температуралық режим ұсталды

т.р. ұсталған жоқ – температуралық режим ұсталған жоқ

Используемые сокращения

рн - роста нет

+к – кокки

спор.пал – споровые палочки

плен.рост – пленчатый рост

отр. – отрицательно

"+" - положительный

"-" - отрицательный

т.р.выдержан – температурный режим выдержан

т.р. не выдержан – температурный режим не выдержан

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 125-қосымша
 Приложение 125
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 125/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 125/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

рН метрді калибрлеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации калибровки рН метра

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Күні Дата	№1 калибрлеу ерітінді	№2 калибрлеу ерітінді	Тексеру ерітіндісі Проверочный раствор	Калибровка ны жүргізген ТАӘ, қолы Ф И О и подпись	Ескерту Примечания
--------------------------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	-----------------------

		Калибровочный раствор № 1 (рН 4,01)	Калибровочный раствор № 2 (рН 9,18)	(рН 6,86±/0,03)	проводившего калибровку	
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
126-қосымша
Приложение 126
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 126/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма 126/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Термостаттың температурасын бақылау ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛДІ контроль температуры термостата

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Күні Дата	Термостат температурасы Температура термостата		Маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии) специалиста	Қолы Подпись	Ескерту Примечание
		Жұмыс алдында Перед работой 9.00	Жұмыс соңында В конце работы 16.00			

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
127-қосымша
Приложение 127
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 127/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 127/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Центрифуганың қосылуын және стерилденуін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации
подключения и стерилизации центрифуги**

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Центрифуган ың қосылған күні Д а т а подключения центрифуги	Материалдың атауы Наименовани е материала	Центрифуган ы стерилдеуге арналған ерітіндінің атауы Название раствора для стерилизации центрифуги	Центрифугам ен жұмыс істеген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), специалиста работавшего с центрифугой	Қолы Подпись	Ескертпе Примечание
--------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	------------------------

					сухожаров ого шкафа	и я сухожаров ого шкафа	ше го стерилиза цию	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
129-қосымша
Приложение 129
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген № 129/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 129/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Зертханааралық салыстырмалы сынақтарды және сапаны сыртқы бағалау бойынша
сынаманы тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации проб по межлабораторных
сличительных испытаний и внешней оценки качества**

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Күні Дата	Сынама атауы Наименовани е пробы	Зерттеу түрі В и д исследования	Қайдан жіберілді Откуда прислан	Қ а й д а жіберілді К у д а направлен	Нәтижесі Результат
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 130-қосымша
 Приложение 130
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 130/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 130/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Зертханадағы аварияны тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации аварии в лаборатории

Басталуы (Начат) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 _____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Авария болған күні, сағаты Дата и время аварии	Аварияны анықтаған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы Ф.И.О (при наличии), должность специалиста обнаруживше го аварию	Болған авария түрі Вид аварии	Қолданған шаралар Принятые меры	Зертхана меңгерушісіні ң қолы Подпись заведующего лабораторией	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
131-қосымша
Приложение 131
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген № 131/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 131/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Емшек сүтін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации
микробиологических исследований грудного молока**

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Күні, уақыты Дата, время		Үлгіні жіберген ұйым Т. А. Ә () болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии)	Жасы Воз раст	Тұрғылықт ы мекенжайы Адрес проживания	Диагноз, тексеріп карау еселігі Диагноз, кратность обследован ия
	Үлгілер алу Отбора проб	Зертханаға келіп түскен Поступлени я в лаборатори ю				
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

	Ішек таяқшалар тобына зерттеу Исследование на бактерий группы кишечных палочек					

Микробтардың жалпы өсу саны (МЖС) Общее микробное число (ОМЧ)	себу көлемі засеваем ы й объем	кесслер ортасында өсуі рост на среде кесслера	Эндо ортасын да өсуі рост на среде Эндо	микроскопия	Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации	
					Оксидаза	Глюкоза
8	9	10	11	12	13	14
Стафилококка зерттеу: Исследование на стафилококк:						
Тікелей себу Прямой посев		Қоректік ортасына қайта себу Высев со среды обогащения		Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации		
себу көлемі засеваем ы й объем	Қасиетке тән колониялардың саны Количество характерных колоний	Себу көлемі засеваемый объем	тығыз ортада өсуі рост на плотных средах	лецитиназа	микроскопия	
15	16	17	18	19	20	

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Стафилококка зерттеу: Исследование на стафилококк:		Зерттеу нәтижесі/ Результат исследования				
Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации		МАША _н МС/ КМАФА _н М	БГКП	Стафилококка Стафилококк	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты әкесінің аты қолы. Дата оканчания исследования Фамилия,имия, очество подпись лица проводив шего исследование	
Анаэробты жағдайлардағы мальтоза Мальтоза в анаэробных условиях	термотұрақты нуклеаза Термостабильная нуклеаза					
21	22	23	24	25	26	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
132-қосымша
Приложение 132
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № ___ бұйрығымен бекітілген № 132/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 132/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № ___

**Парфюмерлік-косметикалық өнімдерді микробиологиялық зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации микробиологических исследований парфюмерно-косметической
продукции**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу номері Регистрац.но мер	Күні, уақытты Дата, время			Ү л г і іріктелген орын,объект Объект, место отбора образца	Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследования
		Алынған. Отбора	Зертханаға кабылданған Поступление лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования		
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Общее колочество Микроорганизмов (Мезофильно-аэробны, факультативно-анаэробных), КОЕ						Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, жылы, зерттеу Жүргізген адамның Т.А.Ж қолы.
Себу көлемі	Өскен колониялар саны	Candida alibicans	E.coli	Staphylococcus aureus	Pseudomonas aeruginosa	Результат исследования, д а т а окончания

Әжеліну күні Дата доставки	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Әжеліну уақыты Время доставки	Зерттеу басталған уақыт Время начала исследования	Өнімнің атауы, алыну орны, материалды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор материала	Тест-система	мөлшерін анықтау нәтижесі Результат исследования на определение остаточного количества гормонов	Күні, қолы дата, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
134-қосымша
Приложение 134
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген №134/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 134/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №

**Жеке бас гигиенасы құралдарын микробиологиялық зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических исследований средств личной гигиены**

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

--	--	--	--	--

Күні Дата	Тіркеу номері Регистрацион ный номер	Күні, уақытты Дата, время			Ү л г і іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследования
		Алынған Отбора	Зертханаға қабылданған Поступление в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования		
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Общее количества микроорганизмов (мезофильно-аэробно фкультативно-анаэробных) КОЕ						Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, жылы, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (
Себу көлемі Засеваемый объем	Өскен колониялар саны Кол-тво выросших колоний	Enterobacteria сеаев 10г	Staphlococcus aureus в 10г	Pseudomonasa eruginosa в 10г	Плесневые и дрожжевые грибы КОЕ/г (не более)	болған жағдайда) колы. Результат исследования, д а т а окончания исследования, Ф.И.О. (при наличии) Подпись лица , проводившего исследования.
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
135-қосымша
Приложение 135
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		Отбора	қабылд аған	Посту пление в лабора торию			Засева емый объем	Колич ество вырос ших колони й	(1см2 , 1см3) игруш ек	1см3) игруш ек	1см3) игруш ек	исслед ования , Ф.И.О (при наличи и), подпис ь лица, провод ившего исслед ования

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
136-қосымша
Приложение 136
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №136/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 136/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Ойыншықтарды микробиологиялық зерттеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ микробиологического
исследования игрушек**

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ____ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследования
		Іріктелген Отбора	Зертханаға қабылдаған	Зертханаға қабылдаған Поступление в лабораторию		
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Общее количества микроорганизмов (мезофильно-аэробн о факультативно-анаэ робных)	Дрожжи, дрожжеподобные, Плесневые грибы, 1г. (1см ² , 1см ³) игрушек		Тұқымда с бактерия лар 1см, 1 см неробакт ерия 1г.- да. (1см ² , 1см ³) ойыншық Бактерии семейств а 1см, 1 см неробакт ерии В 1г . (1см ² , 1см ³) игрушек	Патогенді стафилакокктар 1г-да, (1см ² , 1см ³) / Патогенные стафилококки в 1г.. (1см ² , 1см ³) игрушек		Жалғанм она с аэрогеноз 1г.-да (1см ² , 1см ³) ойыншық / Псевдом она с аэрогеноз а в 1г. (1см ² , 1см ³) игрушек	Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, жылы, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ө (болған жағдайда , . қолы Результат исследов ания, дата окончани я исследов ания, Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводив шего
Себу көлемі Засеваем ый объем	Өскен колониялар саны Кол-во выросших колоний		Себу көлемі Засеваем ый объем	Өскен колониялар саны Количество выросших колоний			
8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
137-қосымша
Приложение 137
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №137/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного ор г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 137/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Антибактериалды препараттарға сезімталдықты анықтау (сыртқы ортадан алынған өсірінді)
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ определения чувствительности к антибактериальным препаратам (
культур выделенных из внешней среды)**

Күні Дата	Тіркеу нөмері Регист рацио нный номер	Өсірін ділерд і н атауы Наиме нован и е культу ры	Бөліну көзі Источ ник выдел ения	Бөліну орны Место выдел ения	Жібер ген мекем енің атауы Наиме нован и е напра вивше г о	Антиб иотик тер атауы/ наиме нован и е антиб иотик ов														Зертте у жүргіз ген адамн ы н Т.А.Ә (болға н жағда йда), лауаз ымы және қолы Ф.И.О (при налич ии), должн ость и
						Нәтиж есі- Сезімт ал (S)/ Сезімт алдығ ы төмен (I) (Төзім ді ® / Резуль тат –														

					учреждения	Чувствительный (S) / Умеренно резистентный (I) / Резистентный (R)							подпись лица проводившего исследования
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасы
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
138-қосымша
Приложение 138
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 138/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Қанды ішсүзегінің, А және В паратифтің қоздырғышын анықтау бойынша
микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации**

микробиологических исследований крови на выявление возбудителя брюшного тифа, паратифа А и В

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	ТАӘ, мекен жайы, жұмыс орны ФИО, адрес, место работы	Қанды акелген адамның ТАӘ, луазым ы қолы ФИО, должнос ть и подпись лица достави вщего кровь	Зерттеу мақсаты Цель исследо вания	Темпера туралық тәртібі Темпера турный режим	Себулер Высевы				
						I	II	III	IV	V
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Микроскопия	Сәйкестендіру тесттері Т е с т ы идентификации	Нәтиже Результат	Талдау аяқталған күн Дата окончания анализа	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), ФИО (при наличии), подпись лица проводившего исследование
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
139-қосымша
Приложение 139
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен Бекітілген № 139/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 139/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

**Висцеральды және тері лейшманиозына зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (Г.)

Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	Зертте лушіні ң Т.А.Ә (болған жағдай да), Ф.И.О (при наличи и) обслед уемого	Туған жылы Год рожде ния	Мекен – жайы Адрес прожи вания	Тексер уге жіберг е н мекеме Учреж дение направ ившее на обслед ование	Үлгіні тексер уге қабылд ау күні , айы, жылы Дата приема образц а на исслед ование	Диагно зы, ауырға н күні, айы, жылы Диагно з, дата заболе вания	Зертте удің әдісі Метод исслед ования	Зерттеу нәтижелері Результат исследования		Нәтиж елер берілге н күн, ай, жыл Дата выдачи результ атов	Зертте у жүргіз ген адамн ың тегі , аты, әкесіні ң аты (болған жағдай да), , қолы Фамил ия, имя , отчест во (при наличи и), , подпис ь , провод ившего исслед ование	Ескерт у Приме чание
								Көрсет кіш Показа тель Көрсет кіш Показа тель	Көрсет кіш Показа тель Басқал ар (көрсеті ңіз) Прочи е (указат ь)			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
140-қосымша
Приложение 140
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 140/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 140/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Металды, металдан және метал қалдықтарынан жасалған бұйымдарды зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации исследований металла, изделий из металла и
металлолома**

Басталуы (Начат) " " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20____ ж. (г.)

№ п/п № р/н	Күні Дата	Тапсырыс беруші/ Заказчик	Зерттеу, өлшеу мақсаты /Цель исследования, замеров	Өлшеудің жалпы саны/ Общее кол-во замеров	Гамма-сәулелену/ Гамма-излучение значени е	Бета-сәулелену/ Бета-излучение значени е	Альфа сәулелену Альфа-излучение значени е	Орындаушының Т.А.Ә (болған жағдайда)/ Ф.И.О (при наличии) , исполнителя	Хаттаманы беру күні/ Дата выдачи протокола	Ескертпе/ Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
141-қосымша
Приложение 141
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 141/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 141/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Арнайы сұйықтықтар мен мұнайдан жасалған өнімдердің сынамаларын зерттеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации и выдача результатов исследования образцов переработки
нефтепродуктов и специальных жидкостей.**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Реттік нөмірі порядковый номер	Сынаманы іріктеу күні Дата отбора проб	Зерттеу жүргізілген күн Дата проведения исследования	Үлгі алынған орын, ұйымның атауы, оның ведомстволық иелігі Место отбора, наименование организации	Бұйымның атауы Наименование образца
1	2	3	4	5
Зерттеу нәтижелері Результаты исследования		Зерттеу қандай НҚ-қа сәйкес жүргізілді		Зерттеу жүргізілген тұлғаның аты жөні және қолы
Көрсеткіш атауы	Анықталған концентрация	Нормативтік көрсеткіш		

Наименование показателя	Обнаруженная концентрация	Нормативные показатели	НД в соответствии с которой проводилось исследование	Подпись лица, проводившего исследование
6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
142-қосымша
Приложение 142
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ _ бұйрығымен бекітілген №142/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма №142/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Рентгенологиялық (сәулелі диагностика және терапия) кабинеттерде жүргізілген
дозиметриялық бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации дозиметрического
контроля в рентгенологических кабинетах (лучевой диагностики и терапии)**

Басталуы (Начат) " " _____ 20____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20____ ж. (г.)

	ЕПМ атауы, кабинет саны/ аппарат саны/ жұмыс	Өлшеу жүргізі	Рентген - қондыр ғы, зауытт	Рентген сәулеле		Өлшем нен асқан	Өлшеу жүргізг ен, Т.А.Ә(болған
--	----------------------------------------------------------------	------------------	-----------------------------------------	--------------------	--	-----------------------	---------------------------------------------

Тіркеу Нөмірі	Бақылау жүргізілген күні Дата контроль	орны саны Наименование ЛПУ, кол-во кабинетов / аппаратов/рабочих мест	Место проведения замера	ық нөмірі Рентген - установка, заводской номер	нудің өлшем саны Количество замеров рентгеновского излучения	Өлшем диапазоны Диапазон измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	өлшемдер саны Количество замеров превышением	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Хаттаманың нөмірі Номер протокола	жағдай (да), қолы Ф.И.О (при наличии) проводившего замер, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
143-қосымша
Приложение 143
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ _ бұйрығымен бекітілген №143/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органасанитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма №143/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Экспресс-зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации и
выдачи результатов экспресс- исследований

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
 2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Зерттеу күні мен уақыты. Дата и время исследования	Объектінің атауы, орналасқан жері Наименование, м е с т о нахождение объекта	Үлгі атауы Наименование образца	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Жүргізген адамның лауызымы, Т.А.Ә (болған жағдайда) және колы Ф.И.О (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 144-қосымша
 Приложение 144
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года
 № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №144/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 144/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

**Сынақ жүргізуге жарамсыз сынамаларды (үлгілерді) тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации образцов (проб) не пригодных к испытанию (бракеражный)**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Сынама атауы Наименование образца	Сынаманы жеткізген Т.А.Ә (болған жағдайда), /жіберген мекеме атауы Наименование организации (при наличии), подпись доставший пробу	Бракераж себебі (материал сапасы, жеткізу ережелері н бұзу және т. б. Сәйкессіздіктерді атау) Причина бракеража (Перечислить нарушения, по качеству материала, правилам доставки и т.д)	Зерттелушінің ТАӘ, сынама, ошақ, мекенжайы ФИО больного, материал, очаг, адрес	Қабылданған шаралар Принятые меры	Бракеражға жауапты, Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии) ответственный за бракераж	Ескертпе Примечание

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
145-қосымша
Приложение 145
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	министрінің 2021 жылғы " ____" №____ бұйрығымен бекітілген №145/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемио логиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологи ческой службы	Медицинская документация Форма № 145/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №____

Сәйкессіздіктерді және түзету мен алдын алу іс-қимылдарын жүргізу жөніндегі іс-шараларды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации несоответствий и мероприятий по проведению корректирующих и предупреждающих действий

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Толтырылған күні Дата заполнения	Анықталған сәйкессіздіктер Обнаруженное несоответствие	Сәйкессіздіктердің орындалған уақыты мен жері Место и время возникновения несоответствия	Сәйкессіздіктің себебі Причина несоответствия	Түзету іс-қимылы Корректирующие действия	Алдын алу іс-қимылы Предупреждающие действия	Өткізу мерзімі Сроки проведения	Жауапты жүргізуші Ответственный за проведение	Орындалуы туралы белгі Отметка о выполнении	Қабылданған іс-қимылдарды талдау және бағалау Анализ и оценка принятых действий
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
146-қосымша
Приложение 146
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 146/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 146/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

**Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылауға және қадағалауға жататын
эпидемиялық маңызы жоғары объектілердің тізбесін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации перечня высокой эпидемически значимых объектов, подлежащих
государственному санитарно-эпидемиологическому контролю и надзору**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Облыс

(Область) _____

Елді мекен (Населенный пункт) _____

Аудан

(Район) _____

Қала

(Город) _____

Санитариялық қадағалау саласы/ (Раздел санитарного
надзора) _____

	Шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (заңды тұлғаны мемлекеттік тіркеу туралы				Нормативтік-құқықтық құжаттар (объектінің және/немесе СҚА орнату бойынша жобалық				
--	---------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау объектісінің толық атауы Полное наименование объекта санитарно-эпидемиологического надзора	куәлік Ж К тіркеу куәлігі, ЖИН/ БИН), субъектінің тіркелген мерзімі Полное наименование хозяйствующего субъекта (свидетельство о государственной регистрации и юридического лица, свидетельство о регистрации ИП, ИИН/ БИН), дата регистрации субъекта	Мекен-жайы, телефон нөмірі Адрес, номер телефона	Барлық жұмыс істейтіндер/ оның ішінде әйелдер Всего работающих/ из них женщин	Оның ішінде зиянды жұмыс жағдайында жұмыс істейтіндер/ оның ішінде әйелдер Из них занятых во вредных условиях/ из них женщин	құжаттамасының санитариялық-эпидемиологиялық қорытындысы) Правоустанавливающие документы на объект (санитарно-эпидемиологическое заключение на объект и/или на проектное документацию по установлению СЗЗ, договор купли-продажи, договор аренды и другое)	Қызмет түрі Вид деятельности	Пайдалануға енгізу Ввод в эксплуатацию	Ескертпе примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
147-қосымша
Приложение 147
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

	Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №147/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 147/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Бактерицидтік сәулелендіргіштің жұмыс істеген уақытын есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета отработанного времени бактерицидных облучателей

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Бөлімше (Сәулелендір кабинет) а та уы Название Отделения (	Сәулелендір гішті орнату күні Дата установки облучателя	Қ о с у уақыты Время включения	Өшіру уақыты Время выключения	Жұмыс істеген уақыты Количество отработанно го времени	Жауапты адамның колы Подпись ответственн о го персонала	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
148-қосымша
Приложение 148
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	№__ бұйрығымен бекітілген № 148/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 148/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Тоңазытқыш жабдығының, тоңазытқыш және мұздатқыш бөлмелердің немесе камералардың температуралық режимін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ учета температурного режима холодильного оборудования, холодильных и морозильных комнат или камер

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Күні Дата	Термометр көрсеткіштері Показания термометра		Жауапты адамның қолы Подпись ответственного работника	Ескертпе (электр энергиясының өшірілгені туралы, еріту, тоңазытқыш жабдығының ақаулары) Примечание (отметки об отключении электроэнергии, размораживании , неисправности холодильного оборудования)
		Таңертен утром	Кешке вечером		
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
149-қосымша
Приложение 149
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 149/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 149/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Тазалау жүргізуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации проведения уборки

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Күні Дата	Үй-жайдың атауы Название помещения	Жүргізу уақыты Ч а с ы проведения	Дез.құралда рдың уақыт экспозицияс ы Время экспозиции дез.средств	Кварцтау уақыты Время кварцевания	Жауапты Ответствен ный за проведение	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
150-қосымша
Приложение 150
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №150/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 150/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Медициналық қалдықтарды күнделікті есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ ежедневного учета медицинских отходов

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Кесте

Таблица

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Күні дата	"А" сыныбы* (м3) класс "А"*(м3)		"Б" сыныбы \класс "Б"			
		Пайда болды образовано	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Биологиялық/ анатомиялық қалдықтар (кг) Биологические/ анатомические отходы (кг)		Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа (ұйымдарға берілді) Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигающими методами			1	2				3	4
1	2	3	4	5	6	7	8
"Б" класс класс "Б"							
Өткір, үшкір қалдықтар (кг) Острые, колющие отходы (кг)				Өзге де (кг) Прочие (кг)			
Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратқан) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарат)		Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарат)	

Пайда болды образ овано	Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен не сжигающими методами	у) үшін басқа ұйым дарға беріл ді	Пайда болды образ овано	Өртеу арқылы сжиганием	у) үшін басқа ұйым дарға беріл ді	
			Перед ано сторо нним орган изаци ям на обезв режив ание (утили зацию)			Перед ано сторо нним орган изаци ям на обезв режив ание (утили зацию)	
9	10	11	12	13	14	15	16

*"А" сыныбы қалдықтарының пайда болу көлемі тоқсан сайын, жарты жылдықтың және жылдың қорытындысы бойынша, ТҚҚ қалдықтарын әкетуге арналған жүкқұжатына сәйкес толтырылады

* показатели объемов образования отходов класса "А" заполняются ежеквартально, по итогам полугодия и года, согласно накладным на вывоз отходов ТБО

Кестенің жалғасы

продолжение таблицы

"В" сыныбы класс "В"								
Биологиялық/ анатомиялық қалдықтар (кг)			Өткір, үшкір қалдықтар (кг)			Өзге де (кг)		
Биологические/ анатомические отходы (кг)			Острые, колющие отходы (кг)			Прочие (кг)		
Пайда болды образ овано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандыр ды (кәдеге жаратты)	Залалс ызданд ыру (кәдеге жарату) үшін	Пайда болды образ овано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандыр ды (кәдеге жаратты)	Залалс ызданд ыру (кәдеге жарату) үшін	Пайда болды образ овано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандыр ды (кәдеге жаратты)	Залалс ызданд ыру (кәдеге жарату) үшін
	Өртеу арқылы	Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		басқа ұйымда рға берілді	Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		басқа ұйымда рға берілді	Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения	басқа ұйымда рға берілді
	Өртеу арқылы	Өртемеу әдістері мен		Өртеу арқылы	Өртемеу әдістері мен		Өртеу арқылы	Өртемеу әдістері мен
		организ ациям		организ ациям			организ ациям	

	сжиган ием	н е сжигаю щими метода ми	н а обезвре живани е (утилиза цию)		сжиган ием	н е сжигаю щими метода ми	н а обезвре живани е (утилиза цию)		сжиган ием	н е сжигаю щими метода ми	н а обезвре живани е (утилиза цию)
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

**Кестенің жалғасы
продолжение таблицы**

"Г" сыныбы класс "Г"											
Құрамында сынап бар заттар (дана) Ртутьсодержащие предметы (шт)		Сұйық (л), қатты (кг) дәрілік заттар Лекарственные средства жидкие (л), твердые (кг)				Өзге де (кг) Прочие (кг)		"Д" сыныбы (кг) Класс "Д" (кг)			
Пайда болды образова но	Залалсыз дандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдар ға берілді Передано сторонни кам на обезвреж ивание (утилизац ию)	Пайда болды образова но	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (үшін утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыз дандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдар ға берілді Передано сторонни кам на обезвреж ивание (утилизац ию)	Пайда болды образова но	Залалсыз дандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдар ға берілді Передано сторонни кам на обезвреж ивание (утилизац ию)	Пайда болды образова но	Залалсыз дандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдар ға берілді Передано сторонни кам на обезвреж ивание (утилизац ию)		
			Өртеу арқылы сжигание м	Өртемеу әдістерім ен н е сжигаю щ и м и методами							
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38		

Ескертпе.

Күн сайын есепке алу нысаны электронды түрде xls (Microsoft Excel) форматында толтырылады.

Примечание.

Форма ежедневного учета заполняется в электронном виде, в формате xls (Microsoft Excel).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
151-қосымша
Приложение 151
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ _ бұйрығымен бекітілген №151/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 151/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Өнім берушілерді және олар жеткізетін өнімді есепке алу, бағалау ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
учета, оценки поставщиков и поставляемой ими продукции**

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	Толтыр ылған күні Дата заполне ния	Өнім берушінің атауы Наимен ование поставщ ика	Сатып алынаты н өнімнің атауы Наимен ование закупае мой продукц ии	Өтінім № және күні № и дата заявки	Бағасы, теңге Цена, тенге	Өнім берушім е н жұмыс істеу кезінде жақсарт у серпіні Динами ка на улучшен ие при работе поставщ иком	Кепілдік Гаранти и	Сапасы Качеств о	Жеткізу дің сенімділі гі Надежн ость поставо к	Таңдау нәтижес і Результ а т выбора
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
152-қосымша
Приложение 152
к приказу Министра

здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 152/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 152/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__

Иондаушы сәулелену көздерін пайдаланатын шаруашылық жүргізуші субъектілерді және радиобелсенді заттардың қозғалысын есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета хозяйствующих субъектов, использующих источники ионизирующего излучения и движения радиоактивных веществ

1. Объектілер тізімі/Список объектов

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Шаруашылық жүргізуші субъектінің атауы Наименование хозяйствующего субъекта	Объектінің мекен-жайы Адрес объекта	Министрлік ведомство) Министерство ведомство)	Радиациялық қауіпсіздікке жауапты адамның тегі, аты, әкесінің (аты және телефоны Фамилия, имя, (отчество контактный телефон ответственного за радиационную безопасность
1	2	3	4	5

2. Жұмыс парақтары әр объектіге ашылады

Рабочие листы заводятся на каждый объект

	Алғашқы белсенділі,	Төлқұжат ы	Контейнер дің нөмірі (радиои		Қызмет е т у	Қайда берілгені немесе	
--	------------------------	---------------	------------------------------------	--	-----------------	------------------------------	--

Тіркеу номері Регистрац ионный номер	Изотопты ң атауы Наименов ание изотопа	өлшеу мерзімі (Кюри, /а) Начальная активност ь, дата измерения	бойынша көздің номері Номер источника п о паспорту	зотоптық аспаптар үшін) Номер контейнер а (для радиои зотопных приборов)	Түскен күні Дата поступлен ия	мерзімі(қай жылға дейін) Срок службы (до какого года)	көмілгені туралы белгі Отметка о передаче или захоронен ии	Ескертпе Примечан ие
6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
153-қосымша
Приложение 153
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 153/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного ор г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 153/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Жеке дозиметрия нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации результатов индивидуальной дозиметрии

Басталды (Начато) " _____ " _____ 20__ ж (Г)

Аяқталды (Окончено) " _____ " _____ 20__ ж (Г)

	Шаруашы лық							
--	----------------	--	--	--	--	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, айы, жылы Дата	субъектісінің, ұйымның атауы Наименование хозяйствующего субъекта, организации	"А" тобы персоналының Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии), персонала группы "А"	Дозиметрдің (кас- сетаны) нөмірі (Номер дозиметра (кассеты))	Құралдың көрсеткіш тері Показания прибора	Қайта есептеу коэффициенті Коэффициент пересчета	Мөлшер, мЗв Доза, мЗв	Дозиметрдің Қолы Подпись дозиметриста
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
154-қосымша
Приложение 154
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 154/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 154/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

ПТР* әдісімен ГТО* бар болуына шикізат және тағам өнімдерінің үлгілерін тіркеу және олардың нәтижелерін беру ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации образцов и выдачи результатов исследования сырья и пищевых продуктов на содержание ГМО*методом ПЦР*

Басталды (Начат) " " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдалнылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні дата			Үлгі атауы, саны, көлемі, алынған орын Наименование образца, количество, объем, место отбора	Зерттеу әдісі Метод исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования		Зерттеу аяқталған күн, жүргізген адамның лауызымы, Т.А.Ә (болған жағдайда), және колы Дата окончания исследования, должность, Ф.И.О (при наличии), и подпись лица, проводившего исследование	Нәтиже берілген күні Дата выдачи результата
	Алынған үлгі Отбора образцов	Зертханаға келіп түсуі Поступления в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начала исследования			Сапалық көрсеткіш Качественный показатель	Сандық көрсеткіш Количественный показатель		
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11

*ГТО - генетикалық түрлендірілген объектілер

*ГМО - генетически модифицированных объектов

* ПТР - полимеразды-тізбекті реакция

* ПЦР - полимеразно-цепной реакций

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
155-қосымша
Приложение 155
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 155/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 155/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ____ 2021 года № ____

Есекқұрттар имаголарының маусымдық санының серпінін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
учета сезонной динамики численности имаго москитов _____
_____ облысы (области), (в районе) _____
ауданындағы елді мекеннің атуы (наименование населенного пункта) _____
_____ 20 ж. (г.)

Есепте у тәсілі (_____ үй-жай лардағ ы жабыс қа қ бетте, іннің алдына қойылғ а н құйғы тәрізді ұстағы шта) Спосо б учета (в помещ ениях н а липкий лист,	Он күн сайын* және орташа айлық (бұдан әрі ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность												
	Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь				
	1	2	3	см	1	2	3	см	1	2			см

воронк образ ной ловуш кой из нор)												3	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Он күн сайын* және орташа айлық (бұдан әрі ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность												Орташа маусымдық көрсеткіш Средне сезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

*Әрбір он күндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: бөліндісінде үнсіз масаның барлық саны, бөлгішінде 1 жабысқақ параққа немесе 1 қақпанға

*Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего москитов, в знаменателе – на 1 липкий лист или на 1 ловушку.

Примечание: учет проводится по типам помещений (жилые, хозяйственные, скотные), в открытой природе

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
156-қосымша
Приложение 156
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі	Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2021 жылғы "___" мамырдағы

Министерство национальной экономики Республики Казахстан	№__ бұйрығымен бекітілген № 156/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 156/у Утверждена приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от " " мая 2021 года №__

Аумақтардағы барлаушының тексеріп қараулар нәтижелері бойынша кене энцефалитін тасымалдаушы иксодты кенелердің санын есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета численности иксодовых клещей-переносчиков клещевого энцефалита по результатам рекогносцировочных обследований на территориях _____ облысы (области) _____ ауданы (района)

Ауданның, ландшафты-климатты аймақтың атауы, маршруттың нөмірі Наименование района, ландшафтно-климатической зоны, номер маршрута	Тексеріп қарау күні Дата Обследования	Тексеру көлемі, км Объем обследования в км	Зерттелген аумақтың өсімдік жамылғысына жиналған кенелер Собрано клещей с растительного покрова обследованной территории	Оның ішінде түрлік тиістілігі бойынша В том числе, по видовой принадлежности	Қаралған ірі қара мал Осмотрено крупного рогатого скота	Оның ішінде кене басқан мал (ІҚМ және ҰМ) В том числе заклещеванного скота (КРС и МРС)
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Жиналған кенелер Собрано клещей	Оның ішінде түрлік тиістілігі бойынша В том числе, по видовой принадлежности	Барлық жиналған кенелер Всего собрано клещей	Оның ішінде түрлік тиістілігі бойынша В том числе, по видовой принадлежности	Зертханаға зерттеуге жіберілген кенелер Направлено клещей на исследование в лабораторию	Зерттеу нәтижелері Результаты исследований	
			Патогендік агенттер бөлінді Выделены патогенные агенты		Оң партиялардың пайызы Процент положительных партий	
8	9	10	11	12	13	14

Елді мекеннің атауы, объект Наименование населенного пункта, объект	Үй-жайдың түрі Тип помещения	Есепке алу күні Дата учета	Есепке алу тәсілі, үлгілердің саны, есеп бірлігі Способ учета, количество образцов, единица учета	Ауланған жәндіктер саны Количество выловленных насекомых	Орта көрсеткіш Средний показатель	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7

* Ескертпе: безгек масаларына, синантропты шыбындар мен шыбын-шіркейлерге жеке жүргізіледі

Примечание: вести отдельно для малярийных комаров, синантропных мух и москитов

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
159-қосымша
Приложение 159
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №159/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 159/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Анофелес дәрнәсілдері санының маусымдық серпінін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации сезонной динамики численности личинок Анофелес**

Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта) _____

Масаның түрі (Вид комара) _____

есептеу әдісі (метод учета) _____

күні (дата) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Сукой ма Водое м	Он күн сайынғы* және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность											
	Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
	1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Он күн сайынғы* және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность												Маусы мдық орташа көрсет кіш Средне сезонн ы й показа тель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

* Әрбір онкүндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: бөлінгішінде – барлық құрттар, бөлгішінде – бір сынамаға келетін саны; Бір м2 су бетіне келетін санды қайта есептеу зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды жинақтау барысында жүргізу керек.

*Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м2 водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
160-қосымша
Приложение 160
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № _____ бұйрығымен бекітілген №160/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 160/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Қансорғыш буынаяқтылардың түрлік құрамын зерделеу нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации результатов изучения видового состава кровососущих
членистоногих (в) _____ ауданында (районе), _____ облысында (области)

Елді мекеннің атауы Наименование населенного пункта	Буынаяқтылар түрінің атауы мен олардың даму фазалары Наименование вида членистоногого и фазы его развития	Түрі мен айы бойынша жиналған түрлерінің саны Численность собранных экземпляров по видам и месяцам						Барлық жиналғаны Всего собрано	
		IV	V	VI	VII	VIII	IX	Абсолюттік санмен В абсолютных числах	Ортақ саннан алынған пайызбен В процентах от общего числа
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
161-қосымша
Приложение 161
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ____ № _____ бұйрығымен бекітілген №161/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 161/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ____ 2021 года № _____

Жәндіктер мен кенелердің шағуымен (шабуылымен) жүгінгендерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации обратившихся с укусами (нападением) клещей Басталуы (Начат) ____
 _____ 20 ж. (г.) Аяқталды (Окончен) _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	ЕПІМ-де кене шағу жағдайының тіркелген күні Д а т а регистрации случая укуса клеща в ЛПУ	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя , отчество (при наличии),	Туған күні Д а т а рождения	Ауылдық округтің, елді мекеннің, учаскенің атауы Наименовани е сельского округа, населенного пункта, участка	Ү й мекен-жайы Домашний адрес	Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы Место работы, учебы, наименование детской организации
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Кенелердің шабуыл жасау аумағы, орны (ашық аумақта, мал үй-жайында, жайылымда, аула аумағында)) Территория, место нападения клещей	денеде кенені табу және оны алу күні д а т а обнаружения	кенені зертханаға жеткізу және кенені зерттеу күні доставка клеща в лабораторию и	Тексеру нәтижесі Результат Обследования	кенелердің түрлері, жынысы Видовая и половая	Орындаушының колы, тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество,
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

(на открытой территории, скотное помещение, пастбище, на территории двора)	клеща на теле и его снятия	д а т а исследования клеща		принадлежность клещей	должность исполнителя
8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
162-қосымша
Приложение 162
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " __ " _____ № __ бұйрығымен бекітілген № 162/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 162/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

**Тағам өнімдерінің үлгісін тіркеу және нәтижелерін беру (ЖТЗ зертханасы*) ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых продуктов (лаборатория ВТИ*)**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

						Зерттелетін көрсеткіш					Зерттеу жүргізілген
--	--	--	--	--	--	-----------------------	--	--	--	--	---------------------

Тіркеу нөмірі Регистрационн ы й номер	Сынама алу күні Дата отбора образца	Сынама ның түскен күні Дата поступления	Хаттам аның құрылған күні Дата составления протокола	Сынама алынған орын, мекен-жайы және ұйымның атауы Место отбора, адрес и наименование организации	Сынама ның атауы Наименование образца	іштерді, оның ішінде сезім мүшеле р і арқылы сезіну көрсеткіштерін ің тізімі Органо лептиче ские показат ели	Физика лық-химиялық көрсеткіштер Физико-химические показатели	Анықталған концепция Обнаруженная концепция	Өнімнің НҚ бойынша нормасы Норма по НД продукт	Анықтау әдісінің НҚ НД на метод определения	адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдай да) Ф.И.О (при наличии), , , подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13

* ЖТЗ зертханасы- жоғары технологиялық зерттеу зертханасы

* лаборатория ВТИ - лаборатория Высоко технологической исследований

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
163-қосымша
Приложение 163
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 163/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 163/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

Рецепт бойынша По рецепту	Ең аз рұқсат етілген Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Теориялық Теоретически	Ең аз рұқсат етілген Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Белоктар Белки	Майлар Жиры	Көмірсулар Углеводы	Құнарлығы Калорийность	С витамині С	ижеле рі Рез ультатты	адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии) провадивше го исследование
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
164-қосымша
Приложение 164
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №_ бұйрығымен бекітілген № 164/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 164/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__

Жерүсті су объектілері суларының және сарқынды сулардың су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета результатов исследования образцов воды поверхностных водных объектов и сточных вод

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " _____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертхан алық нөмірі Лабораторный номер	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	Үлгі алынған оры н және мекен-ж а й Место отбора пробы и адрес	Температурасы оС Температура оС			Иісі Запах		Түстілігі , градусп е н Цветнос ть в градусах	Түсі (сипаттау) Цвет (описать)
				Ауаның Воздуха	Судың Воды	Қарқын дылығы баллмен Интенсивность в баллах	Сипаты (сипаттау) Характер (описать)	Араласт ы ру кезіндегі жоғалу шегі Порог исчезно вения при разведении		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Түсіні н жоғалу шегі (араластырған да) Порог исчезновения цвета (при разведении)	Лай, тұнба (сипаттау) Муть, осадок (описать)	Лайлы лығы Мутность мг/ дм3	Мөлді рлігі, с м Прозра чность в см	Қалқы п жүрген қоспал а р Плаваю щие примеси	Өлшен ген заттар мг/дмі Взвеш енные вещества	РН	Ерітілг е н оттегі мг/дмі Растворенны й кислор од мг/ дм3	БПК – 5 мг 0,2/ дм3	БПК – 20 мг 0,2/ дм3	Тотығу шылығ ы мг 0,2/дмі Окисл яемость мг 0,2/ дм3	ХПК мг 0,2/ дм3	Сілтілі г і мг-экв Щелоч ность мг-экв
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
165-қосымша
Приложение 165
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	Еркін Свободн ый	Связанн ый								
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сульфаттар мг/л	Темір мг/л	Мыс мг/дл	Мырыш мг/л	Молибден мг/л	Күшәлә Мышьяк мг/л	Қорғасын мг/л	Свинец	Фторидтер, мг/л	Қалдық алюминий мг/л	Полиакрилами д мг/л	Полифосфаттар мг/л	Марганец мг/л
Сульфаты	Железо	Медь	Цинк					Фториды	Остаточный алюминий		полифосфаты	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сурьма	Бен(а) пирен бромат	Цианид мг/дмІ	Калий, мг/л	Борий мг/л	Кальций, м	Магний, м	Сілтілік Щелочность	АПАВ	Гидрокарбонаттар	Мұнай өнімдері
									Гидрокарбонаты	Продукты нефти
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Жергілікті жағдайларға тән арнайы заттар, мг/дмІ						
Специфические вещества, характерные для местных условий						
Сынап мг/л	Кадмий мг/л	Бериллий (Ве 2+) мг/л	Бор (В) мг/л	Селен (Se) мг/л	Никель (Ni) мг/л	Стронций мг/л
Ртуть						
44	45	46	47	48	49	50

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Осы өңірге тән көрсеткіштер						Үлгілерге жүргізілген зерттеулер саны	Нәтиже берілген күн
Показатели характерные для данного региона							
1, 2 дихлорэтан мг/л	Эпихлоргидрин мг/л	Тетрахлорэтилен и трихлорэтилен, мг/л	Тригалометаны общее содержание, мг/л	Винилхлорид, мг/л	Акрпилами д мкг/л	Количество исследований, проведенных в образце	Дата выдачи результатов исследований
51	52	53	54	55	56	57	58

Ескертпе (Примечание):

1) үлгіге зертеудің барлық түрлері тіркелетін біртұтас зертханалық тіркеу нөмір беріледі (образцу придается единый лабораторный номер, под которым регистрируются все виды исследования);

2) су құбырларының су бөлетін желісінен, орталықтандырылған немесе орталықтандырылмаған сумен қамтамасыз ету көздерінің ауыз суын зерттеу көлемі көп болғанда жеке журналдар жүргізуге рұқсат етіледі (при большом объеме исследований питьевой воды из разводящей сети водопроводов, источников централизованного и децентрализованного водоснабжения допускается ведение самостоятельных журналов

Жер үсті су объектілерінің сынамаларына үлкен көлемді зерттеу жүргізгенде жеке журнал жүргізуге рұқсат етіледі. При большом объеме исследований образца воды поверхностных водных объектов допускается ведение самостоятельного журнала.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
166-қосымша
Приложение 166
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 166/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 166/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Топырақ үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов и результатов исследования почвы

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы(Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

--	--	--	--

Үлгіні тіркеу нөмірі Регистрационный номер образца	Күні Дата		Үлгі алынған орын, мекен-жайы Место отбора образца, адрес	Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемых показателей							
	Үлгі алынған Отбора образца	Зертханаға жеткізу Доставки в лабораторию		Ылғалдылығы Влажность %	Жалпы азот % Общий азот %						
1	2	3	4	5	6						
Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемых показателей											
азот мг/кг			Органикалық көміртек органический углерод	Хлоридтер мг/кг Хлориды	Фторидтер мг/кг Фториды	Күшәла мг/кг Мышьяк	Қо рға сы н, (мг /кг) Св ине ц (мг /кг)				
Нитрит тер Нитрит ы	Нитрат тар Нитрат ы	Аммон ийлі Аммон ийный									
7	8	9	10	11	12	13	14				
Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемых показателей							Зерттеу жүргізг ен адамны ңқолы, Т.А.Ә () Ес болған жағдай ту да) Пр им еца ни е и), подпис ь лица, провод ившего исследо вание				
Сы нап мг/ кг Рту ть	Мұнай өнімдер імг/кг Нефте- продук ты	Синтетикалық үстіңгі белсенді заттар (СБАЗ)мг/кг Синтетические поверхностно-активн ые вещества (СПАВ)	Осы өңірге тән көрсеткіштер Показатели характерные для данного региона								
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Ескертпе (Примечание): негізгі ингредиенттердің тізбесі өңірдің ерекшелігіне сәйкес анықталады

(перечень основных ингредиентов определяется в соответствии со спецификой региона)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 167-қосымша
 Приложение 167
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 167/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 167/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Елді мекендердің атмосфералық ауа үлгілерін іріктеуді және зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ
 ЖУРНАЛІ регистрации отбора и исследования образца атмосферного воздуха населенных
 мест**

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Үлгі алынған күн	Үлгі алынған уақыт	Елді-ме кеннің атауы	Метеорологиялық жағдайлар Метеорологические условия				Ластан у көзі және ластану көзінен және үлгі алу орны арасын дағы қашықт ық	Анықта латын заттар
				Атмосф ералық қысым	Ауаның температурасы Температура воздуха		Жел Ветер			Салыст ырмалы

Регистр ационн ы й номер	Дата отбора	Время отбора	Наименование населен ного пункта	Атмосферное давлен ие	Курғак Сухого	Ылғалд ы Влажно го	Ылғалд ылығы Относи тельная влажно сть	Бағыты Направ ление	Жылда мдығы Скорос ть	Источн и к загрязн ения и рассто яние от источн ика загрязн ения и место отбора	Опреде ляемые вещест ва
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Анықтал ған бір реттік ең жоғары концент рация мг/ м3 Обнаруж енная максимал ьно-разов ая концент рация мг/ м3	Шекті рұқсат етілген концент рация (ШРК), Ең жоғарғы бір реттік мг/м3 Предельн о - допустим ая концент рация (ПДК), максимал ьно - разовая мг/м3	Анықтал ған орташа тәуліктік концент рация мг/ м3 Обнаруж енная средне-су точная концент рация мг/ м3	Орташа тәуліктік ШРК мг/ м3 П Д К средне-су точная мг /м3	Іріктеу уақыты (сағ.,мин) Время отбора (час,мин)		Аспирац и я жылдамд ығы, л/ минутпен Скорость аспираци и, в л/ мин	Зерттеу жүргізуге негіз болған норматив тік құжатта ма Нормати вная документ ация, согласно которой проводил ось исследование	Зерттеу нәтижел е р і берілген күн Дата выдачи результа т о в исследов аний	зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы Ф.И.О. (при наличии), подпись проводив шего исследование
				Басталуы Начало	Аяқталу ы Конец				
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Ескертпе: Ауа үлгісіне реттік бірегей зертханалық (тіркеу) нөмір беріледі, сорғыштар мен сүзгілер ауа үлгісін зерттеу хаттамаларында осы нөмір арқылы тіркеледі.

Примечание: Образцу воздуха придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются поглотители и фильтры в протоколах исследования образца воздуха.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
168-қосымша
Приложение 168

к приказы Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 168/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 168/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауасы үлгісін және оны зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации образца и выдачи результатов исследования воздуха закрытых помещений и рабочей зоны

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Нөмірле Номера		Алу күні Дата отбора	Тексерілетін нысан атауы Наименование обследуемого объекта	Метеорологиялық жағдайлар Метеорологические условия			Салыстырмалы ылғалдылық Относительная влажность
	Сорғыштардың, сүзгілердің Поглотителей, фильтров	Эскиз бойынша алу нүктелерінің Точек отбора по эскизу			Атмосфералық қысымы Атмосферное давление	Ауаның температурасы Температура воздуха		
1	2	3	4	5	6	7 Құрғақ Сухого	8 Ылғалды Влажного	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ара қашықтық м, см Расстояние в м, см	Үлгі алу уақыты Время отбора образца	Аспирация жылдамдығы

Еденнен От пола	Ластану көзінен От источника загрязнения	Басталуы Начало	Аяқталуы Окончание	Скорость аспирации л/мин
10	11	12	13	14
Анықталатын көрсеткіштің, зат ингредиентінің атауы, мг/м3 Наименование определяемого показателя, ингредиента вещества в мг/м3	Зерттеу нәтижелері мг/м3 Результаты исследования в мг/м3 Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	ШРК, ЗҚДА және басқалар ПДК, ОБУВ и другие	Зерттеу әдістемесі Методика исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись проводившего исследование
15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
169-қосымша
Приложение 169
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 169/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 169/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Дезинфекциялайтын заттардың үлгілерін және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации образцов и выдачи результатов исследований
дезинфицирующих средств**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Күні және уақыты Дата и время		Үлгілердің атауы	Үлгіні алған орын Место отбора образца	Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследования	Н Қ сәйкестігінің үлгіні зерттеу Исследования образца на соответствие НД
	Үлгі алынған Отбора образца	Зертханаға кабылдау Поступления в лабораторию	Үлгілердің концентрация сы Саны, көлемі Наименовани е образца Концентрация образца Количество, объем			
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Бақылау штамдарының атауы Наименовани е контрольных штаммов	Зерттеудің жүргізу барысы Ход исследования				Зерттеу нәтижесі Результаты исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы , Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О(при наличии), подпись лица, проводившего исследование
	Препараттың концентрация сы Концентрация препарата	Бақылау штамдары Контрольные штаммы	Экспозицияс ы Экспозиция	Нәтижесі Результаты		
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
170-қосымша
Приложение 170
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

	Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 170/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 170/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Токсикологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации токсикологических исследований

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Тіреу нөмірі Регистрационны й номер	Заттың атауы, оның құрамы, үлгінің алынған орны Наименование вещества, его состав, место отбора	Зерттелінетін мөлшер (концентрация) Исследуемая доза (концентрация)	Жануарлардың сипаттамасы Характеристика животных				Зерттеудің басталуы Начало исследования	Зерттеу барысы Ход исследования	Зерттеудің аяқталуы Окончание исследования	Зерттеу жүргізілген адамның қолы Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О(при наличии) , подпись проводившего исследование
			Түрі Вид	Салмағы Вес	Топтық белгі Групповая метка	Жеке белгі Индивидуальная метка				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
171-қосымша
Приложение 171
к приказу Министра
здравоохранения

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 171/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 171/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Полимерлік және басқа материалдар, олардан жасалған бұйымдар, химиялық заттар мен композициялар үлгілерін зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации исследования образца полимерных и других материалов, изделий из них, химических веществ и композиций

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

Үлгіге токсикологиялық зерттеулерді тіркейтін реттік бірыңғай зертханалық (тіркеу) нөмірі беріледі

(Образцу придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются токсикологические исследования).

Тіркеун өмірі Регистрационны й номер	Күні Дата		Үлгі алынған орын, ұйымның атауы, оның ведомстволық иелігі Место отбора, наименование	Бұйымның атауы Наименование изделия	Зерттеу қандай НҚ-қа сәйкес жүргізілді НД в соответствии с которой проводи	Зерттеу нәтижелері				
	Талдаудың басталуы	Талдаудың аяқталуы				Результаты исследования		Зерттеу жүргізген адамның аты және қолы	Нәтижелерді алған адамның аты және қолы	
						Көрсеткіш атауы Наименование	Анықталған концентрация Обнаруженная	Рауалы Рұңсат ететнің концентрация Допустимая	Зерттеу жүргізген адамның аты және қолы Подпись лица, проводящего	Нәтижелерді алған адамның аты және қолы Подпись лица, получившего

Тіркеу нөмірі Регистр ацион ный номер	Үлгіні атауы Наиме новани е образц а	Үлгі алынға н күн Дата отбора образц а	Талдау жүргізі лген күн Дата провед ения анализ а	Үлгі алынға н орын , аудан Место отбора образц а , район ы	Үлгіні салмағ ы мен көлемі Вес и объем образц а	Зертте летін пестиц идтер Исслед уемы пестиц иды	Минер алды тыңайт қышта рдың көрсет кіштер і Показа тели минера льных удобре ний	Талдау лар саны Колич ество анализ ов	Анықт алған пестиц идтер, мг/кг Минер алды тыңайт қышта рдың көрсет кіштер і Обнар уженн о е содерж ание показа телей пестиц идов и минера льных удобре ний	ШРК мг/кг, МРЕД, мг/кг ПДК мг/кг, МДУ мг/кг	НҚ НД	Зертте у жүргіз ген адамн ың қолы тегі, аты, әкесіні н аты (болған жағдай да) Фамилия, имя , отчество (при наличии и), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
173-қосымша
Приложение 173
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 173/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 173/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

**Жарықтандыруды өлшеуді және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации измерений и выдачи результатов исследований освещенности**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регист рацио нный номер	Өлшеу күні Д а т а измерений	Объектінің атауы Наименовани е объекта	Өлше уге арналғ а н құрал дар Прибо р ы для измер ения	Табиғи жарықтандыруды өлшеу нәтижелері Результаты измерений естественной освещенности					
				Жоғары жарықтану кезінде. При верхнем освещении	Норма бойынша рұқсат етілген. Допустимая по нормам	ТЖК өлшен ген. КЕО измерен ное	Бүйірінен жарық түсіру кезінде. При боковом освещении	Норма бойын ша рұқсат етілге н. Допус тимая по норма м	Сыртк ы жарық . Наруж ная освещ еннос ть	ТЖК оргаш а мәні. КЕО средне е значен ие
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Жасанды жарықтандыруды өлшеу нәтижелері Результаты измерения искусственной освещенности			Біріккен жарықтандыру кезіндегі При совмещенном освещении	Нормалар бойынша рұқсат етілген Допустимая по нормы		Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), подпись лица проводившего исследование			
Люкстердегі жарықтандыр у, лк Освещенност ь в люксах	Нормалар бойынша рұқсат етілген , лк Допустимая по нормам, лк	Люкстердегі жарықтандыру, лк Освещенность в люксах							
11	12	13	14	15					

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
174-қосымша
Приложение 174
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 174/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 174/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Шуды, дыбыс оқшаулануын, инфрадыбысты, ультрадыбыстарды және дірілді өлшеуді
тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации измерений шума, звукоизоляций, инфразвука,
ультразвука и вибрации**

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

Тірк е у немі рі	Күні айы, жылы Реги стра цион ный номе р	Шаруашылық жүргізікші субъектінің, ұйымның атауы Наименование хозяйствующего субъекта, организации	Цех, бөлім , үй-жай Цех, отделение, помещени е	Өлшеулер саны Количество замеров					Рауа лы шегі		
				Шу (Шум)	Дыбыс оқшаулану ы (Звукоизол яция)		Инфрадыб ы с (Инфразвук Ультразвук)				
	Дата, месяц, год			ШР К-да н жоға ры	Барл ығы	ШР К-да н жоға ры	Барл ығы	ШР К-да н жоға ры	Барл ығы	Всего	Всего
				Барлығы / Всего							

1	2	3	4	5	Выше ПДУ / Все	Выше ПДУ	Выше ПДУ	Выше ПДУ	11	Выше ПДУ	
Діріл (Вибрация)				Қолданылған құралдардың атауы Наименование использованных приборов	Өлшеулер жүргізген мамандардың Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии) и подпись специалистов проводивших измерения					Хаттама алған адамның қолы Подпись лица, получившего протокол	
Өлшеулер саны Количество замеров											
Жалпы Общая		Жергілікті Локальная									
Барлығы Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барлығы Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	17	18	18	18	18	18	19	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
175-қосымша
Приложение 175
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен Бекітілген № 175/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 175/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Электромагниттік өрісті (бұдан әрі - ЭМӨ) өлшеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации измерений электромагнитного поля (далее - ЭМП)**

Басталуы (Начат) " _ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " _ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационн ый номер	Күні Дата	Нысанн ың атауы Наимен ование объекта	Цех, бөлім Цех, отдел	Жұмыс орында рының саны Количе ство работчи х мест	ЭМӨ кернеулілігі Напряженность ЭМП			Инфрак ызыл, ультрак үлгін лазерлі к сәулеле н у қарқын дылығы ; ЭМӨ кернеул ілігі өндіріс тік жиілік (50Гц) Интенс ивность ; инфра расного ; ультра фиолет ового; лазерно го излучен ия ; напряж енность ЭМП промы шленно й частоты 50Гц) Вт/м2, Дж/м2,, кВ/м	Энерги я ағысын ың тығызд ығы Вт/ м 2 , МкВт/ см 2 Плотно сть потока энергии Вт/м2, МкВт/ см 2	Қолдан ылған құралда рдың атауы Наимен ование использ ованны х прибор ов	Өлшеу жүргізг е н маманд ардың тегі, аты, әкесінің аты. Фамил ия, имя, отчеств о специа листов, провод ивших измере ние
					Электр лік құрамы бойын ша, кВ/ м,В/м По электри ческой составл яющей, кВ/м,В/ м	Құрамы ндағы магнит бойын ша А /м , мкТл По магнит ной составл яющей А /м, мкТл	Электр остатик алық өріс кВ/ м, Электр остатич еское поле кВ /м				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
					Өлшеу лер саны, Измере нное количес тво/ ПДУ	Өлшеу лер саны, Измере нное количес тво / ПДУ	Өлшеу лер саны, Измере нное количес тво/ ПДУ	Өлшеу лер саны, Измере нное количес тво / ПДУ	Өлшеу лер саны, Измере нное количес тво / ПДУ		

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
177-қосымша
Приложение 177
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 177/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 177/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Радиобелсенділікті зерттеуге түсетін үлгіні және оларды зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы ЖУРНАЛ регистрации образца, поступающих на исследование радиоактивности и результатов их исследования

Басталды (Начато) " " _____ 20__ ж (г)

Аяқталды (Окончено) " " _____ 20__ ж (г)

	Қабылданған күні	Үлгінің атауы Наименова	Алынған орны мен уақыты	Үлгінің	Қорабының сипаттамасы	Зерттеу мақсаты	Үлгіні қабылдаған адамның қолы
--	------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------------	-----------------	--------------------------------

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Дата пост упле ния	н и е образца	Место и время отбора	көлемі (салмағы) Объем (вес) образца	Характеристика упаковки	Цель иссл едов ания	Подп ись Прин явше го обра зец		
1	2	3	4	5	6	7	8		
Зерттеу нәтижелері Результаты исследований									
Қосы нды альф а-бел сенді лік Сум марн ая альф а-акт ивно сть	Қосы нды бета- белс енділ ік Сум марн ая бета- акти внос ть	Ra-226	Th -232	K-40	Cs- 137	Sч- 90	Pb-210	Басқ а изот опта р Друг ие изот опы	Дәрігер-зертхана шының қолы және Аты жөні, Ф.И.О(при наличии) и подпись врача- лаборанта
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
178-қосымша
Приложение 178
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 178/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 178/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Радиометриялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации радиометрических исследований

Басталды (Начато) "___" _____ 20__ ж (г)

Аяқталды (Окончено) "___" _____ 20__ ж (г)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тіркеу журналы бойынша нөмірі Номер по журналу регистрации	Талдау жүргізілген күн Дата проведения анализа	Үлгінің атауы Наименование образца	Зерттелген үлгінің салмағы (көлемі), (кг, л) Масса (объем) исследованной образца (кг, л)	Есептік үлгінің салмағы (масса) Масса счетного образца (м)	Есептеу уақыты (с) Время счета (с)
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Құралдың көрсеткіштері Показания прибора				Коэффициент Eff а	Коэффициент Eff в	Коэффициент Ktr	Үлгінің белсенділігі Альфа - активність	Бета-активність
Счет фона по альфа - каналу	Счет фона по бета-канала	Счет образца с вычетом фона по альфа каналу	Счет образца с вычетом фона по бета-каналу					
8	9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
179-қосымша
Приложение 179
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

	Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №__ бұйрығымен бекітілген № 179/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 179/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Радиохимиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации радиохимических исследований

Басталды (Начато) "___" _____ 20__ ж (г)

Аяқталды (Окончено) "___" _____ 20__ ж (г)

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Талдау жүргізілген күн Дата проведения анализов		Үлгінің атауы Наименован ие образца	Зерттелетін көрсеткіште рдің тізбесі Перечень исследуемы х показателей	Анықтау әдісі бойынша НҚ НД на метод определени я	Зерттелінеті н үлгінің салмағы В е с исследуемо й образца	Төсеніш салмағы В е с подложки
	Басталуы Начало	Аяқталуы Конец					
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Тасушының шығуы (в) Выход носителя (в)	Ыдырауға байланысты түзету Поправка на распад	Қондырғыны ң сезгіштігі Чувствительн о с т ь установки	Аямен бірге үлгіні есептеу жыдамдығы Скорость счета пробы с фоном	Аяны есептеу жыламдығы Скорость счета фона	Үлгінің белсенділігі Активность пробы	НҚ бойынша норматив Норматив по НД
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
180-қосымша
Приложение 180
к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 180/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 180/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Радиациялық бақылау және зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации радиационного контроля и исследований

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж. (Г).

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (Г).

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Объекті нің атауы, мекенжа йы Наимен ование объекта, адрес	Өлшеул е р жүргізіл етін орын Место проведе ния замеров	Өлшеул е р мақсаты Цель измерен ия	Аймақ ы ң табиғи гамма-а яның ЭМҚ (мкЗв/ч) МЭД естестве нного гамма-ф о н а местнос ти(мкЗв/ ч)	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/час, н/сек) Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек) Еденнен жоғары (топырақтан) На высоте от пола (грунта)		
					1,5м	1м	0,1м
1	2	3	4	5	6	7	8
ЭМҚ өлшеуле	Ауадағы радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді белсенділігі (Бк/м3)				Радон өлшемін		

рінің жалпы саны Общее количество замеров МЭД	Равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе (Бк/м3) Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м2·сек)	інің жалпы саны Общее количество замеров радона	Маманның қолы және тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество и подпись специалиста
9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
181-қосымша
Приложение 181
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 181/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 181/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__

Жергілікті жерде гамма-фонды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации гамма-фона местности

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж. (Г).

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (Г).

Күні	Өлшеу уақыты	Дозаның қуаты мкЗв/сағ	Ауа райы жағдайы туралы белгі
------	--------------	------------------------	-------------------------------

Регистрационный номер	Үлгілер алу Отбора образца	Зертхана қабылдаған Поступления в лабораторию	Организация, направившая образец	Наименование образца	жағдайда) Ф.И.О (при наличии) обследуемого	Жасы (Возраст	Адрес проживания	Место работы, должность	Диагноз, кратность обследования
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ауырған күні Дата заболевания	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Күні дата			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты, лауазымы және қолы Фамилия имя отчество, должность и подпись лица, проводившего исследование
		Зерттеудің басталған Начала исследования	Зерттеудің аяқталған Окончания исследования	Нәтижелердің берілген Выдачи результатов		
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
183-қосымша
Приложение 183
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 183/е нысанды медициналық құжаттама

Реакция сметиловы м красным	Нитраттар дыңқалпы на келуі Восстановл ение нитратов	Аргинин	Орнитин	Инозит	Фаголизис	Антигенді құрылым Антигенна я структура	Зерттеунәт ижесі Результат исследова ния	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследова ния Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводив шего исследова ние
32	33	34	35	36	37	38	39	40

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
184-қосымша
Приложение 184
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № бұйрығымен бекітілген № 184/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 184/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Стафилококқа жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических исследований на стафилококк**

Басталды (Начат) " _____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " _____ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Зерттеу жүргізілген күн Дата проведения исследования	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество обследуемого	Жасы Возраст	Жұмыс орны, мекен-жайы Место работы, домашний адрес	Үлгіні жіберген ұйым Организация, Направившая образец	Тығыз қоректену ортасында өсуі Рост наплотных питательных средах	Микроскопия
1	2	3	4	5	6	7	8
Ұқастыру тесттері Тесты идентификации							
Лецитиназ	Пигмент	Глицерин	Маннит	Мальтоз	Маноз	Галактоз	Трегалоз
9	10	11	12	13	14	15	16

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ұқастыру тесттері Тесты идентификации							Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы. Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись проводившего исследование
Фосфатаз	Каталаз	Коагулаз	Үлпектің түзілуі хлопье образование	Гемолиз	Фогес-Проккауэрреакциясы Реакция Фогес-Проккауэра	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	
17	18	19	20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 185-қосымша
 Приложение 185
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 185/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 185/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__

**Дифтерияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации
микробиологических исследований на дифтерию**

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылған нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ)

Используемая нормативная документация (далее - НД)

1. _____
2. _____

Күні Дата	Реттік нөмір і Поря дковы й номер	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество обследуемого	Жасы Возраст	Жұмыс орны , мекен-жайы Место работы, домашний адрес	Үлгіні жіберген ұйым Организация , направившая образец

1	2	3	4			5	6	7	
Қоректену ортасы, өсу сипаты Питательная среда, характер роста	Микроскопия	Микроскопия зерттеу	Глюкоза	Сахароза	Крахмал	Уреаза	Цистиназа	Мальтоза	Ксилоза
8	9	10	11	12	13	14	15	16	

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Гликоген	Фруктоза	Нитраттардың нитриттерге тотықсыздануы Восстановление нитратов в нитриты	Уыттандыру қасиеттері Токсигенные свойства			Зерттеу нәтижелері Результаты исследования	Зертеу жүргізген адамның аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы Фамилия, и м я , отчество (п р и наличии), должность и подпись лица , проводивше г о исследование
			Тест Элека через 20 часов сағаттан кейін жүргізілген Элек тесті	Тест Элека через 48 часов 20 сағаттан кейін жүргізілген Элек тесті	метод ПЦР ПТР әдісі		
17	18	19	20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
186-қосымша
Приложение 186
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 186/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 186/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

**Кенелердің, жәндіктердің түрлік тиістілігін анықтауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации определения видовой принадлежности клещей, насекомых.**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистра- ционный номер	Жиналған кенелер Собрано клещей		
	Барлығы Всего	Кенелердің түрі Виды клещей	Тексерілген қорлар саны Число обследованных пулов
1	2	3	4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
187-қосымша
Приложение 187
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№__ бұйрығымен бекітілген № 187/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 187/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

**Көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас ауруларға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді
тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на коклюш и
паракоклюш**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылған нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ)

Используемая нормативная документация (далее - НД)

1. _____
2. _____

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Тексерілуші адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии), обследуемого	Жасы Возра ст	Жұмыс немесе оқу орны, мекен - жайы Место работ ы или учебы , дома шний адрес	Дифференци алды орталарда өсуі Рост надифферен циальных средах			
					6	7		
1	2	3	4	5	6	7		
Микр оскоп пен зертте у Микр оскоп ия	Уреза	Қарапайым ағардағы өсуі Рост на простом ағаре	Тираз инді ЕПА- да өсуі Рост наМП А с тираз ином	Қозға лғыш тығы Подв ижно сть	Цитра тты жоюы Утил изаци я цитра та	Серол огиял ық типте у Серот ипиро вание	Зертт еу нәтиж есі Резул ьтат иссле дован ия	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты және қолы Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество и подпись проводившего исследование

8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	----	----	----	----	----	----	----

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
188-қосымша
Приложение 188
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 188/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 188/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

**Менингококкқа жүргізілетін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических исследований на менингококк**

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылған нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НК)

Используемая нормативная документация (далее - НД)

1. _____

									Өсуі (Характер роста на):
									Ал ға ш бөл іну

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистр ационн ы й номер	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), жасы Фамилия, ия, отчество (при наличии), возраст обследуемого	Жұмыс орны , мекен-жайы Место работы, домашний адрес	Үл гіні жіб ерг ен ұй ым Ор ган иза ция , нап рав ив ша я обр азе ц	Ми кро ско пия	37oC сарысул ы агарда Сыворо точном агаре при 37oC	37oC сарысу ы з агарда Бессьво роточно м агаре при 37oC	20- 22o C сар ыс ул ы ага рда Сы вор ото чно м ага ре при 20- 22o C	0,2% өтті агарда, 37oC сарысу агарында 0,2% желчном а г а р е сывороточном при 37oC	кез інд егі СО 2- ға бай лан ыст ы өсу і Зав иси мос ть рос та от СО 2 при пер вич но м вы дел ени и
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)

Пигменттің түзілуі Образование	Капсуланың болуы	Оксид аза	Каталаза	Глюкоза ны ң / Гл	Лактоза ның / Лактоза	Мальтоза ны ң / Ма	1% сахарозаның / 1% сахароза	Фруктозаның / Фруктоза	5% -ды сахароза ерітінділі агарда полисахаридтің түзілуі Образование полисахарид	Серолотиптеу Серотиптеу	Зерттеу нәтижесі Результат	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы. Дата окончания
-----------------------------------	------------------	-----------	----------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	---------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

пигмент а	Наличи е капсулы			юк оза			льт оза			а на агаре с 5 % раствором сахарозы	ип ро ван ие	исс лед ова ния	и я исследо вания, фамили я, имя, очество (при наличии) , , должно сть и подпись лица, проводи вшего исследо вание.
12	13	14	15	16	17	18	19		20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
189-қосымша
Приложение 189
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 189/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 189/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Засевае мый объем на среды накопл ения	нуортас ында өсуі Рост на плотны х средах	Микрос копия	Оксида за	Лактоза	Глюкоз а	Күкіртс утек / Серово дород	Уреза	Қозғалғ ыштығ ы / Подвиж ность	Индол	Утилиз ация цитрата	Лизинд екарбок силаза
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
190-қосымша
Приложение 190
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 190/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 190/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года №__

**Су үлгілеріне жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических исследований образцов воды**

Басталуы (Начат) " " _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

Себу көлемі Засеваемы объем	Тығыз орталар да өсуі Ростна плотных средах	Микроскопия	Оксидаза	Лактоза	Глюкоза	Күкіртс утегі Серовод ород	Уреаз	Қозғалғыштығы Подвижность	Цитратты жою Утилизация цитрата	Маннит
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу Исследование на патогенные энтеробактерии								Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
Рамноза	Рафиноза	Мальтоза	Дульцит	Ксилоза	Лизин	Аргинин	Орнитин		
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
191-қосымша
Приложение 191
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 191/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 191/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Топырақ үлгілерін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических исследований образцов почвы

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	үлгінің атауы, алынға н орны Наиме новани е образц а , место отбора	Коли-титрді анықтау Определение коли-титра					Сl.perfringens титрін анықтау Определение титра Сl.perfringens		МАШАнМ анықтау Определение МАФAnM		
			Себу көлемі Засева емые объем ы	Эндо ортасы нда өсу сипаты Характ ер роста на Эндо	Микро скопия	Оксид аза	Глюко задағы газ / газ в глюкоз е	Себу көлемі Засева емые объем ы	Вильсо н-Блер ортасы нда өсу сипаты Характ ер роста на среде Вильсо н-Блер	Микро скопия	Себу көлемі Засева емые объем ы	Өскен колони яларды ң саны Колич ество вырос ших колони й
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Энтерококкты анықтау Определение энтерококка				Стафилококқа зерттеу: Исследование на патогенный стафилококк						
Себу көлемі Засеваемые объемы	МИС-та өсу сипаты Характер роста на МИС	Микроскопия	Каталаза	Себу көлемі Засеваемые объемы	Тығызор таларда өсуі Рост на плотных средах	микроскопия	плазмак оагулаза	Себу көлемі Засеваемые объемы	Тығызор таларда өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Патогенді микрофлораны анықтау Определение патогенной микрофлоры							
Тікелей себу Прямой посев				Қоректік ортадан қайта себу Высев со среды обогащения			
Себу көлемі Засеваемые объемы	Эндо	SS-агар	BCA	Себу көлемі Засеваемые объемы	Эндо	SS-агар	BCA
25	26	27	28	29	30	31	32

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации									
Микроскопия	Оксидаза	Күкіртсутек / Сероводород	Уреаза	Лактоза	Глюкозад ағы газ Газ в глюкозе	Индол	Симонс цитраты Цитрат Симонса	Қозғалғы штығы Подвижность	Сахароза
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации							Талдау аяқталған күн, айы, жылызерттеужүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы.
			Фогес-Проскауэр	Нитраттардың			Зерттеу нәтижесі

Натрий ацетаты Ацетат натрия	Фенилаланин Фенилаланин	Лизин	реакциясы Реакция Фогес-Проскауэра	қалпына келуі Восстановление нитратов	Аргинин	Орнитин	Рамноза	Результат исследования	Дата окончания анализа, фамилия и имя отчество (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
192-қосымша
Приложение 192
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 192/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 192/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Орталық ардың атауы Наименование и е сред													колы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Дата окончания исследования я, фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись лица, проведшего исследование
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
193-қосымша
Приложение 193
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 193/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 193/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ___ 2021 года №

Ауа үлгілеріне жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований образцов воздуха

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі	Үлгі алынған күні, уақыты	Үлгі алынған ұйым, орын	Үлгі алынған жер	МЖС-ын (микробтың жалпы санын) тексеру:		Стафилококка тексеру:				
				Исследование на ОМЧ (общее микробное число)	Исследование на стафилококки:	Экспозициясы, жылдамдығы	Экспозициясы, жылдамдығы	Экспозициясы, жылдамдығы	Экспозициясы, жылдамдығы	Лецитин аза	Микроскопия	Плазматоксин
Регистрационный номер	Дата, время отбора образца	Организация, место отбора образца	Место отбора образца	Экспозиция, скорость	Колоний жалпы саны	Экспозиция, скорость	Колоний жалпы саны	Лецитин аза	Микроскопия	Плазматоксин
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
				Жіберілген ауаның көлемі	Общее число колоний	Жіберілген ауаның көлемі	Общее число колоний			

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Өнезге тексеру:	Зерттеу нәтижелері
-----------------	--------------------

Исследование на плесень		Результаты исследования			Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы. Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись лица, проводившего исследование.
Экспозициясы, жылдамдығы Экспозиция, скорость Жіберілген ауаның көлемі Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	1 мi микроорганизмдер саны Количество микроорганизмов в 1 мi			
		Жалпы Общее	Алтын түстес стафилококк Золотистый стафилококк	Өнез плесень	
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
194-қосымша
Приложение 194
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 194/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 194/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

**Дәрілік (дәріханалық) түрлерге жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований лекарственных (аптечных) форм**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Үлгі алынған ұйым, орын Организация, место взятия образца	Үлгінің атауы, ыдысы, қорабы, белгі қойылуы, үлгілер саны Наименование образца, тара, упаковка, маркировка, ч и с л о образцов	Себу көлемі Засеваемый объем	Өскен колониялардың саны Колониальность	Зерттеу: / Исследование на:						
						КМАФАнМ	Enterobacteriaceae			E.coli		
							Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	микроскопия	Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	Микроскопия
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Зерттеу: / Исследование на:												
S.aureus			Ps.aeruginosa			Salmonella			Зең және ашытқы саңырауқұлақтары Плесневые и дрожжевые грибки			
Себу көлемі Засеваемый объем		Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде		оксидазды тест оксидазны тест	Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде		Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	
13	14	15	16	17	18	19	20	21				

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Зерттеу: / Исследование на:							Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты, (болған жағдайда), лауазымы және қолы
Анаэробтар Анаэробы			Аэробтар Аэробы				
Себу көлемі Засеваемый объем	Жиналу ортасында өсуі Рост на средах накопления	микроскоп я	Себу көлемі Засеваемый объем	Жиналу ортасында өсуі Рост на средах накопления	Микроскоп ия	Зерттеу нәтижесі Результат исследован ия	Дата окончания исследован ия, фамилия , имя, отчество (п ри наличии), должность и подпись лица, проводивше го исследован ие
22	23	24	25	26	27	28	29

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
195-қосымша
Приложение 195
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№__ бұйрығымен бекітілген № 195/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 195/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Стерильділікке жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на стерильность

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	Күні дата	Үлгі алынған орын, ұйым Организация, место взятия образца	Үлгіні өңдеу және себу жүргізілген күн, Обработка образца и дата посева	Зерттеу: / Исследование на:			
				Анаэробтар Анаэробы		Аэробтар Аэробы	
				Қоректе н у орталар ындағы ө с у сипаты Характе р роста н а питател ьных средах	Морфол огия Морфол огия	Қоректе н у орталар ындағы ө с у сипаты Характе р роста н а питател ьных средах	Морфол огия Морфол огия
1	3	4	5	6	7	8	9
Зең және ашытқы саңырауқұлақтары Плесневые и дрожжевые грибки			Зерттеу нәтижес і Результ т исследо вания	Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), және қолы Дата окончания исследования. Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись лица, проводившего исследование			
Қоректену орталарындағысу сипаты Характер роста на питательных средах		Морфология Морфология		10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

ный номер		(наименование образцов, культур)	ивших образцов, культур	К началу дня	Посеяно	Уничтожено	К концу дня	К началу дня	Заражено	Погибло или уничтожено	К концу дня	врача-бактериолога
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
197-қосымша
Приложение 197
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №197/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 197/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

**Бөлінген Өсірінділерді және оларды жоюды есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета
выделенных культур и их уничтожения**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж.(г.)

												Жоюды есепке алу күні, зерттеу
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------------------------

Реттік нөмірі Порядко в ы й номер	Штамн ы ң нөмірі Номер штамма	Өсірінді лердің латын транскр ипция сындағы атауы аиенов ание культур ы в латинск о й транскр ипция	Бөліну күні Дата выделен ия	Бөліну көзі Источни к выделен ия	Үлгі алынған мекен-ж ай және күні Адрес и дата взятия образца	Бөліну әдісі Способ выделен ия	Штамн ы ң типтілігі * Типично с т ь штамма *	Штамн ы ң биотүрі Биотип штамма	Штамн ы ң тарихы* * Судьба штамма **	жүргізге н адамнын Т.А.Ә (болған жағдайд а)., қолы Дата уничтож ения Ф.И.О (при наличии) , подпись проводи вшего исследо вание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

* - өсірінді сәйкес келмесе, мына белгілерін көрсетіңіз (при атипичности указать эти признаки):

** - жойылу, күні, акт №; мұражайға, коллекцияға, орталыққа және т. б. берілген күні, (уничтожение, дата, № акта; передан в музей, коллекцию, центр и так далее, дата)

I-II топтағы өсірінділер үшін жойылған немесе сақтауға берілген объектілердің санын көрсетіңіз (для культур I-II групп указать количество объектов, уничтоженных или переданных на хранение)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
198-қосымша
Приложение 198
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		№ _____ бұйрығымен бекітілген №198/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 198/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " _____ " _____ 2021 года № _____

**Зерттелуге түскен Өсірінділерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации культур,
поступивших на исследования**

Басталуы (Начат) " _____ " _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " _____ " _____ 20__ ж

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Қабылданған күні Дата поступления	Өсіріндінің атауы Наименование культуры	Өсірінді салынған сыйымдылы қтың (_____ сынауықтар дың, ампулалард ың және басқаларды ң) түскен саны Количество поступивши х емкостей с культурой (пробирки, ампулы и другие)	Өсіріндіні жіберген ұйым Организаци я направивша я культуру	Зерттеу мақсаты Цель исследован ия	Зерттеу нәтижесі берілген күн Дата выдачи результата исследован ия	Шығыс құжаттаман ың нөмірі Номер исходящей документац ии
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
199-қосымша
Приложение 199
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " _____ " _____ 2021 года № _____

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 199/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 199/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Өсірінділер мен уыттарды ұйымнан тыс босатуды есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета отпуска культур и токсинов за пределы организации

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

- _____
- _____

Тіркеу нөмірі	Талап түскен күн	Талап берген ұйым	Жіберілген Өсірінді атауы (штамнның немесе токсиннің нөмірі)	Өсірінділер салынған сыйымдылықтардың саны (қаптама түрі)	Өсіріндінің жіберілген күні.	Өсіріндіні алған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), сенімхаты, жеке куәлігінің нөмірі	Алғаны туралы қолхат
Регистрационный номер	Дата поступления требования	Организация направившее требование	Наименование отпущенной культуры (номер штамма или токсина)	Количество отпущенных емкостей (с культурами (вид упаковки))	Шығыс құжаттама нөмірі	Дата отпуска культур. Номер исходящей документации	Расписка в получении

						удостоверен ия личности	
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
200-қосымша
Приложение 200
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 200/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 200/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

**Қоректік органы дайындау және бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации
приготовления и контроля питательных сред**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Көріктік ортаны дайында у күні, айы, жылы Дата пригото вления питальн о й среды	Бақылау жүргізіл ген күн Дата проведе ния контрол я	Коректі к ортаның атауы Наимен ование питальн о й среды	Дайынд алған коректік ортаның мөлшері , литрмен Количес тво пригото вленной питальн о й среды, в литрах	Көректі к ортаның сериясы және дайында лған күні Серия и дата пригото вления питател ьной среды	Индикат орлық бакылау штаммы Контрол ьный индикат орный штамм	Көректі к ортаның стериль дігін бакылау Контрол ь стериль ности питател ьной среды	Дайынд алған ортаның рН-ы р Н пригото вленной среды	Индикат орлық штаммы ң өсу сипаты Характе р роста индикат орного штамма	Көректі к ортаның жарамд ылығы туралы қорыты нды. Зерттеу жүргізге н адамның Т.А.Ә (болған жағдайд а), қолы Заклуче ние о пригото вленнос ти среды . Ф.И.О (при наличии) , подпись лица проводи вшего исследо вание

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
201-қосымша
Приложение 201
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ № ___ бұйрығымен бекітілген № 201/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 201/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Мұражайлық өсірінділер қозғалысын есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета движения музейных культур

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Микробтың ла ты н транскрипция сында ғы атауы Наименовани е микроба в латинской транскрипции	Ерекше атаулары Особые названия	Штамм нөмірі Номер штамма	Бөліну көзі Источник выделения	Бөліну күні Д а т а выделения	Бөліну орны Место выделения
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (_____ болған жағдайда (_____ , лауазымы Ф.И.О (при наличии), должность лица, проводившего исследование	Штаммды жіберген ұйымның атауы Наименование организации, направившей штамм	Штамм бар ыдыстардың саны Количество емкостей со штаммами	Түскен күні Д а т а поступления	Штаммы жою туралы белгі Отметка об уничтожении штамма	Ескертпе Примечание
8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
202-қосымша
Приложение 202

к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 202/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 202/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

**Аса қауіпті инфекциялар зертханасына келушілерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации посетителей лаборатории особо опасных инфекций**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Келген күні мен уақыты Дата и время посещения		Келушінің Т.А.Ж. Ф.И.О. посетителя	Жұмыс орны Место работы	Келу мақсаты Ц е л ь посещения	Ілесуші адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О (при наличии), должность, подпись сопровождаю щего лица
	Бастап С	Дейін До				
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 203-қосымша
 Приложение 203
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 203/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 203/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

**Қоршаған ортадан іріктелген үлгілерді тіркеу және зерттеулер нәтижелерін беру
 ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов из окружающей среды и выдачи результатов
 исследований**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

	Күні, уақыты Дата, время			Объектінің атауы, орналасқан жері, үлгі іріктеуді жүргізген маманның Т.А.Ә (	Үлгіні жеткізген ұйым мен маманның Т.А.Ә (	Зертт е у
		Зертх анаға				

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгілерді іріктеу Отбора образцов	келіп түсуі Поступления в лабораторию	Үлгінің атауы Наименование образца	Саны, көлемі, қорабы Количество, объем, упаковка	болған жағдайда), лауазымы Наименование, место нахождения объекта, Ф.И.О (при наличии), должность специалиста производившего отбор	болған жағдайда), лауазымы Организация и Ф.И.О (при наличии), должность специалиста, доставившего образец	мақсаты Цель исследования
1	2	3	4	5	6	7	8
Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования				Зерттеу нәтижесін алу күні және алған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы) Дата проведения исследования (Ф.И.О (при наличии), должность)	Зерттеу жүргізген адамның колы (Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы) Подпись проводившего исследование (Ф.И.О (при наличии), должность)	Зерттеу нәтижесін алу күні және алған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), колы Дата и Ф.И.О (при наличии), подпись получившего результата исследования
	Зерттеу басталған күн Дата начала исследования	Бактериологиялық Бактериологического	Серологиялық Серологического	Биологиялық Биологического				Генетикалық Генетического
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
204-қосымша
Приложение 204
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№__ бұйрығымен бекітілген № 204/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 204/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Қалбырдағы тағамдарға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований консервов

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

2. _____

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Өнімнің атауы, алынған сынаманы қайдан және к і м экелген Наименов ание продукта, откуда доставлен и кем взят образец	Себу көлемдері Засеваемы е объемы	Себілген көлемдер мөлшері Количество засеянных объемов	Микроорг анизмдерд ің жалпы санын анықтау Определен ие общего количество а микроорга низмов	МАШАнМ-ді анықтау Выявление МАФанМ		
						Грам әдісі бойынша микроскоп ия Микроско пия по Граму	Каталазды қ белсенділі гі Каталазна я ктивность	Спорангий лердің сипаты Характер споранги
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Міндетті мезофилді анаэробта рды 5-30 тәулікте анықтау Выявлени е мезофильн	Жылу сүйгіш аэробты және факультат и в і к анаэробт ы микроорга низмдерді анықтау Выявлени е	Жылу сүйгіш анаэроб т ы микроорга низмдерді анықтау Выявлени е термофиль	Ботулин уытын анықтау Выявлени е ботулинич	Ботулизм қоздырғы ш ы н анықтау Выявлени е	Басқа зерттеулер	Зерттеу нәтижелер	Зерттеу аяқталған күні, айы, жылы Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (_____ болған жағдайда), қолы Дата окончания	Грам әдісі бойынша микроскоп иясы

ы х облигатны х анаэробов 5-30 суток	термофиль н ы х аэробных и факультат ивных анаэробны х микроорганизмов	н ы х анаэробны х микроорганизмов	еских токсинов	возбудите л я ботулизма	Другие исследова ния	і Результат исследования	исследования Ф.И.О (пр и наличии) ., подпись лица, проводив шего исследования	Микроско пия по Граму
10	11	12	13	14	15	16	17	18

Каталаздық белсенділігі Каталазная активность	Спорангийлердің сипаты Характер споранги	Сульфидті түзу мүмкіндігі Сульфит редуцирующая способность	Кокктардың, ашытқылардың және басқалардың болуы Наличие кокков, дрожжей и других
19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
205-қосымша
Приложение 205
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 205/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 205/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

**Пайдаланылған материалды зарарсыздандыруды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации
обеззараживания отработанного материала**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Күні Дата	Автоклавтың маркасы, нөмірі Марка, номер автоклава	Зарарсыздандырылатын бұйымдар Обеззараживаемые изделия		Қаптамасы Упаковка	Зарарсыздандыру уақыты, минутпен Время обеззараживания в мин.		Режим Режим		Бақылау тесті Тест-контроль			Маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), должность и подпись специалиста, проводившего обеззараживание
		Атауы Наименование	Саны Количество		Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Қысымы Давление	Қызуы Температура	Биологиялық Биологический	Термиялық Термический	Химиялық Химический	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
206-қосымша
Приложение 206
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы

ОЗ иер син иозғ а ОЗ иер син иоз	О 9 иерсинио зға О 9 иерсинио з	Жалған туберкул езге Псевдоту беркулез	Кристенс е ни иерсинио зы иерсинио з Кристенс ени	Листерии зға Листерии з	Лептоспи розға Лептоспр иоз	Пастерел лезге Пастерел лез	Күйдіргіг е Сибирску ю язву	Туляреми яға Туляреми ю	Сар ыпқ а Бру цел лез	Бер тпе сүзе кке Сып ной тиф	инф екц иял ар Доп олн ите льн ые инф екц ии
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Сарыпқа На бруцеллез			Риккетсиозға жүргізілетін комплементті байлау реакциясы (КБР) Реакция связывания комплемента (РСК) на риккетсиоз:				Лептоспи ро з антигені мен жүргізілг ен РМА РМА с лептоспи розным антигено м	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және колы Ф.И.О (при наличии) , должность и подпись специалиста, проводившего исследование			
Хеддльсо н реакцияс ы Реакция Хеддльсо на	РозБенга л үлгісі Проба РозБенга л	Райт реакцияс ы Реакция Райта	Бернет	Сибирик	Музер	Провачек					
22	23	24	25	26	27	28	29	30			

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
207-қосымша
Приложение 207
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 207/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 207/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Биологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации биологических исследований

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жануарлар түрі Вид животных	Жұқтыру күні Дата заражения	Жұқтыру жолы Способ заражения	Биологиялық сынамадың нәтижесі Результат биологической пробы		Патологоанатомиялық картина Патологоанатомическая картина
				Өлгені Пало	Өлтірілгені Убито	
1	2	3	4	5	6	7

Жағындыларды, ішкі органдарды микроскоппен карау Микроскопия мазков, отпечатков внутренних органов	Ішкі органдарды микробиологиялық зерттеу Микробиологическое исследование внутренних органов	Ішкі органдарды серологиялық зерттеу Серологическое исследование внутренних органов	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, проводившего исследование
8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
208-қосымша
Приложение 208
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года № _____
Нысан

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 208/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 208/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

**Иммундық-биологиялық препараттардың белсенділігін бақылау ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
контроля активности иммунобиологических препаратов**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрацио нный номер	Иммунобио логиялық препаратты ң атауы Наименован и е иммуно-био логического препарата	Иммунобио логиялық препаратты ң сериясы м е н шығарылған күні Серия и д а т а изготовлени я иммуно- биологичес к о г о препарата	Жарамдылы қ мерзімі Срок годности	Бақылау күні Д а т а контроля	Препарат белсенділігі нің жұмыс титрі Рабочий т и т р активности препарата	Препаратты ң жарамдылы ғы туралы қорытынды Заключение о пригодност и препарата	Бақылау жүргізген адамның Т.А.Ә (_____ болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О (при наличии), должность, подпись проводивше го контроль
1	2	3	4	5	6	7	8

ІТТБ-на (ішек таяқшалары тобындағы бактерияларға) тексеру Исследование на БГКП (бактерии группы кишечной палочки)				Басқа микроорганизмдерге зерттеу Исследование на другие микроорганизмы				
Орталардың атауы Наименование среды	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации			Орталардың атауы Наименование среды	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации			
	ортада өсуі рост на среде	Тығызортада өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия					
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Басқа микроорганизмдерге зерттеу Исследование на другие микроорганизмы				Зерттеу қорытындылары Результаты исследования				Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зерттеу жүргізген адамның колы, Т.А.Ә (болған жағдайда) Дата окончания исследования, Ф.И.О(при наличии), подпись лица, проводившего исследования
Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации								
21	22	23	24	25	26	27	28	29

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
210-қосымша
Приложение 210
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 210/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 210/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

**Ауаны зертханашілік бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации
внутрилабораторного контроля воздуха**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____

Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	Үлгіні алу күні, айы, жылы, уақыты Дата, время отбора образца	Үлгіні ал у орны Место отбора образца	Үлгіні алу әдісі Метод отбора образца	ЖМС зерттеу: Исследование на ОМЧ		Стафилококкқа зерттеу: Исследование на стафилококки:				
				Экспози циясы, жылдам дығы Жіберіл ген ауаның көлемі Экспози ция, скорость Объем пропуш енного воздуха	Колония лардың жалпы саны Общее число колоний	Экспози циясы, жылдам дығы Жіберіл ген ауаның көлемі Экспози ция, скорость Объем пропуш енного воздуха	Колония лардың жалпы саны Общее число колоний	Лецитин аза	Микрос копия	Плазмак оагуляц ия
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Өнезге зерттеу: Исследование на плесень		Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования. Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
Экспозициясы, жылдамдығы Жіберілген ауаның көлемі Экспозиция, скорость Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	1 м3-гі микроағзалардың саны Количество микроорганизмов в 1 м3			
		Жалпы Общее	Алтын түстес стафилококк Золотистый стаафилококк	Өнез Плесени	
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
211-қосымша
Приложение 211
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " ____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 211/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 211/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

**Адамдардан іріктелген үлгілерді серологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации серологических исследований образцов от людей**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Зерттеулер жүргізілген күн, ай, жыл Д а т а проведения исследований	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:			
			О 3 иерсиниозға О3 иерсиниоз	О 9 иерсиниозға О9 иерсиниоз	Жалған туберкулезге Псевдотуберк улез	Кристенсени иерсиниозына Иерсиниоз Кристенсени
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:							
Листерииозға Листерииоз	Лептоспиро з ғ а Лептосприо з	Пастереллез г е Пастереллез	Күйдіргіге Сибирскую язву	Туляремияғ а Туляремию	Сарыпқа Бруцеллез	Бөртпе сүзекке Сыпной тиф	Дербес толтырылад ы Заполняется самостоятел ьно
8	9	10	11	12	13	14	15

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сарыпқа На бруцеллез							
Хеддльсон реакциясы Реакция Хеддльсона				РозБенгал сынаамасы Проба РозБенгал		Райт реакциясы Реакция по Райта	
16				17		18	
Риккетсиозға КБР РСК на риккетсиоз					Лептоспи ро з антигені мен	Зерттеу жүргізген адамның колы, Т.А.Ә. () болған жағдайда	

Бернет	сибирик	Музер	Провачек		жүргізілген РМА РМА с лептоспирозным антигеном	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата окончания исследования	) , лауазымы Подпись, Ф.И.О (при наличии), должность лица, проводившего исследование
20	21	22	23	24	25	26	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
212-қосымша
Приложение 212
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 212/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 212/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

**Адамдардан іріктелген материал үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации микробиологических исследований образцов материала
от людей _____ (инфекция түрі) (вид инфекции)**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НК):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1. _____

2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Үлгіні жіберге н ұйымның атауы Наименовани е организации , направившей образец	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год		Зерттелушінің Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О(при наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Мекен-жайы Адрес проживания
		Үлгінің алынған Взятия образца	Зертханамен кабылданған Поступления в лабораторию			
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Жұмыс орны, лауазымы Место работы , должность	Диагнозы, ауырған күні, айы, жылы Диагноз, дата заболевания	Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследования	Зерттелінетін материал Исследуемый материал	Зерттеу нәтижелері Результат исследования	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның қолы , тегі, аты, әкесінің аты Фамилия имя отчество,, подпись лица проводившего исследование
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
213-қосымша
Приложение 213
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 213/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 213/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

_____ зерттеуге арналған үлгілерді тіркеу (инфекция түрін)
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов для исследования на _____ (
вид инфекции)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НК):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество обследуемого	Жасы Возраст	Үлгі жіберген ұйым Организация , направивши й образец	Диagn озы, негізг і турал белгіл ері дерек тер Сведе ния оприв ивках	Екпел е р турал ы дерек тер Сведе ния оприв ивках
1	2	3	4	5	6
Күні, айы, жылы Дата, месяц, год					
Ауырған Заболевания	Үлгінің алынған Взятия образца	Ауырған күні День болезни	Үлгі ні жіберу Отправки образца	Үлгіні жеткізу Доставки образца	
7	8	9	10	11	
Зертт елінет і н үлгі Иссле дуем	Зерттеу күні Дата исследования	Жасаушалар сызығы Линия клеток	Зертт е у нәтиж есі Резул ьтат	Жауап жіберілген күн, ай, жыл Дата выдачи ответа	
Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы					

ы й образ ец			иссле дован ия		Фамилия имя отчество (при наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
214-қосымша
Приложение 214
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 214/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 214/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

Шетелден өсірінділер алуды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации получения культур из-за рубежа

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (Г.)

			Қабылдау нөмірі немесе шифры	Штамм салынған ыдыстар саны	Өсіріндіні кабылдаған адамның Т.А.Ә () болған
--	--	--	---------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------------------------------

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Түскен күні, айы, жылы Дата поступления	Өсірінділерді жіберген ел Страна, передаваема я культуры	көрсетілген штаммның атауы Наименование штамма с поступающей нумерацией или шифром	Количество емкостей с поступившим штаммом	Бірге берілетін құжаттама Сопроводительная документация	жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О (при наличии), должность, подпись, получившего культуру	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
215-қосымша
Приложение 215
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 215/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 215/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

_____ қарсы иммунитетті анықтауға арналған үлгілерді тіркеу инфекция түрі)
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации образцов для определения иммунитета к _____
_____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия и м я отчество, обслеуемо го	Жасы Возраст	Үлгіні жіберген ұйым Организация направившая образец	Үлгі жеткізілген күн Дата доставки образца	Зерттеу жүргізілген күн Дата проведения исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия и м я отчество (при наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
216-қосымша
Приложение 216
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 216/е нысанды медициналық құжаттама

															лабор анта
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
217-қосымша
Приложение 217
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 217/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 217/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

**Штамдарды сәйкестендіру нәтижелерін есепке алу журналы Журнал учета результатов
идентификации штаммов _____**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Зерттеу күні, айы, жылы Д а т а исследования	Зертханалық үлгі Лабораторная модель	Штаммның сипаты Характеристи ка штамма	Вирус дозасы Доза вируса	Диагностикал ық эталондық сарысулар Диагностичес к и е	Жұмысшы араластыру Рабочее разведение
--------------------------------------------	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------

					эталонные сыворотки	
1	2	3	4	5	6	7

Бакылау күндері Дни наблюдения						Типтеу нәтижесі Результат типировани я	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия и м я отчество (п р и наличии), должность, подпись лица, проводивше г о исследование
1	2	3	4	5	6		
8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
218-қосымша
Приложение 218
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№__ бұйрығымен бекітілген № 218/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 218/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

**(инфекция түрі) вирусологиялық
зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации вирусологических исследований на _____
(вид инфекции)**

Басталды (Начат) "___" _____ 20__ ж.(г.)
Аяқталды (Окончен) "___" _____ 20__ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Жасушала р сызығы Линия клеток	Алғашқы жұқтыру Первичное заражение			Бірінші пассаж Первый пассаж			Екінші пассаж Второй пассаж
		Күні, айы, жылы дата, месяц, год	Нәтиже результат	Бақылау Контроль	Күні, айы, жылы дата, месяц, год	Нәтиже результат	Бақылау Контроль	Күні, айы, жылы дата, месяц, год
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Екінші пассаж Второй пассаж		Бейімделу Адаптация			Зерттеу нәтижесі Результат исследован ия	Жауап жіберілгенк үн, ай,жыл Дата выдачи ответа	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Фамилия и м я отчество(п р и наличии), должность подпись Проводивш е г о исследован ие
Нәтиже результат	Бақылау Контроль	Күні, айы, жылы дата, месяц, год	Нәтиже результат	Бақылау Контроль			
10	11	12	13	14	15	16	17

Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 219-қосымша
 Приложение 219
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 219/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 219/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

**Тін өсіріндісінде жүргізілген серологиялық зерттеулердің нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ
 ЖУРНАЛІ регистрации результатов серологического исследования на культуре ткани**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистра ционный номер	Эталонд ы қ вирустың сипаттам асы Характер истика эталонно го вируса	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата начала исследов ания	Нәтижел ерді есепке алу күні, айы, жылы Дата учета результат ов	Сарысуды араластыру (кері шамаларда) Разведение сывороток (в обратных величинах)					
				5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сарысуды араластыру (кері шамаларда) Разведение сывороток (в обратных величинах)			Бақылау Контроль			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн күн, ай, жыл Дата окончания исследования	Зерттеу жұлғізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия и имя отчество (при наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
			Вирус мөлшері Доза вируса	Сарысуын Сыворотки	Жасушпал ардың Клеток			
11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
220-қосымша
Приложение 220
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 220/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 220/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Паразиттік аурулар қоздырғыштарына тексерілген адамдарді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации лиц, обследуемых на возбудители паразитарных заболеваний**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертхан аға үлгінің қабылданған күні Дата поступления образца в лабораторию	Тексерілушінің, егі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), ЖСН Фамилия, имя отчество (при наличии), ИИН обследеуөмого	Туған жылы Год рождения	Мекен-жайы Адрес проживания	Оқу, жұмыс орны, балалар ұйымының атауы Место работы, учебы, наименование Детской организации	Алғашқы, қайта немесе бақылаулық тексеру Первичное, повторное или контрольное обследование	Зерттеулердің саны Количество исследований	Нәтижелер берілген күн Дата выдачи результата	Тексеру нәтижесі, бөлінген қоздырғыш түрі Результат обследования, вид выделенного возбудителя	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя отчество (при наличии), подпись лица, проводившего исследование	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
221-қосымша
Приложение 221
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 221/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 221/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

**Инфекциялық аурулар ошақтарындағы дезинфекциялау іс-шараларын есепке алу
ЖУРНАЛЫ** **ЖУРНАЛ учета дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных
заболеваний**

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Өтінім берген ұйымның атауы Наименовани е организации ,от которого поступила заявка	Эпидемиолог иялық нөмірі Эпидемиолог ический номер	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя отчество, больного	Жасы Возраст	Мекен-жайы Адрес
1	2	3	4	5	6	7

Балалар ұйымының, мектептің, жоғарғы оқу орынының, жұмыс орнының а т а у ы мекен-жайы Наименование и адрес детской организации, школы, вуза, места работы	Диагноз Диагноз	Ауруханаға жатқызылған күні Д а т а госпитализации	Дезинфекциялау нарядының нөмірі № наряда на дезинфекцию	Нарядты алған адамның тегі Фамилия лица получившего наряд	Ауруханаға жатқызылған кезден бастап дезинфекциялау мерзімдері С р о к и дезинфекции с момента госпитализации
8	9	10	11	12	13

		Заттарды дезинфекциялау	
--	--	-------------------------	--

Дезинфекциялаудың орындалмау немесе уақытында орындалмау себебі Причина невыполнения или не своевременного выполнения дезинфекции	Дезинфекцияланды (тал, м2) Подвергнуто дезинфекции (штуки, м2)	Дезинфекция вещей		Дератизация, м2
		Камералық әдіспен, кг Камерным методом	Ылғалды әдіспен Влажным методом	
14	15	16	17	18

Дезинфекция, м2 Дезинсекция, м2	Адамдарды санитариялық өңдеуден өткізу Санитарная обработка людей		Жұмсалған дезинфекциялау заттар Израсходовано дезинфекционных средств, кг			Дезинфекциялауды жүргізген адамның тегі, аты Фамилия, и м я проводившего дезинфекцию	Дезинфекциялау сапасын бақылау Контроль качества дезинфекции		
	Өңделуден өтуге тиіс Подлежало	Өңделген Обработано	Барлығы Всего	Жұмсалғаны Израсходовано	Қалғаны Остаток		Күні Дата	Зерттелген сынамалар Исследовано проб	Нәтиже Результат
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
222-қосымша
Приложение 222
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 222/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 222/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Жұмсақ мүкәммалды (киімдер мен төсек жабдықтары) камералық өңдеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации камерной обработки мягкого инвентаря (одежды и постельных принадлежностей)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Дезинфекциялау (дезинсекция) жүргізілген күн, ай, жыл Дата проведения дезинфекции (дезинсекции)	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), мекен-жайы, түбіртек нөмірі (ұйым, корпус) Фамилия, инициалы (больного, адрес, номер квитанции (организация, корпус))	Инфекция (жәндіктер) Инфекция (инсекты)	Дезинфекциялау (дезинсекция) объектілері, олардың саны немесе салмағы Объекты дезинфекции (дезинсекции), их количество или вес
1	2	3	4	5

Камераның шартты белгілері Условные обозначения камеры	Дезинфекциялау (дезинсекция) тәртібі Режим дезинфекции (дезинсекции)	Толтырылмаған камераны қыздыру уақыты Время прогрева не загруженной камеры		Толтырылған камераны қыздыру уақыты Время прогрева загруженной камеры		Дезинфекциялау (дезинсекция) температурасы Температура дезинфекции (дезинсекции)
		Басталуы сағ., мин. Начало час, мин.	Аяқталуы сағ., мин. Конец час, мин.	Басталуы сағ., мин. Начало час, мин.	Аяқталуы сағ., мин. Конец час, мин.	
6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
223-қосымша
Приложение 223
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы

Регистрационный номер	лабораторию	Наименование образца	Количество, объем	Место отбора образца	Цель исследования	тип исследования	и я исследования	всего исследовании	Ескерту Примечание	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 224-қосымша
 Приложение 224
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 224/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 224/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

Үй шаңы кенелерінің болуына үй шаңының, мамықтың және қауырсынан жасалған өнімдердің үлгілерін зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации исследований образцов домашней пыли, пуховых и перьевых изделий на наличие клещей домашней пыли

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Үлгілер дің түскен күні Дата поступл ения образца	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), ЖСН Фамилия, имя, отчество (при наличии) , ИИН	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы Место работы, учебы, наимено вание детской организа ции	Жәндіктер немесе кенелер шабуыл жасаған аумақ, күн Территория нападения насеком ых или клещей, дата	Зерттеу күні Дата исследования	Тексеру нәтижесі Результат обследования	Жәндіктер мен кенелердің түрлері, жынысы Видовая принадлежность, пол насекомых и клещей	Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы Фамилия, имя, отчество (при наличии) , должность исполнителя

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
225-қосымша
Приложение 225
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№__ бұйрығымен бекітілген № 225/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 225/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

**Паразиттік ауруларға серологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации
серологических исследований на паразитарные заболевания**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Зерттелуш інің тегі, аты, әкесінің аты, ЖСН Фамилия, имя, отчество, И И Н обследуем ого	Туған жылы Год рождения	Мекен – жайы Адрес проживан ия	Тексеруге жіберген мекеме Учрежден ие направив шее на обследова ние	Алғашқы, қайта немесе бақылау ық тексеру Первичное , повторное или контрольн ое обследова ние	Үлгіні тексеруге кабылдау күні, айы, жылы Дата приема образца на исследова ние	Диагнозы, ауырған күгі, айы, жылы Диагноз, дата заболеван ия	Антигенні ң, антиденел ердің атауы Наименов ание антигена, антител
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Зерттеу нәтижелері Результат исследования		Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии)
Гельминттер Гельминты	Қарапайым дылар Простейшие	
наименованием выявляемых иммуноглобулинов к соответствующему антигену или антителу	наименованием выявляемых иммуноглобулинов к	Нәтижелер берілге
		Басқал

Зерттеудің әдісі Метод исследования							соответствующему антигену или антителу	ар (н күн, и), көрсетіңіз) Прочие (указат ь)	ай, жыл Дата (выдачи резуль татов), подпис ь, провод ившего иссле дование	Ескерт у Приме чание	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
226-қосымша
Приложение 226
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " ____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ №__ бұйрығымен бекітілген № 226/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а	Медицинская документация Форма № 226/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

**Биосынамалы жануарларды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации биопробных
животных**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

Биосынама алынған жануарлардың жұқтырылған күні, айы, жылы Дата заражения биопробных животных	Биосынама алынған жұқтырылған жануарлардың саны Количество зараженных биопробных животных	Инфекцияның атауы Наименование инфекции	Биосынама алынған жұқтырылған жануарлардың өлтірілу күні Дата убивки зараженных биопробных животных	Биосынама алынған өлтірілген жануарларды зарарсыздандыру тәсілі Способ обеззараживания убитых биопробных животных	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, месяц, год, Ф.И.О (при наличии), подпись проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
227-қосымша
Приложение 227
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	министрінің 2021 жылғы "___" ___ №__ бұйрығымен бекітілген № 227/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 227/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

Адамдардан бурцелезге (гемоөсірінді) іріктелген үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации и выдачи результатов исследований образцов от людей на бруцеллез (гемокультура)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год		Үлгі жіберген ұйым Организация, направившая образец	Тексерілетін адамның тегі, аты, жөні Фамилия, имя, отчество обследуемого	Жас Возраст	Мекен жайы Домашний адрес	Жұмыс орны, лауазымы Место работы, должность
	Үлгінің алынған Отбора проб	Зертханамең қабылданған Поступления в лабораторию					
1	2	3	4	5	6	7	8

Диагнозы Диагноз	Алғашқы, қайта тексеру Первичное, повторное обследования	Күні айы, жылы Дата, месяц, год			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), должности подпись лица, проводившего исследование
		Зерттеудің басталған Начала исследования	Зерттеудің аяқталған Окончания исследования	Нәтижелердің берілген Выдачи результатов		

9	10	11	12	13	14	15
---	----	----	----	----	----	----

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
228-қосымша
Приложение 228
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№ ____ бұйрығымен бекітілген № 228/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 228/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

Қызамық/қызылшаға серологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации серологических исследований на корь/краснуху

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Үлгіні жіберген мекеме Учрежден и е	Зерттелуш інің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя,	ЖасыВозр аст	Мекенжай ы Адрес проживан ия	Бөртпе пайда болған күн , ай, жыл Дата, месяц, год	Дене қызуы пайда болған күн , ай, жыл Дата, месяц, год	Қызамықк а қарсы соңғы егу күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Қызамықк а қарсы дозалар саны Количество о доз
--------------------------------------------------	-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------------	------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

	направив ш е е образец	отчество, обследуем ого			появления сыпи	появления температу ры	последней вакцинаци и кори	против кори
1	2	4	5	6	7	8	9	10

Қызылш аға қарсы соңғы егу күні, айы, жылы Дата последн ей вакцина ци и краснух и	Қызылш аға қарсы дозалар саны Количес тво доз против краснух и	Үлгінің алынған күні, айы, жылы Дата отбора образца	Зертхан аға жіберілг ен күні, айы, жылы Дата отправл ения в лаборат орию	Зертхан аға түскен үлгінің жағдайы Состоян и е образца при поступл ении в лаборат орию	Зертхан аға түскен үлгінің жағдайы Состоян и е образца при поступл ении в лаборат орию	Реакция койылға н күн ай , жыл Дата, месяц, год постано в ки реакции	Зерттеу нәтижес і Результ а исследо вания	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год выдачи результ а	Зерттеу жүргізге н адамның тегі, аты , әкесінің аты (, болған жағдайд а), луазым ы қолы Фамили я, имя, отчество (при наличии) , должнос ть и подпись лица, проводи вшего исследо вание	
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
229-қосымша
Приложение 229
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен Бекітілген № 229/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 229/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" ___ 2021 года №

_____ люминисценттік зерттеулерді тіркеу (инфекцияның түрі)
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации люминисцентных исследований на _____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж.(г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу жүргізілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год проведения исследования	Микроскопия нәтижелерін есепке алу/Учет результатов микроскопии				
		А тұмауы Грипп А (H3N2)	А тұмауы Грипп А (H1N1)	В тұмауы Грипп В	Паратұмау ПГ 1 Парагрипп ПГ 1	Паратұмау ПГ 2 Парагрипп ПГ 2
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Микроскопия нәтижелерін есепке алу/Учет результатов микроскопии					Зерттеу жүргізілген маманның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы
Паратұмау ПГ 3 Парагрипп ПГ 3	Аденовирус	Респираторлы сенсциалды жасушалар (РС) Респираторные сенсциальные клетки (РС)	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу нәтижесі берілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год выдачи результата исследования	Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и подпись специалиста, проводившего исследование
8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 230-қосымша
 Приложение 230
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№ ____ бұйрығымен бекітілген № 230/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 230/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

**Санитариялық вирусологияға зерттеуге іріктелген үлгілерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
 регистрации образцов для исследования на санитарную вирусологию**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Үлгінің атауы Наименовани е образца	Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Үлгінің зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы Дата, месяц, г о д поступления Образца в лабораторию	Зерттеу жүргізілген күн, ай, жыл Дата, месяц, г о д проведения исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген маманның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы колы Фамилия, имя , отчество (при наличии), должность,
--------------------------------------------	-------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

						подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
231-қосымша
Приложение 231
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 231/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 231/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

Бруцеллез қоздырғышының өсірінділерінің бөлінуі және бөлінген өсірінділерін сәйкестендіруді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации выделения и идентификации выделенных культур возбудителя бруцеллеза

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ,):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы, қайдан әкелінді Дата, месяц, год поступления в лабораторию, откуда доставлен	Бөлінген қоздырғыштың түрі, тіркеу нөмірі, бөліну күні, айы, жылы Вид выделенного возбудителя, регистрационный номер, дата выделения	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год начала исследования	Колониялардың морфологиясы Морфология колонии		Грамм бойынша жасуша морфологиясы Морфология клетки по Граму	Термоагглютинация реакциясы Реакция термоагглютинации
				Сұйық коректік ортадағы Жидкой питательной среде (ЖПС)	Тығыз коректік ортадағы Плотной питательной среде (ППС)		
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Күкіртсутегі түзілуіне қатысты дифференциация Дифференциация по образованию сероводорода	CO ₂ кәсіптілігі подробность в CO ₂	Бояуларға қатысты саралау Дифференциация по Отношению к краскам					
		Фуксин			Тионин		
		1:50000	1:100000	1:25000	1:50000	1:100000	
9	10	11	12	13	14	15	
Агглютинация реакциясы Реакция агглютинации				Фагқа сезімталдық Чувствительность к фагу			
				Аралас			

Поливалентті сары сумен С поливалентной сывороткой	Антимелитензис сарысуымен сывороткой антимелитензис	Антиабортус сарысуымен сывороткой антиабортус	Уайт-Вильсон бойынша түсі Окра ска по Уайт-Вильсону	Трипофлавинді үлгі проба с трипофлавинном	Тұта с Цельному	Разв	МФА АФЭ	Қоздырғыш түрі Вид возбudit еля	Биотипі Отнесен к биотипу	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О(при наличии), и подпись специалиста, проводившего исследование
----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------	------	---------	---------------------------------	---------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

						еден ному						
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
232-қосымша
Приложение 232
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 232/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 232/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Сыртқы орта объектілерінің үлгілерін ИФТ әдісімен зерттеуді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации исследования образцов от объектов внешней среды методом ИФА

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год на ч а л а исследования	Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Үлгі алынған орын Место отбора образца	Үлгінің атауы Наименование образца	Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследования
1	2	3	4	5	6

Нәтижесі Результат						Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда),колы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, проводившего исследование
Антигенге На антиген	Антиденелерге На антитела		Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования		
	IgM	IgG				
7	8	9	10	11	12	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
233-қосымша
Приложение 233
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 233/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 233/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Адамдардан алынған материал үлгілерін ИФТ әдісімен зерттеуді тіркейтін ЖҰМЫС
ЖУРНАЛЫ РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации исследования образцов материала от людей
методом ИФА**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

- _____
- _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год начала исследования	Тексерілушінің Т.А.Ә Ф.И.О обследуемого	Жасы Возраст	Тұрғылықты мекен жайы Адрес проживания	Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Диагнозы Диагноз	Зерттеу мақсаты Цель исследования
1	2	3	4	5	6	7	8

Нәтижесі Результат		Антиденеге На антитело			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, проводившего исследование
Антигенг Антиген		Ig A	IgM	IgG			
9	10	11	12	13	14	15	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
234-қосымша
Приложение 234
к приказу Министра

нөмірі порядков ый номер	регистрац ионный номер		Жидкой питательн ой среде (ЖПС)	Плотной питательн ой среде (ППС)		п о Ребигеру	п о Романовск ому-Гимза	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

антиденелер әдісі АФӘ Метод флуоресцир ующих Антител МФА	Пассивті гемаглютин ация Реакциясы (ПТР) Реакция пассивной гемагглюти нации (РПГА) на:	капсуланың пайда болуы капсулообр азование (Михину)	Ф а г сезгіштігі чувствитель ность к фагу	фосфатазды белсенділігі фосфатазна я активность	"маржан алқа" тесті тест жемчужное ожерелье"	пенициллин азды белсенділігі пенициллин азнаяктивн ость	гемолитика л ы белсенділігі гемолитиче скаяктивно сть
10	11	12	13	14	15	16	17

т.б. әдістер другие методы	Зертхана жануарларына арналған патогендік Патогенность для лабораторных животных	Антибиотиктерд і сезгіштігі чувствительност ь к антибиотикам	Зерттеу нәтижесі результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии) и подпись проводившего исследование
18	19	20	21	22	23

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
235-қосымша
Приложение 235
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " ____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "____" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №235/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 235/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

**Пастереллезге жүргізілген микробиологиялық зерттеуді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на пастереллез**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 __ ж. (г.) Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 __ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____

2. _____

реттік нөмірі порядковый номер	тіркеу нөмірі регистрационный номер	зерттеу басталған күн, ай, жыл дата начала исследования	өсу сипаты характер роста		жасушалар морфологиясы морфология клеток (микроскопия)		Пассивті гемаглютинация Реакциясы (ПГР) Реакция пассивной гемаглютинации (РПГА) на:
			Сұйық коректік ортада (СКО-да) Жидкой питательной среде (ЖПС)	Тығыз коректік ортада (ТҚО-да) Плотной питательной среде (ППС)	Грамм бойынша по Граму	Романовский-Гимза бойынша по Романовскому-Гимза	
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

гемолитикалы белсенділігі	индолдың пайда болуы	уреазная активність	орнитин	лизин	арабиноза	глюкоза	эскулин	рамноза	Қозғалғыштығы	фенилаланин
гемолитическая активність	образовани е индола	Уреазды белсенділігі							Подвижность	
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Лактоза	сахароза	Мальтоза	инозит	салицин	тригалаза	Зертхананың жануарларына арналған патогендік Патогендік лабораторных животных	Антибиотиктерді сезгіштігі	Зерттеу нәтижесі	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген адамның
						чувствительность к антибиотикам	результат исследования	Дата окончания исследования	Т.А.Ә (болған жағдайда)	
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 236-қосымша
 Приложение 236
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды

		Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 236/ен санды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 236/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Молекулярлық-генетикалық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации молекулярно-генетических исследований

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Тексеріл ушінің тегі, аты , әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) обсле дую емого	Жасы Возраст	Мекен жайы Домашн ий адрес	Диагно зы Диагно з	Зерттеле тін үлгі Исследу емый образец	Үлгінің қабылда нған күні, айы, жылы Дата, месяц, год поступл ения образца	Зерттеу жүргізіл ген күн, ай, жыл Дата, месяц, год прове дения исслеов ания	Зерттеу нәтижес і Результ т исследо вания	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год выдачи результ а	Зерттеу жүргізге н адамның тегі, аты , әкесінің аты (при наличии) , лауазым ы, қолы Фамили я, имя, отчество (при наличии) , должнос ть, подпись лица,
--------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	-------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

										проводи вшего исследо вание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
237-қосымша
Приложение 237
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 237/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 237/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Сыртқы орта объектілерінен алынған үлгілерді молекулярлық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического исследования образцов от объектов внешней среды

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Күні, уақыты Дата, время		Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Үлгі алынған орын Место отбора образца	Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследования	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец
	Үлгі алу кабылдау Отбора образца	Үлгіні зертханаға кабылдау Поступления образца в лабоаторию				
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу басталған күн, ай , жыл Дата, месяц, год начала исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай , жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (при наличии), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, проводившего исследование
8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
238-қосымша
Приложение 238
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген №238/е нысанды медициналық құжаттама	

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 238/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Адамдардан іріктелген үлгілерді молекулярлық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического исследования образцов от людей

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 __ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 __ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время		Тексерілушінің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Мекен жайы Адрес проживания	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, направившая образец	Диагнозы Диагноз
	Үлгі алу Отбора образца	Үлгіні қабылдау Поступления образца					
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год начала исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование
9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
239-қосымша
Приложение 239
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 239/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 239/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

**Зооноздық инфекцияларға жүргізілген микробиологиялық зерттеуді тіркейтін ЖҰМЫС
ЖУРНАЛЫ РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на
зоонозные инфекции**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Зерттеу басталған күн , ай, жыл	Өсу сипаты Характер роста		Жасуша морфологиясы Морфология клеток (микроскопия)		
		Сұйық коректік ортада(СҚО-да)	Тығыз коректік ортада (ТҚО-да)			Романовский- Гимза бойынша

	Дата начала исследования	На жидкой питательной среде (ЖПС)	На плотной питательной среде (ППС)	Г р а м бойынша по Граму	Ребигер бойынша по Ребигеру	п о Романовском у-Гимза
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

АФЭ Метод флуоресцирующих Антител - МФА	Пассивті геамаглютинация реакциясы: Реакция пассивной геагглютинации (РПГА) на:				Листерия	Капсуланың пайда болуы Капсуло образование	Ф а г сезгіштігі Чувствительность к фагу
	Иерсиниозға Иерсиниоз	Псевдотуберкулезге Псевдотуберкулез	Пастереллезге Пастереллез	Лептоспирозға Лептоспироз			
8	9	10	11	12	13	14	15

Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства											
Желатинаның сұйылуы	Оксидазды белсенділігі	Каталазды белсенділігі	Күкіртсутектің пайда болуы	Гемолизі Гемолитикалы белсенділігі	Уреазады белсенділігі	Несепнәр гидролизі	Индолдың пайда болуы	Орнитин	Лизин	Арабиноза	Глюкоза
Разжижение желатины	Оксидазная активность	Каталазная активность	Образование сероводорода	Гемолитическая активность	Уреазаная активность	Гидролиз мочевины	Образование индола				
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства												
Сахароза	Мальтоза	Лактоза	Инозит	Салицин	Тригалоза	Эскулин	Рамноза	Маннит	Қозғалғыштығы Подвижность	Фенилаланин	Нитраттардың қалпына келуі	Фогестардың уэр реакциясы
											Восстановление Фогестаров	реакция Фогестаров уэра
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Диагностикалық сарысуларымен агглютинация реакциясы	Зертхана жануарларына арналған патогендік	Антибиотиктерге сезімталдық	Зерттеу нәтижесі	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии),
-----------------------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------	------------------	--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

Реакция агглютинации с диагностическими сыворотками	Патогенность для лабораторных животных	Чувствительность к антибиотикам	Результат исследования	Дата, месяц, год окончания исследования	должность подпись специалиста, проводившего исследование
41	42	43	44	45	46

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
240-қосымша
Приложение 240
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 240/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 240/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Туляремияға микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ РАБОЧИЙ ЖУРНАЛІ регистрации микробиологических исследований на туляремию

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (Г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу басталған күн Дата начала исследования	Өсу сипаты Характер роста					Грамм бойынша жасаша морфологиясы Морфология клеток по Граму (микроскопия)	АФЭ Метод флуоресцирующих антител (МФА)	Биоүлгі алынған жануарлардың жұғынды-таңбалары Мазки-отпечатки от биопробных животных	Капсуланың пайдалануы Капсулообразование	Спораның түзілуі Спорообразование	Фаг сезгіштігі Чувствительность к фагу
		Сұйық коректік ортада (СКО-да) На жидкой питательной среде (ЖПС)	ТҚО-да на ППС	Ет-пептонды агарда Мясо-пептон агаре	Қанды агарда Кровяной агаре	Шоколадты агарда Шоколадном агаре							Цистейнмен байытылған Обогащенный цистейном
1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14

Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства							Туляремия сарысуы қосылған агглютинация реакциясы Реакция агглютинации с туляремийной сывороткой	Зертханаларына арналған патогенділік Патогенность для лабораторных животных	Антибиотиктерге сезімталдығы Чувствительность к антибиотикам	Зерттеу нәтижесі Результатования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізілген маманың Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, Проводившего исследование
Глицериннің ферменттелуі Ферментация глицерина	Оксидан белсенділігі Оксиданная активность	Катализды белсенділігі Катализная активность	Бета-лактамазды тест Бета-лактамазный тест	Қозғалғыштығы Подвижность	Уреаза белсенділігі Уреазная активность							
15	16	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28	

2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 241-қосымша
 Приложение 241
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 241/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпид емиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидеми ологической службы		Медицинская документация Форма № 241/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года №

Тырысқақ қоздырғышының болуына сыртқы орта объектілерінің үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов и результатов исследований объектов внешней среды на наличие возбудителя холеры

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1.

2.

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, направившая образец	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец	Объектінің мекенжайы Адрес объекта	Күн, айы, жылы және уақыты Дата, месяц, год и время	
				Үлгі алу Взятия образца	Зертханаға келіп түсуі Поступления в лабораторию
1	2	3	4	5	6

Судың тоCtoC воды	Судың рНpH воды	Уақыты (сағаты) Время (часы)			Зерттеудің нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование
		1 - ш і пептондық суға себу Посева на 1-ю пептонную воду	2 - ш і пептондық суға қайта себу Пересева на 2 - ю пептонную воду	2 - ш і пептондық судан қайта себу Высев со 2-ой пептонной воды			
7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
242-қосымша
Приложение 242
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген №242/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 242/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №	

Үлгілерді тіркеу және сынамаларды қабылдау ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов и приема проб

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (Г.)

Реттік нөмірі (Порядковый номер)	Өтініштің қаралған күні (Дата поступления обращения)	Мекеменің атауы, мекен-жайы (Наименование предприятия, адрес)	Сынаманың атауы (Наименование проб)	Сынама көлемі (Количество проб)	Сынама жіберілген зертханалар (Лаборатории получившие пробы)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
243-қосымша
Приложение 243
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "____" _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 243/ен-2021-нұсқасында медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 243/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года № ____

Бөлінген тырысқақ өсірінділерін есепке алу және сипаттамасын тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации учета и характеристики выделенных культур холеры

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Штамм № штамма	Микробтың түрі Вид микроба	Зерттеу нысаны объектісі исследования	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Алғашқы себеп Первичный посев	Морфология Морфология	оксидаза оксидаза	Бар болуы Наличие	Хью-Лейфсон ортасында глюкозаның ыдырау типі Тип расщепления глюкозы в среде Хью-Лейфсона
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Декарбоксилаза р		Аргининнің дегидролазасы					Жасушалар Клетки	Колониялар Колоний	

декарбоксилазы лизиннің лизина	Дегидролазы аргинина Орнитиннің орнитина				Аэробты аэробный		Анаэроб ты Анаэроб ный	
11	12	13			14		15	
Биохимиялық белсенділігі Биохимическая активность							Тырысқақ сарысуларым ен агглютинабельділігі Агглютинабельность холерными сыворотками	
Сахароза	Манноза	Арабиноза	Лактоза	Маннит	Инозит	Желатина	“О”	Огава
16	17	18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Тырысқақ сарысуларым агглютинабельділігі Агглютинабельность холерными сыворотками			ТГАР РНГА		ФАӘ МФА		Тырысқақ фағтарын сезгіштігі Чувствительность к холерным фагам				
Инаба	О 139	RO			“С”	Эльтор	ДДФ	ХДФ- 3,4,5			
25	26	27	28	29	30	31	32	33			
Фаг оти п Фаг оти п	Фогес-Пр оскауэр реакциясы Реакция Фогес-Пр оскауэра	Гем агг- лют ина- ция	Ж а с көжектер д е сыналған вирулент тілік вирулент ность на кроликах сосунках	Антибиотиктерді сезгіштігі Чувствительность к антибиотикам							ПТР нәт іже лері Резу льта ты ПЦ Р
		Гем Гемолиз		Тет рац икл ин	Левомиц етин	Сифлокс	Гентамиц ин	Басқалар Другие	Полимик син 50 ед./мл		
34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
244-қосымша
Приложение 244
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 244/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 244/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Тырысқақ қоздырғышының бар болуына адамдардан алынған материал үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации образцов материала от людей и результатов исследования на наличие возбудителя холеры

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (Г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1. _____
2. _____

тіркеу нөмірі регистрацион ный номер	Зерттелушінің Т.А. Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Жұмыс орны, қызметі Место работы , должность	Мекен-жайы Место жительства	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, направившая образец	Контингент немесе диагноз Контингент или диагноз
1	2	3	4	5	6	7

Алғашқы немесе қайта зерттеу	Күні, айы, жылы және уақыты Дата, месяц, год и время		Зерттелінетін үлгі	Зерттеу нәтижесі	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы

Исследование первичное или повторное	Үлгі алу Взятия образца	Зертхананың қабылдаған Поступления в лабораторию	Исследуемый образец	Результат исследования	Дата, месяц, год окончания исследования	Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
245-қосымша
Приложение 245
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ — № _____ бұйрығымен бекітілген № 245/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпид емиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного ор г а н а санитарно-эпидеми ологической службы		Медицинская документация Форма № 245/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

**Аэроиондар концентрациясын өлшеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации
измерений концентрации аэроионов**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж.(г.)

Тіркеу нөмірі Регист рацион ный номер	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Нысан ның атауы Цех, бөлім Цех, отдел Наиме новани е объект а	Жұмыс орын ның саны Колич ество рабо чих мест	Аэроиондардың концентрациясы Концентрации аэроионов		Оң иондар саны Число положительных ионов, в 1 см3		Теріс иондар саны Число отрицательных ионов, в 1 см3		Униполярлы коэффициенті, Коэффициент униполярности		Зертте у жүргіз ген мамандардың тегі, аты, әкесінің аты. Фамилия, имя , отчество о специалистов, проводивших измерение
				Өлшеу лер Измер енное	Рауалы шегі Предел ьно допуст имое	Өлшеу лер Измер енное	Рауалы шегі Предел ьно-до пустим ое	Өлшеу лер Измер енное	Рауалы шегі Предел ьно-до пустим ое			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
246-қосымша
Приложение 246
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ ___ бұйрығымен бекітілген № 246/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 246/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ___ " _____ 2021 года № ___

Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений

Басталуы (Начат) " ___ " _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ___ " _____ 20___ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Өнімнің, сынаманың атауы Наименовани е продукта, пробы	МАФАМ	Титр E.coli	Протей титрі Титр протей	Сальмонелла а, шигеллаға зерттеу Исследование н а сальмонеллы, шигеллы
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Стафилакокк а зерттеу Исследование н а стафилококк	Энтерококкқа зерттеу Исследование на энтерококк	Sereus-ке зерттеу Исследжован ие на V.sereus	Анаэробтар Анаэробы	Биосынама Биопроба	Нәтиже Результат	Күні, қолы Дата, подпись
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
247-қосымша
Приложение 247
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ___ " _____ 2021 года № ___

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды
--	-------------------------------

		Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген №247/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 247/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №__

**Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркеу (ботулотоксинді анықтау)
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации микробиологических исследований пищевых
отравлений (исследований на ботулотоксин)**

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өнімнің, сынаманың атауы Наименование и продукта, пробы	МАФАМ	Титтр E.coli	Протей титрі Титр протей	Сальмонел лаға, шигеллаға зерттеу Исследование на сальмонеллы, шигеллы	Стафилакокк қа зерттеу Исследование на стафилококк	Энтерококк қа зерттеу Исследование на энтерококк
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Sereus-ке зерттеу Исследование на sereus	Анаэробтар Анаэробы	Биосынама Биопроба / Реакция нейтрализации/							
		Комплексті АВСЕФ сары сулармен Смесь сывороток АВСЕФ				Зерттелетін сынама бақылау Контроль			
		1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
Биосынама Биопроба Жеке сары сулармен қойылған нейтролизация реакциясы / Р.нейтролизации /											
Сары су "А" түрі Сыворотка тип А"				Сары су "В" түрі Сыворотка тип " В "				Сары су "С" түрі Сыворотка тип " С "			
1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Биосынама Биопроба Жеке сары сулармен қойылған нейтролизация реакциясы / Р.нейтролизации /												Нәтиже Результат	Күні, қолы Дата, подпись
Сары су "Е" түрі Сыворотка тип " Е "				Сары су "F" түрі Сыворотка тип " F "				Бакылау Контроль					
1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн		
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
248-қосымша
Приложение 248
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 248/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы	Медицинская документация Форма № 248/у

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №
--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ (ботулизм қоздырғышын анықтау) РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований пищевых отравлений (исследований на возбудителя ботулизма)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өнімнің, сынамааның атауы Наименование продукта, пробы	МАФАМ	Титтр E.coli	Протей титрі Титр протей	Сальмонеллаға, шигеллаға зерттеу Исследование на сальмонеллы, шигеллы	Стафилак оккқа зерттеу Исследование на стафилок окк	Энтерококкқа зерттеу Исследование на энтерококк	В.cereus-ке зерттеу Исследование на V.cereus
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

РН среды	Анаэробтар Анаэробы								Нәтиже Результат Күні, колы Дата, подпись
	Китт-Тароци коректік ортасы / Ср.Китт-Тароци Қыздырылған егінді 80 to-37o/ гретая при 80o на to 37o				Китт-Тароци коректік ортасы / Ср.Китт-Тароци Қыздырылған егінді 60 to-30o/ гретая при 60o на to 30o				
	2 күн	4 күн	6 күн	10 күн	2 күн	4 күн	6 күн	10 күн	
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
249-қосымша
Приложение 249
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 249/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 249/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Иерсиниозға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации микробиологических исследований на иерсиниоз

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өнімнің атауы Наименование продукта	Объект	Себу күні Дата посева	1 0 күннен кейін 1 рет қайта себілуі Дата 1 пересева ч/з 10 дней	5 күннен кейін 2 рет қайта себілуі Дата 2 пересева ч/з 5 дней	5 күннен кейін 3 рет қайта себілуі Дата 3 пересева ч/з 5 дней	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Қолы, күні Дата, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығына 250-қосымша
Приложение 250
к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды
--	---------------------------------------------------------------------------------

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 250/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 250/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

Мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық мөлшерін анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований по определению остаточных количеств антибиотиков в продуктах животноводства

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Әкеліну күні Дата доставки	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Әкеліну уақыты Время доставки	Зерттеу басталған уақыт Время начала исследования	Өнімнің атауы, алыну орны, материалды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор материала	А/б сериясы, жұмыстық концентрациясы А/б, серия, рабочая концентрация	Тест-микроб	М/орг-ның шамаланған себу дозасы Орентировочная посевная доза м/орг-ма
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Қоректік орта мен буфер Питательная среда и буфер	1 табақшадағы ортаның мөлшері Количество среды на 1 чашку	Өсіріндінің өсуі тежелуінің диаметрі Диаметр задержки роста культур	Орта бірліктерге уақыттық түзету Временная поправка в средние величины	2 қатар табақшалардың орта арифметикалық саны Средн. арифметическое 2-х параллельных чашек	Өсу тежелуі аймағының диаметрлер айырмасы Разность диаметров зоны задержки роста	Өнімдердегі анықталған а / б қанықтығы Опред. концентрация а/б в продуктах	Нәтижесі, күні, қолы Результат, дата, подпись
------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

9	10	11	12	13	14	15	16
---	----	----	----	----	----	----	----

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
251-қосымша
Приложение 251
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 251/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 251/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Тағам және мал шаруашылығы өнімдеріндегі бактерияға қарсы және гормоналды препараттардың қалдық мөлшерін анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛІ регистрации исследований по определению остаточных количеств антибактериальных и гормональных препаратов в продуктах питания и животноводства

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

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

Әкеліну күні Дата доставки	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Әкеліну уақыты Время доставки	Зерттеу басталған уақыт Время начала исследования	Өнімнің атауы, алыну орны, материалды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор материала	Тест-система	Қалдық гормонның мөлшерін анықтау нәтижесі Результат исследования на определение остаточного количества гормонов	Күні, колы дата, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
252-қосымша
Приложение 252
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 252/ен нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы	Медицинская документация Форма № 252/у	

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___
--------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

**Қанды стерилділікке микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ
регистрации микробиологических исследований крови на стерильность**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистра ционны й номер	ТАӘ, мекен жайы, жұмыс орны ФИО, адрес, место работы	Қанды акелген адамның тегі, аты , әкесінің аты, луазым ы қолы Фамили я, имя, отчество , должнос ть и подпись лица достави вщего кровь	Зерттеу мақсаты Цель исследо вания	Темпера туралық тәртібі Темпера турный режим	Себулер Высевы				
						I	II	III	IV	V
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Микроскопия	Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации	Нәтиже Результат	Талдау аяқталған күн Дата окончания анализа	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты Фамилия имя отчество, подпись лица проводившего исследование
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

Регистрационный номер	и я в лабораторию	Ф.И.О (болған жағдайда)						
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

КОЕ (Өсіру) (в разведение)	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации											Фениланин
	Лактоза	Глюкоза	Сероводород	Мочевина	Индол	Подвижность	Маннит	Мальтоза	Сахароза	Ацетат натрия	Цитрат Симонса	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации

Лизин	Фазлизин	ЛецитиназПигмент	Маннит	Мальтоза	Манноза	Галактоза	Трегалоза	Фосфатаза	Глицерин	Коагулаза	Хлопь ещбразование	Гемолиз	Каталаза, ФП
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36

Антибиотиктер өсуінің тежелу аймағының диаметрі (мм) Антибиотики/диаметр зоны задержки роста (мм)

Пенициллин	Ампициллин	Эритромицин	Линкомицин	Оксациллин	Рифампицин	Метилциллин	Амоксицилин	Тетрациклин	Гентамицин	Канамидин	Неомицин	Азитромицин	Меропенем
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

Продолжение таблицы

Антибиотиктер өсуінің тежелу аймағының диаметрі (мм) Антибиотики/диаметр зоны задержки роста (мм)

Импенем	Тобрамицин	Канамицин	Цефазолон	Цефепим	Цефтазидим	Норфлоксацин	Левометицин	Пефлоксацин	Цефалексим	Цефексим	Цефотаксим	Цефаклор
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63

Грибокқа қарсы препараттар Противогрибковые препараты

Амфотерицин	Клотримазол	Нистатин	Кетоконазол	Интраконозол	Флуконазол	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), должность и подпись
-------------	-------------	----------	-------------	--------------	------------	--------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

							лица, проводившего исследование
64	65	66	67	68	69	70	71

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
254-қосымша
Приложение 254
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ — № ____ бұйрығымен бекітілген № 254/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 254/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____	

**Адамдардан алынған (дисбактериоз) клиникалық материалды зерттеу сынамаларын тіркеу
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации проб исследования клинического материала от людей (дисбактериоз)**

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НК)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1. _____
2. _____

Күні Дата		Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии)	Жасы Возраст	Коректендіру орталарында өсу Рост на питательных средах (в разведение) (өсіру)				
Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға келіп түскен Поступления в лабораторию			Среда Плоскирева Плоскирево ортасы	ВСА	Бифидоагар	Лактоагар	Среда для бактериальных Бактериальных тарға арналған орта
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Коректендіру орталарында өсу Рост на питательных средах (в разведение) (өсіру)							
Эндо	П о Шукевичу Пушкевич бойынша	Кровяной агар	Энтерококк агар	ЖСА	Вильсон-Бл ера	Сабуро	Salmonella Shigella
10	11	12	13	14	15	16	17

Количество выросших микроорганизмов (микробных клеток в 1 гр фекалий) Өскен микроорганизмдер саны (1гр фекалийдегі микроб клеткалары)						
Lactobacterium	Bacteroid.	E. Coli Lac +	E. Coli Lac +/-	E. Coli Lac -	E. Coli гемолизир ующая	Бактерии рода Типіндегі бактериялар
18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Количество выросших микроорганизмов (микробных клеток в 1 гр фекалий) Өскен микроорганизмдер саны (1гр фекалийдегі микроб клеткалары)						
Другие УПЭ Басқа УПЭ	St.aureus	Enterococcus	Clostrilium	Candida	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның колы Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), подпись лица проводив шегоисследов ание

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Үлгілер алынған күн Дата отбора образцов	Сынаман ың (үлгінің) атауы Наименование пробы (образца)	Саны Количество	Алынған ауданы, орны Районы Место отбора	нитраттар (мг/кг) Обнаруженное содержание нитратов (мг/кг)	ң мөлшері (мг/кг) Допустимое содержание нитратов (мг/кг)	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
256-қосымша
Приложение 256
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 256/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 256/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Безгекке тексерілгендерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации обследуемых на малярию

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	Зертханаға препараттард ы Қабылданған күні Д а т а поступления препаратов в лабораторию	Тексерілушіні ң тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия имя отчество (при наличии) обследуемого	Туған жылы Год рождения	Мекен-жайы А д р е с проживания	Жұмыс орны, лауазымы Место работы , должность	Алғашқы қойылған диагноз Первичный диагноз
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Келген жері (елі), болу кезеңі, айы, жылы ҚР-на келген күні. Откуда страна) прибыл, период пребывания, Д а т а прибытия в РК	Зерттеулердің саны Количество исследований	Нәтижелер берілген күн Дата выдачи результата	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Зерттеу жүргізген адамның қолы , тегі, аты, әкесінің аты (при наличии), лауазымы Фамилия имя отчество (при наличии), должность и подпись проводившего исследование	Ескерту Примечание
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
257-қосымша
Приложение 257
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ —

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 258/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

**Паразитологиялық зертханалық бақылауды тіркеу (шайындылар) ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации внутрилабораторного контроля (смывы) в паразитологических лабораториях**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20__ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу жүргізілген күн, Дата проведения исследования	Үлгі алынған орын Место взятия образца	Зерттеу нәтижелері Результаты исследования	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (при наличии), лауазымы қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность лица, подпись, проводившего исследование.
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
258-қосымша
Приложение 258
к приказу Министра

здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ _____ № ____ бұйрығымен бекітілген №258/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпид емиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидеми ологической службы	Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Гнус имангосы санының серпінін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ учета динамики численности имаго гнуса

Облыста (в области) _____ 20 ж. (г.)

Занды және жеке тұлғалардың толық атауы (Полное наименование юридического, физического лица) _____

Есепке алу тәсілі (20 минуттық "өзінен" аулау немесе өсімдіктерді шабу) _____

(Способ учета (20-минутный облов "на себя" или кошение по растительности))

Буын аяқты лар тобы* *	Зерттеу әдістері менің НҚ-ры	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность		
		Сәуір	Мамыр	

Группа членистоногих**	НД на метод испытаний	Апрель				Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность												Орташа маусымдық көрсеткіш Средне сезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмыттар, соналар

Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
259-қосымша
Приложение 259
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 259/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 259/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Гнус дернәсілдері санының маусымдық серпінін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета сезонной динамики численности личинок гнуса

Шаруашылық жүргізуші объектінің толық атауы (Полное наименование хозяйствующего субъекта)

Су қоймасы № (№ водоема) _____

Есепке алу тәсілі (ебелек немесе кювета) (Способ учета (сачок или кювета)) _____

(в) _____ ауданында (районе), (в области) _____ облысында 20 ж.(г.)

Буына яқтыл а р тобы Групп а члени стоног их**	Зертте у әдісте менің НК-р ы НД на метод испыт аний	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность												Орташ а маусы мдық көрсет кіш Средне сезонн ы й показа тель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см	

15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

* Әрбір он күндікті екі бағаншаға бөлеміз: бөлінгішінде – барлық құрттар, бөлгішінде - бір сынамаға келетін саны; Бір м2 су бетіне келетін санды қайта есептеуді зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды қорытындылау кезінде жүргізу керек.

Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м2 водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала.

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмыттар, соналар.

Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
260-қосымша
Приложение 260
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 260/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 260/у

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___
--------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Кенелер имагосы санының серпінін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ учета динамики численности имаго клещей

(в) _____ ауданында (районе), (в области) _____ облысында

Бақылау нүктесінің, орманды типологиялық бөліктің атауы, есепке алу тәсілі (мүйізді ірі қара маршруттында) Наименование контрольной точки, лесотипологического выдела, способ учета (маршрут на крупн	Он күн сайын және айлық (бұдан әрі -А) саны Подекадная и месячная (далее-М) численность											
	Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
	1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	1	2		СМ
Зерттеу әдістерінің НК-ры НД на	1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	1	2		СМ

орогат о м скоте)	метод испыт аний											3	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Продолжение таблицы

Он күн сайын және айлық (бұдан әрі -А) саны Подекадная и месячная (далее-М) численность												Маусы мдық көрсет кіш Сезонн ы й показа тель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
261-қосымша
Приложение 261
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды

		Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 261/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 261/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №

**Энтомофаунаны және кенелерді фенологиялық бақылауды есепке алу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ учета фенологических наблюдений за энтомофауной и клещами**

Облыстың (Наименование области) _____ ауданның (района) _____
елді мекеннің атауы (населенного пункта) _____
Зерттеу әдістеменің НҚ-ры _____
(НД на метод испытаний)

№	Негізгі фендік құбылыста р Основные феноявлен ия	Анофелес масасы Анофелес	Аедес	Куликс	Шіркейлер Мошки	Соналар Слепни	Үнсіз масалар Москиты	Шыбында р Мухи
	Жәндіктер Насекомы е							
1.	Қыстаудан ұшып шығуыны ңбасталуы Начало вылета с зимовок		X	X	X	X	X	
2.	Қыстаудан жаппай ұшыпшығ уы		X		X		X	

	Массовый вылет с зимовок					X		
3.	Қан сорған алғашқы ұрғашыма салар ервые самки с кровью		X	X	X	X	X	X
4.	Жаппай қан сорған ұрғашы масалар Массовост ь самок с кровью		X	X	X	X	X	X
5.	Ұрығы жетілген алғашқы ұрғашы масалар Первые самки с созревшим яйцом		X	X	X	X	X	X
6.	1 - маусымдағы алғашқы құрттар Первые личинки 1-го возраста					X	X	
7.	2 - маусымдағы алғашқы құрттар Первые личинки 2-го возраста				X	X	X	X
8.	3 - маусымдағы алғашқы құрттар Первые личинки 3-				X	X	X	X

	г о возраста							
9.	4 - маусымдағ ы алғашқы құрттар Первые личинки 4- г о возраста					X	X	X
10.	Бірінші куыршақт ар Первые куколки					X	X	
11.	Бірінші генерация ның ұшуы Вылет первой генерации							
12.	Жаппай кансоруды ң басталуы Начало массового кровососа ния							X
13.	Буынаякт ылар имагосы санының ең көбі П и к численнос ти имаго							
14.	Жаппай кансоруды ң аяқталуы Конец массового кровососа ния		X					X
15.	Құрттар санының ең көбі П и к численнос					X	X	X

	Т и личинок							
16.	Соңғы қан сорған ұрғашы жәндіктер Последние самки с кровью		X	X	X	X	X	X
17.	С у айдындар ындағы соңғы құрттар Последние личинки в водоемах				X	X	X	X
18.	Бірінші диапауза ағы ұрғашы жәндіктер Первые диапаузи рующие самки		X	X	X	X	X	X
19.	Жаппай диапаузаға кетуі Массовый уход в диапаузу		X	X	X	X	X	X
20.	Соңғы тіркелу мерзімдері Сроки последней регистрац ии							
21.	Масалард ың тез жұқтыру маусымын ың басталуы Начало сезона эффективн о й заражаемо с т и комаров		X	X	X	X	X	X

22.	Масалардың тез жұқтыру маусымының соңы Конец сезона эффeктивнoй заражаeмoстн комаров		X	X	X	X	X	X
23.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің басы Начало сезона передачи малярии человеку		X	X	X	X	X	X
24.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің соңы Конец сезона передачи малярии человеку		X	X	X	X	X	X
25	Жергілікті безгек ауруына байланысты уақытында тіркеу күні Дата возможно йрегистра ц и и местного случая мал ярии							
	Кенелер Клещи	Маршруттарының нөмірлері Номера маршрутов						
	Маршрут ағы							

1.	бірінші кенелер Первые клещи на маршруте							
2.	Жаппай белсенділіктің басталуы Начало массовой активности							
3.	Кенелердің жоғары саны Пик численности клещей							
4.	Жаппай белсенділіктің соңы Конец массовой активности							
5.	Табиғаттағы соңғы кенелер Последние клещи в природе							
6.	Маусымдағы белсенділік кезеңі (күндермен) Период активности за сезон(в днях)							

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
262-қосымша
Приложение 262
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	ға келіп түскен күні Дата поступления Дата дезинфицирующего средства в лабораторию	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год начала исследования	Құралды жіберген мекеме Учреждение направившее средство	Құралдың атауы Наименование средства	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	күн ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	болған жағдайда), колы Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
263-қосымша
Приложение 263
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 263/е нысанды медициналық құжаттама	
			Медицинская документация Форма № 263/у

Утверждена приказом Министра

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Метеорологиялық факторларды өлшеу және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации измерений и выдачи результатов исследований метеорологических факторов

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы(Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Объектінің атауы Наименование объекта	Цех, бөлім Цех, отдел	Ауа температурасы 0С Температура воздуха 0С		Ауаның салыстырмалы ылғалдылығы % Относительная влажность воздуха в %		
				Өлшенген Измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген оптимальная/допустимая по нормам	өлшенген измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген доптимальная/допустимая по нормам	
1	2	3	4	5		6		
Ауаның қозғалыс жылдамдығы Скорость движения воздуха не более м/с	Жылу шығару Тепловое излучение							
Өлшенген Измеренная	Жылу шығару көзінің атауы Наименование источника	Жылу көзінен арақашықтық, сантиметр Расстояние от источника	Өлшенген Вт/м2 Измеренная Вт/ м2	Нормалар бойынша рұқсат етілген Вт/м2 Допустимое по нормам Вт/м2	Өлшемдер саны/оның ішінде РЕШД–дан жоғары Количество замеров/изних выше ПДУ	Өлшенген құралдар Приборы для измерения	Зерттеу жүргізген адамның қолы тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество, подпись лица проводившего исследование	Хаттаманың алғандық күні Дата и подпись лица, получившего протокол
	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген оптималды/допустимая						Зерттеу әдістерінің НҚ-ры НД на метод испытаний	

7	8	9	10	11	12	13
---	---	---	----	----	----	----

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
264-қосымша
Приложение 264
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 264/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 264/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Жануарлардың тістеуінен, сілекейінің жұғуынан, тырнауынан зардап шеккен адамдарды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации пострадавших от укусов, ослюнений, оцарапывания животными

	Хабарламаның берілген күнімен	Хабарлама жіберуші	Зардап шеккен адамның тегі,			
--	-------------------------------	--------------------	-----------------------------	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрацион ный номер	уақыты, кім хабарлады Дата и час сообщения, кто передал	медициналық ұйымының атауы Наименовани е медицинской организации, пославшей сообщение	аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя , отчество (при наличии) пострадавшего	Жасы Возраст	Мамандығы Профессия	Мекен-жайы Домашний адрес
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Күні Дата			Жануардың түрі В и д животного	Жануар иесінің мекен- жайы Адрес хозяина животного	Ветеринария анықтама нөмірі Номер ветеринарной справки	Ветеринария анықтаманы алған күні Дата получения ветеринарной справки
Тістелген Укуса	Көмек сұраған Обращения	Диагноз				
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
265-қосымша
Приложение 265
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 265/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпид емиологиялық қызметтің		

мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидеми ологической службы	Медицинская документация Форма № 265/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Сүтқоректілердің эктопаразиттерінің талшықтарын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
 регистрации очесов эктопаразитов млекопитающих**

Басталуы (Начат) "___" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж. (г.)

Ретті № № п/п	Күні Дата	Материалдың анықталған орны(елді мекеннің және әкімшілік ауданның атауы) Место добычи материала (название административного района, населенного пункта, точки сбора)	Жануар дың түрі В и д животно го	Ұсақ сүтқоректілердің саны Количество мелких млекопитающих	
				эктопаразиттерме н с эктопаразитами	эктопара зиттері з б е з экзопара зитов
1	2	3	4	5	6
Иксодтық кенелер Иксодовые клещи		Гамазды ккене лер Гамазов ы е ккене	Бүрге Блохи	Бит Вши	Ескерту Примечание
Личинки (L)		Нимфы (N)			
7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 266-қосымша
 Приложение 266
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от "___" _____ 2021 года №___
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды
--	----------------------------

		Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 266/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 266/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №___

Дефектоскоптарды, иондаушы сәулелену көздерін және спектрометрлерді дозиметриялық бақылауды есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета дозиметрического контроля дефектоскопов, источники ионизиционного излучения и спектрометров

Басталуы (Начат) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20___ ж. (г.)

Кәсіпорын атауы Наименование предприятия	ИСК ИИИ	Зауыт нөмірі Завод номер	Альфа-бета және гамма рентген сәулеленудің өлшем саны Количество замеров альфа-бета и гамма рентген излучения	Өлшем диапазоны Диапазон измерения	Хаттама нөмірі Номер протокола	Радонды өлшеу саны Количество замеров радона	Өлшем диапазоны Диапазон измерения	Хаттама нөмірі Номер протокола	Бақылау күні Дата контроля
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 267-қосымша
 Приложение 267
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № _____

Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № _____ бұйрығымен бекітілген №267/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпид емиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидеми ологической службы		Медицинская документация Форма № 267/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____ —

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органдарының инфекциялық және паразиттік ауруларды есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета инфекционных и паразитарных заболеваний государственными органами санитарно-эпидемиологического контроля

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (Г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (Г.)

		Телефон арқылы алынған (____) (берілген) айы, күні және сағаты алғашқы шұғыл			
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрационны й номер	Эпидемиологиял ық нөмірі (Эпидемиологиче ский номер	хабарламаны жіберген (алған) адамның аты, жөні Дата и часы сообщения (по приема) по телефону и дата отсылки (по получения) первичного экстренного извещения кто передал, кто принял	Хабарлама берген медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации, передавшей сообщение	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного	Жасы (3 жасқа дейінгі балалардың туған айы мен жылын көрсетіңіз) Возраст (для детей до 3-х лет, указать месяц и год рождения)
1	2	3	4	5	6

жалғасы/ продолжение

Мекен-жайы (қала, ауыл, көше, үй нөмірі, пәтер нөмірі) Домашний адрес (по город, село, улица, номер дома, номер квартиры)	Жұмыс, оқу орнының атауы, мектеп жасына дейінгі балалар ұйымының (сынып, топ) атауы, соңғы барған күні Наименование места работы, учебы, детской дошкольной организации (класс, группа) дата последнего посещения	Ауырған айы, күні, жылы Дата заболевания	Диагноз және оның қойылған күні, айы, жылы Диагноз и дата его установления	Ауруханаға жатқызылған күні, айы, жылы және орны Дата, место госпитализации
7	8	9	10	11

жалғасы/ продолжение

Дәрігерге алғашқы қаралған күні Дата первичного обращения	Өзгертілген (по нақтыланған) диагнозы, оның анықталған күні Измененный, (по уточненный)	Эпидемиологиял ық қарап-тексеру жүргізілген күн, инфекциялық ауру ошағында тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты Дата эпидемиоло- гического	Тұрақты мекенжай бойынша, балалар ұйымынан, оқу, жұмыс, орындары бойынша ауру оқиғасы туралы мемлекеттік санитариялық эпидемиологиял ық органдарға хабарланған күн , ай, жыл Дата сообщения о заболевании в государственны	Зертханалық тексерулер, олардың нәтижелері Лабораторные исследования, результаты	Ескерту Примечание
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

	диагноз и дата его уточнения	обследования, фамилия, имя, отчество обследовавшего о ч а г инфекционного заболевания	е органы санитарно-эпидемиологического надзора по месту постоянного жительства, в детскую организацию, по месту учебы, работы		
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
268-қосымша
Приложение 268
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 268/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 268/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____ —

**Спектротриялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации
спектротрических исследований**

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Журнал бойынша нөмірі Номер по журналу	Өлшеу жүргізілген күн Дата проведения измерения	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлгінің салмағы (гр) Вес образца (гр)	Үлгіні өлшеу уақыты (сек) Время измерения образца (сек)	
1	2	3	4	5	6	
Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм ³ Активность радионуклидов						
Радий- 226	Торий- 232	Калий- 40	Цезий - 137	Стронций - 90	Басқа гамма сәулеленуші изотоптар Другие гамма – излучающие изотопы	Меншікті тиімді белсенділігі Удельная эффективная активность
7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
269-қосымша
Приложение 269
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №269/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 269/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Өнеркәсіптік объектілерді зерттеп-қарауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ регистрации обследований промышленных объектов

Тіркеу Нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	объектінің атауы Наименовани е объекта	Өлшеу жүргізілген орын Место проведения измерений	Гамма сәулеленудің ЭМҚ мкЗв/с / МЭД гамма излучения мкЗв/час				
				Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений			
1	2	3	4	5	6			
А л ь ф а бөлшектер/ см2х мин Альфа частиц /см2х мин	Бета бөлшектер/см2х мин Бета частиц/см2х ми	Ауада радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді белсенділігі Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе Бк/м3)	Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м. ·сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности гранта (мБк/м2·сек)	Өлше у жүргізі ген, Т.А.Ә, колы Измер ения прово дил				
Өлше м саны Колич ество измер ений	Өлше у нәтиж елері Резуль таты измер ений	Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшем саны Количество измерений	Өлше у нәтиж елері Резуль таты измер ений			
7	8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
270-қосымша
Приложение 270
к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №270/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 270/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Рентген кабинеттерінде жүргізілген өлшемдерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации измерений проведенных в рентгенологических кабинетах

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер		Күні Дата		Объектінің атауы Наименован ие объекта	Өлшеу жүргізілген орын Место проведения измерений
1	2	3	4	5	6
Рентген сәулеленудің мкЗв/с /рентген излучение мкЗв/час				Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә (при наличии) , қолы Измерения проводил Ф.И.О (при наличии), подпись	
Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшемнен асқан өлшемдер саны Количество измерений с превышением	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	5	6
5	6	7	8	9	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
271-қосымша
Приложение 271
к приказу Министра

здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 271/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпид емиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидеми ологической службы	Медицинская документация Форма № 271/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____ —

Сапаны сырттай бағалау бойынша сынамаларды және зертханааралық салыстыру сынақтарын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации проб по внешней оценке качества и межлабораторных сличительных испытаний

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистра ционный номер	Күні Дата	Сынама атауы Наимен ование пробы	Зерттеу түрі Вид исследо вания	Қайдан жіберілді Откуда направлен	Қайда жіберілді Куда направлен
--------------------------------------------	--------------	----------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

	НҚ-ға сәйкес Нормалар			Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің	
--	--------------------------	--	--	--------------------------------------------------------	--

Жіберілген препараттар саны Количество направленных препаратов	Нормы в соответствии с НД	Зерттеудің нәимжесі Результат исследований	Нәтижелер сәйкестігінің үлес салмағы Удельный вес совпадений результатов	аты (болған жағдайда), қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись, проводившего исследование	Ескерту Примечание
-------------------------------------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
272-қосымша
Приложение 272
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 272/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 272/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

**Қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын өлшеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации измерения звукоизоляций ограждающих конструкции**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

		Өлшеулер саны		
--	--	---------------	--	--

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні айы, жылы Дата, месяц, год	Шаруашылық жүргізуші субъектінің, ұйымның атауы Наименование хозяйствующего субъекта, организации	Количество замеров						Қолданылған құралдардың атауы Наименование использованных приборов	Өлшеулер жүргізілген мамандарды Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии) и подпись специалистов проводивших измерения
			Фоновый шум	реверберации	Воздушный шум		Ударный шум			
			Барлығы Всего	Барлығы Всего	Барлығы Всего	Рұқсат етілген шегінен жоғары Выше ПДУ	Барлығы Всего	Рұқсат етілген шегінен жоғары Выше ПДУ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
273-қосымша
Приложение 273
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 273/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 273/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттамаларды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ
регистрации протоколов об административных правонарушениях**

№ п/п	Құқық бұзушылықты анықтаған орган Орган выявивший правонарушение	Әкімшілік істің нөмірі Номер административного дела	Жасалған күні Дата заведения	Аты-жөні хаттама ы толтырған, Хаттама жасаған адамның лауазымы Ф.И.О (при наличии) лица составившего протокол, Должность лица составившего протокол	Жеке тұлға, занды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер (ЖСН, БСН, Т. А. Ә., мекенжайы) Сведения о физическом лице, юридическом лице, индивидуальном предпринимателе (ИНН, БИН, ФИО, адрес)	Жұмыс түрі, лауазымы, жұмыс орны, телефоны Род занятий, должность, место работы, телефон	Жасалған орны, мекен-жайы. Место совершения, адрес.	Қ Р ӘҚБТК біліктілігі Квалификация КоАП РК	Өндірісті камтамасыз ету шаралары Меры обеспечения производства
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

жалғасы

продолжение

Тұлғаны әкімшілік жауапкершілікке бұрын тартылғаны туралы деректер Данные о раннем привлечении	Өтінішхаттардың болуы Наличие ходатайств	Қарау күні мен нәтижесі, қабылданған шаралар Дата и результат рассмотрения,	Танысу туралы мәліметтер Сведения об ознакомлении	Материал / хаттама бойынша шешім	Төлеу күні (қысқартылған өндірісте) Дата уплаты (в	Басқа белгілер Прочие отметки
---------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------------------------	----------------------------------

к администрати в н о й ответственнос ти лица		принятые меры		Решение по материалу/ протоколу	сокращенном производстве)	
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
273-1-қосымша
Приложение 273-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. Бұйрық 273-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " __ " __ № _____ бұйрығымен бекітілген № 273-1/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 273-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " __ " _____ 2021 года № _____

**Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы
тергеп-тексерулерді есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛІ учета исследований в сфере
санитарно-эпидемиологического благополучия населения**

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " _____ " _____ ж. (г.)

№	Тергеп-тексеруді тағайындау, тергеп-тексеру мерзімдерін ұзарту туралы актісінің шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер акта о назначении расследования, продлении сроков расследования)	Субъектілердің (объектінің) атауы, өздеріне қатысты тергеп-тексеру басталған (Тергеп-тексеруді тағайындау, тергеп-тексеру мерзімдерін ұзарту туралы актісінің шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер акта о назначении расследования, продлении сроков расследования)	Тексеру барысында бұзушылықтары анықталған құжаттардың атауы және нормативтік құқықтық актілер нормалары (Наименование документов и нормы нормативно-правовых актов, нарушение которых выявлено в ходе расследования)	Тергеп-тексеруге қатысушылардың Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия, имя отчество (при его наличии) участвующих в расследовании)	Тергеп-тексеру нәтижелері туралы актінің шығарылған күні мен нөмер (Дата и номер акта о результатах расследования)	Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша қабылданған шаралар (Принятые меры по результатам расследования)	Тергеп-тексеруді жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы (Фамилия имя отчество (при его наличии), должность лица, проводившего расследование)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 274-қосымша
 Приложение 274
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан

от " ____ " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 274/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 274/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

**Ұсақ сүтқоректілердің санын есепке алудың ДАЛАЛЫҚ ЖУРНАЛЫ ПОЛЕВОЙ ЖУРНАЛ
учета численности мелких млекопитающих**

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрац ионный номер	Күні Дата	Материалд ы алу орны (әкімшілік аймағыны ң атауы мен зерттеу нүктесі) Место добычи материала (название администр ативного района и точка обследова ния)	Аулау құралдарының саны (Количество орудий улова		Ұсақ сүтқоректі лердің саны Количество о мелких млекопита ющих	Ұрғашыла рдың генеративт ік күйі және жынысы Пол и генератив но е состояние самок	Биосынам а № № биопробы	Сүтқорект ілер санының пайыздық көрсеткіші Показател ь численнос ти мелких млекопита ющих %
			торлар ловушки	қақпан капкан				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
275-қосымша
Приложение 275
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 275/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 275/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Кәсіптік ауруды (улануларды) есепке алу КАРТАСЫ КАРТА учета профессионального заболевания (отравления)

Толтырылған күні (Дата заполнения)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)		
Деректердің мазмұны (Содержание сведений)	Беттің № № (страницы)	Коды (Код)	
Республика	1		
Облыс, қала (область, город)	2		
Сала түрі Вид отрасли	3		
Нысан атауы Наименование объекта	4		
Жұмыс орны, цех, бөлімше, учаске, лауазымы (Место работы, цех, отделение, участок, должность)	5		

Кәсіптік ауру (улану) туралы хабарлама Алынған күн (Дата получения извещения о профессиональном заболевании (отравление))	6	
Науқасты қосқанда, бір уақытта зардап шеккендер саны Число одновременно пострадавших, включая данное лицо	7	
Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пострадавшего)	8	
Жынысы (Пол): ер (мужской) – 1; әйел (женский) - 2	9	
Жасы (жыл саны) (Возраст (число лет))	10	
Кәсібі (Профессия)	11	
Осы кәсіптегі еңбек өтілі, жылдар (Стаж работы в данной профессии, лет)	12	
Кәсіптік ауруды тудырған зиянды өндірістік фактормен байланысты еңбек өтілі (Стаж работы в контакте с вредным производственным фактором, вызвавшим профзаболевание, лет)	13	
Кәсіптік ауруды (улануды) тудыруға себепкер болған зияды өндірістік факторлар (Вредные производственные факторы, послужившие причиной профзаболевания (отравления))		
1. Негізгі (Основной)	14	
2. Қосымша (Сопутствующий)	15	
Негізгі фактордың параметрлері (Параметры основного фактора)	16	
Қосымша факторлардың параметрлері (Параметры сопутствующих факторов)	17	
Кәсіптік ауруды тудырған жағдайлар (Обстоятельства возникновения профзаболевания)	18	
1.	19	
2.	20	
Кәсіптік аурудың түрі (Виды профзаболевания): ауру (заболевание) - 1; улану (отравление) – 2	21	
Кәсіптік аурудың түрі (Форма профзаболевания): жіті (острое) – 1; созылмалы (хроническое) - 2	22	
Диагноздары (Диагнозы): негізгі (основной)	23	
Қосымша (сопутствующий)	24	
Кәсіптік ауру (улану) анықталды (Профзаболевание (отравление) выявлено):	25	

медициналық тексеру кезінде (при медицинском осмотре) – 1; қаралғанда (при обращении - 2)		
Диагноз қойылды (Диагноз установлен): емдеу-алдын алу ұйымында (бұдан әрі –ЕААҰ) (лечебно-профилактической организацией (далее - ЛПО)) – 1; алдын алу бөлімшесінде (бұдан әрі – профбөлімше) (профилактическим отделением (далее - профотделение)) – 2; ғылыми -зерттеу институтында (бұдан әрі - ҒЗИ) (научно-исследовательским институтом (далее - НИИ)) - 3	26	
Аурудың ауырлығы (Тяжесть заболевания): 1 - еңбекке қабілеттілігін жоғалтпай (без утраты трудоспособности); 2 - еңбекке қабілеттілігін жоғалтуымен (с утратой трудоспособности); 3 - қайтыс болуы (смерть)	27 28	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органы қабылдаған шаралар (Меры принятые государственным органом санитарно-эпидемиологической службы)	29	

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің лауазымды тұлғасы
 (Должностное лицо санитарно-эпидемиологической службы) _____

тегі, аты, әкесінің аты, қолы (фамилия, имя, отчество, подпись)

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 276-қосымша
 Приложение 276
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген №276/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 276/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Инфекциялық және паразиттік ауру ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау КАРТАСЫ
КАРТА эпидемиологического обследования очага инфекционного и паразитарного
заболевания № _____

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного) _____

2. Жынысы (Пол) _____ науқас жергілікті (больной местный),
сырттан келген (приезжий)

3. Туған күні, пациенттің ЖСН (Дата рождения, ИИН пациента) _____
_____ толық жасы

(число полных лет) _____

4. Мекен-жайы (Домашний адрес) _____

5. Жұмыс, оқу орны, мектепке дейінгі балалар ұйымы (бұдан әрі - МБҰ)
(Место работы, учебы, детской дошкольной организации (далее -ДДО))

6. Кәсібі (Род занятий) _____

7. Жұмыс, оқу орнына, БҰ-на соңғы рет барған күні (Дата последнего посещения
места работы, учебы, ДО) _____

8. Медициналық ұйымы (бұдан әрі -МҰ), шұғыл хабарламаның түскен күні, уақыты
(Медицинская организация (далее-МО), дата, время поступления
экстренного извещения)

1. МКБ-10 бойынша алғашқы диагноз (Первичный диагноз по МКБ-10) _____

10. Аурудың клиникалық белгілері (Клинические симптомы болезни)

11. Науқас диагностикалық қызметте анықталды (Больной выявлен с
диагностической целью): дәрігерге қаралғанда (при

обращении), кәсіби зерттеп-тексеру кезінде (профессиональном обследовании), эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша зерттеп-қарау кезінде (обследовании по эпидемиологическим показаниям)

12. Эпидемиологиялық зерттеп-қарау жүргізу күні мен уақыты (Дата и время проведения эпидемиологического обследования) _____

13. Ауырған (Даты заболевания) _____ қаралған (обращения) _____ ауруханаға жатқызылған күндері (госпитализации) _____

14. Жатқызылған орны (Место госпитализации) _____

15. Ауруханаға жатқызылмаған себебі (Не госпитализирован по причине) _____

16. Жазылған күні (немен аяқталды) (Дата выздоровления (исход)) _____

17. Науқасқа зертханалық зерттеулер жүргізу күні және орны (Дата и место проведения больному лабораторных исследований):

Зерттеу түрлері Виды исследования	Осы диагнозды растайтын тексеру нәтижелері (күні) Результаты обследования (даты), подтверждающие данный диагноз
Клиникалық Клинические	
Биохимиялық Биохимические	
Бактериологиялық Бактериологические	
Серологиялық Серологические	
Вирусологиялық Вирусологические	
Басқалары Другие	

18. Ауырған адамның осы инфекцияға қарсы егілгендігі туралы мәлімет (күндерін көрсетіңіз) (Сведения о вакцинации заболевшего против данной инфекции (указать дни))

19. Иммундаудың жүргізілмеу себептері (Причины отсутствия иммунизации)

Инфекцияның көзі мен берілу факторларын іздеу (Поиск источника и факторы передачи инфекции)

20. Жұқтырудың болжамды мерзімдері (Ориентировочные сроки заражения)

(с) _____ бастап (по) _____ дейін

21. Жұқтыру мүмкін орын мен оған ықпал еткен жағдайлар мен шарттар (Предполагаемое место заражения, обстоятельства и условия способствующие этому):

Жағдайлар

	Обстоятельства	Мерзімі Сроки
Басқа елді мекенде болуы Нахождение в другом населенном пункте		
Туыстарына, таныстарына баруы Посещение родственников, знакомых		
Табиғат аясында демалуы Отдых в природных условиях		
Сауықтыру ұйымында болуы Пребывание в оздоровительной организации		
Стационарда болуы Нахождение в стационаре		
Қан және оның препараттарын күйю Переливание крови и ее препаратов		
Медициналық іс-әрекеттер, қандай екендігін көрсетіңіз Медицинские манипуляции, указать какие		
Жануарлармен, құстармен байланысы Общение с животными, птицами		
Су құбырларында, канализацияда апат болуы Аварии на водопроводе, канализации		
Басқалар (жазыңыз) Другие (вписать)		

22. Инфекцияның көзі болып табылуы мүмкін адамдар (Лица, которые могли явиться источником инфекции)

Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Пациенттің ЖСН ИИН пациента	Қарым-қатынас сипаты Характер отношений	Араласқан орны Место общения	Тексеру нәтижесі Результат обследования

23. Инфекцияның ықтималды берілу факторлары туралы мәліметтер (Сведения о наиболее вероятных факторах передачи инфекции)

Болжамды берілу факторлары Предполагаемые факторы передачи	Қолданған күні мен уақыты Дата и время употребления	Дайындалған (қолданған) орны Место приготовления (употребления)	Жұқтыруға ықпал еткен жағдайлар Обстоятельства, способствующие заражению

24. Инфекция ошағында тұрғылықты жері бойынша жүргізілген шаралар (мекен-жайы) (Мероприятия в очаге по месту жительства (адрес))

Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, и м я , отчество	Туған күні Дата рождения	Туыстық жақындығы Степень родства	Байланыста болған адамдардың егу мәртебесі Прививочный статус контактных лиц	Жұмыс орны Место работы	Тексерілу күні Дата обследования	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар Выявлено больных, бактерионосителей	Егілгендер, фаг алғандар (күндері, препарат) Привито, профагировано (даты, препарат)	Дезинфекциялау түрі, күні Тип дезинфекции, дата
---------------------------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

25. Жұмыс, оқу орнындағы инфекция ошағында жүргізілген шаралар (мекен-жайы) (Мероприятия в очаге по месту работы, учебы (адрес))

Ұжымның атауы Наименование коллектива	Қарым-қатынаста болғандар саны Число контактных	Зертханалық жолмен тексерілгендер (күні, саны) Обследовано лабораторно (дата, количество)	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар Выявлено больных, бактерионосителей	Егілгендердің, фаг алғандардың саны (күндері, препарат) Привито, профагировано (даты, препарат)	Мерзімі (сроки)	Дезинфекциялау түрі (күні) Тип дезинфекции (дата)
------------------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	------------------------------------------------------

Осы науқасқа байланысты ошақтардың санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасы

(Санитарно-эпидемиологическая характеристика очагов, связанных с данным больным)

Тұрғылықты жері бойынша
(По месту жительства)

26. Тұрғын үйінің жағдайы (Жилищные условия): жеке пәтер (отдельная квартира), жеке меншік үй (частный дом), ортақ пәтердегі бөлме (комната в общей квартире), жатақхана (общежитие), қонақ үй (гостиница), басқалар (прочие)

27. Сумен қамтамасыз етілу сипаты (Характеристика водоснабжения): су құбыры (водопровод), колонка, бұрғыланған, қазылған құдық, тасып әкелінетін су (привозная вода) Судың сапасы (качество воды) (айтуларынша (со слов)) _____

Су берудің тұрақтылығы (Регулярность подачи)

Жүйедегі апаттар (Аварии в системе)

28. Қалдықтарды жинау және шығару түрлері (Вид сбора и удаления нечистот): кәріз, тазаланатын шұңқыр (выгребная яма), ауладағы дәретхана (надворный туалет), басқасы (другое) _____

29. Инфекциялық ауру пайда болуы тұрғысынан маңызы бар басқа факторлар (Значение других факторов в возникновении данного инфекционного заболевания) _____

30. Тұрғылықты жеріндегі ошақта сыртқы ортадан алынған материалдарды зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования материалов из внешней среды в очаге по месту жительства):

Күні Дата	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлгілер саны Число образцов	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Нәтиже және оның берілген күні Результат и дата выдачи

Жұмыс, оқу, тәрбиелеу, демалу, емдеу және тағы басқа орындар (По месту работы, учебы, воспитания, отдыха, лечения и так далее)

31. Науқас болған нысанның және оның құрылымдарының (цехтың, сыныптың, топтың) атауы (Наименование объекта, его структурного подразделения (цеха, класса, группы)), в котором находился больной

_____ сумен жабдықталуы (водообеспечение) _____

_____ канализация _____

_____ санитариялық жағдайы (санитарное содержание) _____

_____ тамақтану шарттары (условия питания) _____

_____ эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша нысанда қолға алынған шаралар (меры, принятые на данном объекте по эпидемиологическим показаниям)

32. Жұмыс/оқу орындарындағы ошақтың сыртқы орталарынан алынған материалдарды зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования материалов из внешней среды в очаге по месту работы/учебы):

Күні Дата	Үлгі атауы Наименование образца	Зерттеудің түрі Вид исследования	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования

Санитариялық-эпидемиологиялық тексерудің санитариялық-эпидемиологиялық қорытындысы

Санитарно-эпидемиологическое заключение санитарно-эпидемиологического расследования

33. МКБ-10 бойынша қорытынды диагноз (Окончательный диагноз по МКБ-10) _____

34. Қойылған күні мен орны (Дата и место установления) _____

35. Диагноз қойылды (Диагноз установлен): клиникалық жолмен _____

(клинически), зертханалық жолмен расталды

36. (подтвержден лабораторно), мынаған өзгертілді (изменен на):

37. Инфекция жұқтырылған аумақ (Территория заражения) республика, облыс (область), аудан (район), қала (город), елді мекен (населенный пункт)

38. Инфекцияны жұқтырған орын (Место заражения): тұрған жеріндегі БҰ, мектеп, оқу орны, МҰ (ДО, школа, учебное заведение, МО, по месту жительства) _____

39. Инфекция көзі (Источник инфекции) _____

40. Инфекцияның берілу факторы мен жолы (Фактор и путь передачи инфекции): су, тамақ арқылы, ауа-тамшылық, трансмиссивті және басқа жолмен (водный, пищевой, воздушно-капельный, трансмиссивный и другие)

41. Инфекцияны жұқтыруға ықпал еткен жағдайлар: инфекция көзін (ауруды, бактерия

тасымалдаушыны) дер кезінде анықтамау және оқшауламау, науқаста осы инфекцияға қарсы екпелердің болмауы, жеке бас тазалығын сақтау жағдайларының болмауы, сапасыз ауыз су, шомылу, су құбырындағы, кәріз жүйесіндегі авария, анықталмады, басқа жағдайлар (Условия, способствующие заражению: несвоевременное выявление и изоляция источника инфекции (больного, бактерионосителя), отсутствие прививок у больного против данной инфекции, отсутствие условий для соблюдения личной гигиены, некачественная питьевая вода, купание, аварии на водопроводе, канализационной сети, не установлено, другие условия)

42. Осы ошақтағы ауырғандардың жалпы саны (Общее число заболевших в данном очаге)

43. Ошақты бақылау аяқталған күн (Дата окончания наблюдения за очагом)

Эпидемиологиялық тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты, лауазымы, қолы (Фамилия, имя, отчество, должность, подпись проводившего эпидемиологическое расследование)

Бөлім бастығының тегі, аты, әкесінің аты, қолы (Фамилия, имя, отчество, подпись начальника отдела)

Эпидемиологиялық карта тапсырылған күн. Осы жағдай № 1 есептік статистикалық пішінмен санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органы қай айда есепке алды. (Дата сдачи эпидемиологической карты. В каком месяце данный случай учтен государственным органом санитарно-эпидемиологической службы, в отчетной статистической форме № 1.)

Ескертпе: барлық қайтыс болумен аяқталған жағдайларды Эпидемиологиялық тергеп- тексеру картасы толтырылады және мұндай жағдайлар № 1 (инфекциялық және паразиттік аурулар туралы есеп) нысан бойынша есепке алынуы тиіс.

(Примечание: на все летальные исходы должны также заполняться карты эпидемиологического расследования и данные случаи должны быть учтены в форме № 1 (отчет об инфекционных и паразитарных заболеваниях))

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии),
должность исполнителя

қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
277-қосымша
Приложение 277
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	_____ бұйрығымен бекітілген № 277/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 277/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Зоонозды аурулар ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық зерттеп-қарау КАРТАСЫ
КАРТА эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага зоонозного заболевания

1. Нозологиялық түрі (Нозологическая форма) _____

2. Қоздырғыштың түрі (Вид возбудителя) _____

3. Ауырған немесе ауруға күдікті жануардың анықталғаны туралы хабарламаның алынған күні (Дата получения сообщения о выявлении заболевания животного или подозрение на него):

а) _____
_____ ветеринариялық ұйымға (в ветеринарную организацию)

б) _____ мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалаудың аймақтық органына (территориальный орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора)

4. Адамның ауырғаны туралы хабарлама алынған күн (Дата получения сообщения о заболевании человека):

_____ ТҚҚБ (УЗПП), _____ ветеринариялық бөлімге (ветотдел)

5. Алдын-ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз)

Жануарда (у животного)

Адамда (у человека) _____

6. Эпизоотологиялық-эпидемиологиялық тексеру күні (Дата эпизоотолого-эпидемиологического обследования)

Ауру ошағы туралы мәліметтер (Сведения об очаге заболевания)

7. Жануарлардың немесе адамдардың ауырғаны туралы мәліметтер соңғы тіркелген жыл (Год регистрации последних случаев заболевания животных или людей) _____

8. Жануар (лар) дың ауруы анықталған күн (Дата выявления настоящего заболевания животного (ых))

9. Ауру ошағының орналасуы (шаруашылық, елді мекен, ферма, отар, цех және басқалары) (Локализация очага (хозяйство, населенный пункт, ферма, отара, цех и другие))

	Ірі кара мал Крупный рогатый скот	Ұсақ мал Мелкий рогатый скот	Жылқылар Лошадь	Шошқалар Свиньи	Басқа ауыл шаруашылық мал Другие сельскохозяйственные животные	Иттер Собаки	Мысықтар Кошки	Қасқырлар Волки	Түлкілер Лисы	Жана тәріздер Еноты виды е собаки	Басқа жабайы жыртқыштар Другие дикие хищники	Жабайы тұяқтылар Дикие копытные	Кеміргіштер Грызуны	Анықталмағандар Неустановленные
Жеке(1) Личные														
Жалпы(2) Общие														
Жабайы(3) Дикие														

иесінің мекен-жайы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (адрес, Ф.И.О (при наличии) владельца)

10. Ауырған және өлген (өлтірілген) малдың түрі мен тиістілігі (Вид и принадлежность заболевших и павших (убитых) животных)

күнін жазыңыз (вписать число)

11. Инфекцияның табиғи-ошақтық ошағындағы алдыңғы эпизоотологиялық жағдай (Предшествующая эпизоотическая ситуация в очаге природно-очаговой инфекции)

жауабын қоршаңыз (ответ обвести)

--

Тұрғындарға жүргізілген сұрау деректері бойынша По данным опроса населения						Эпизоотологиялық тексеру деректері бойынша По данным эпизоотологического обследования									
Осы инфекция бойынша аумақ энзоотикалы Территория по данной инфекции энзоотична		Кеміргіштер санының ұлғаюы Увеличение численности грызунов		Тасымалдаушылар санының ұлғаюы Увеличение численности переносчиков		Кеміргіштер санының ұлғаюы Увеличение численности грызунов		жабайы диких		синантропты синантропных		Қансорғыш буынаяқтылардың болуы және санының өсуі Наличие и рост численности кровососущих членистоногих		Эпизоотияның болуы Наличие эпизоотии	
						иә да		жоқ нет		иә да		жоқ нет			
иә да		жоқ нет		иә да		жоқ нет		иә да		жоқ нет		иә да		жоқ нет	

12. Жануарлардың осы ауруды тудыруға себепші болған жағдайлар (астын сызыңыз): анықтау мүмкін болмады (1), инфекцияны жұқтырған жануарлардың сырттан әкелінуі (02), инфекцияланған жем-шөптің сырттан әкелінуі (03), жабайы немесе қараусыз малдың пайда болуы (04), инфекцияланған тасымалдаушылардың пайда болуы (05), кеміргіштер санының өсуі (06), қайта топтастыру немесе ауру жануарлармен бірге ұсталуы (07), инфекцияланған жайылымдарды, суаттарды пайдалану (08), жер қазу жұмыстарын жүргізу (09), басқалары (10).

(Условия, способствовавшие возникновению настоящих заболеваний животных (подчеркнуть): выявить не удалось (01), завоз инфицированных животных (02), завоз инфицированных кормов (03), появление диких или безнадзорных животных (04), появление инфицированных переносчиков (05), рост численности грызунов (06), перегруппировка или совместное содержание с больными животными (07), использование инфицированных пастбищ, водоемов (08), проведение земляных работ (09), другие (10).)

13. Жануарлар мен сыртқы ортадан алынған материалды зертханалық зерттеу (Лабораторное исследование материала от животных и из внешней среды):

Жануардың түрі, зерттелген материалдың атауы Вид животного, наименование исследованного материала	Зерттеу күні Дата исследования	Зерттелген үлгілердің саны Число исследованных проб	Зерттеу әдісі Метод исследования	Нәтижелер (коздырғыштың түрі, серовары., титрі) Результаты (вид, серовар, титр возбудителя)
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

14. Ауру жануарлар оқшауландырылды, өлді, өлтірілді, ошақтың сыртына шығарылды, қашып кетті, ошақта қалды, өлекселері өртелді, кәдеге

жаратылды, көмілді, ауру жануардың өнімдері (шикізат): үйде қолданылды, жекеше түрде таратылды, қоймаға өткізілді, көтерме және бөлшек саудада сатуға, қоғамдық тамақтану объектілеріне жіберілді, жойылды (астын сызыңыз) (Больные животные изолированы, пали, убиты, вывезены за пределы очага, сбежали, остались в очаге, трупы сожжены, утилизированы, зарыты, продукты (сырье) от больного животного: использованы на дому, розданы частным образом, сданы на склад, отправлены на оптовую и розничную продажу, на объекты общественного питания, уничтожены (подчеркнуть))

15. Ауруды жұқтыруы мүмкін адамдар саны (ауырғандарды қоса) (Число лиц, имевших возможность заразиться (включая заболевших))

16. Оның ішінде өндірістік жағдайлар (В том числе в производственных условиях) _____

17. Оның ішінде өздері келіп қаралғандар (в т.ч. обратились самостоятельно) _____

18. Оның ішінде белсенді түрде анықталғандар (в т.ч. выявлены активно) _____

19. Шұғыл профилактикалық немесе антирабиялық көмек алған адамдар саны (Число лиц, получивших экстренную профилактическую или антирабическую помощь)

20. Ошақтағы ауырған адамдар саны (Число заболевших в очаге людей)

2. Сол жағдайлар ауруды жұқтыруы мүмкін адамдарды бақылау (Наблюдение за лицами, имеющими возможность заразиться в тех же условиях)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Үй мекен-жайы Домашний адрес	Жұмыс орны, кәсібі Место работы, род занятий	Күні Дата		Болжамды жұқтырылу күні, орны, жағдайы Дата, место, условия возможного заражения
						Қаралу Обращения	Анықталу Выявления	

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Осы инфекцияға қарсы	Шұғыл алдын профилактика антирабиялық емдеу (күні, препараты, сериясы,			
----------------------	------------------------------------------------------------------------	--	--	--

иммунизациялау алдын алдында жүргізілген иммунизациялау күні Дата предшествовавшей иммунизации против данной инфекции	схемелар) схема бұзылған жағдайда себебін көрсетіңіз Экстренная профилактика, антирабическое лечение (дата, препарат, серия, схемы) в случае нарушения схемы указать причину	Емдеуге жатқызу күні мен орны Дата и место госпитализации	Зертханалық тексеру күні және нәтижесі Дата и результат лабораторного обследования	Қатынаста болған адамдардың ауырған күні Дата заболевания контактных лиц
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

3. Ошақты жою жөніндегі іс-шаралар Мероприятия по ликвидации очага

21. Карантин (қолайсыз) жарияланды, жарияланбады (астын сызыңыз) (Карантин (неблагополучие) объявлен, не объявлен (подчеркнуть)), күні (дата) басталуы (начала) _____ аяқталуы (окончания) _____

22. Жануарлардың өлекселерін кәдеге жарату (Утилизация трупов животных): күні (дата) _____

тәсілі (өртелді, көмілді, ветеринариялық-санитариялық зауытқа тапсырылды) астын сызыңыз (способ (сожжен, зарыт, сдан на ветеринарно-санитарный завод) подчеркнуть)

Жануарларға қатысты іс-шаралар Мероприятия в отношении животных	Күні Дата	Саны Количес-во	Өткізілу орны Место проведения
Профилактикалық екпелер (эпизоотикалық көрсетімдері бойынша) Профилактические прививки (по эпизоотическим показаниям)			
Қараусыз қалған жануарларды аулау Отлов безнадзорных животных			
Жабайы аңдарды ату Отстрел диких животных			
Дерати-зация, м2	Табиғи ошақта В природно м очаге		
	Өндірісте Н а производ стве		
	Тұрмыст а В быту		
Зерттеу Исследование			
Окшаулау Изоляция			

Союға өткізу Сдача на убой					
Емдеу Лечение					
Шаралар жүргізілмеді Мероприятия не проводились					
	Саны Количество	Күні Дата	Әдісі, құралдары(жою, өңдеу, дезинфекциялау, дезинфекциялау-жазыңыз) Способ, средства (уничтожение, переработка, дезинфекция, дезинсекция - вписать)	Жүргізу орны Место проведения	Орындалуын бақылау және нәтиже Контроль исполнения и результат
Ет және ет өнімдері Мясо и мясные продукты					
Сүт және сүт өнімдері Молоко и молочные продукты					
Басқа да азық-түлік тағамдары Другие продукты питания					
Малшаруашылығы шикізаттары мен одан жасалатын бұйымдар Животноводческое сырье и изделия из него					

Су Вода					
Малдың қиы, топырақ Навоз, почва					
Түсіктер, өлі туған ұрықтар, малдың шаранасы және басқасы Абортир ованные, мертворо жденные плоды, послед и другие					
Өндірісті к үй-жайла р Производ ственные помещен ия					
Тұрмысты қ үй-жайла р Бытовые помещен ия					
Басқа факторла р Другие факторы					

23. Инфекцияның берілу факторларын зарарсыздандыру бойынша шаралар

Меры по обезвреживанию факторов передачи инфекции

24. Ошақты жоюжөніндегі іс-шаралар туралы санитариялық-эпидемиологиялық және ветеринариялық қорытынды

Санитарно-эпидемиологическое и ветеринарное заключение о мероприятиях по ликвидации очага

--	--	--	--	--

_____ кала (город), ауыл (село) _____

6. Жасы (Возраст) _____

7. Жынысы (Пол) _____

8. Қысқаша эпидемиологиялық анамнез, болжамды жұқтырылу орны
(Краткий эпидемиологический анамнез, вероятное место заражения)

9. Кәсібі (Род занятий) _____

10. Науқас туралы хабарлама алынды (Сообщение о больном получено)
күні, сағаты (дата, час) _____

11. Хабарламаны кім жіберді (Кем направлено сообщение)

12. Шұғыл хабарлама бойынша диагнозы (Диагноз по экстренному
извещению) _____

13. Алғашқы қойылған диагнозы дұрыс, (дұрыс емес) (Первоначальный
диагноз правильный, (неправильный))

14. Науқас (Больной выявлен при): кәсіби тексеру (профессиональном
обследовании) (1), эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша тексеру
кезінде
(обследовании по эпидемиологическим показаниям) (2), медициналық
көмек алуға келгенде (обращении за медицинской помощью) анықталды (3)

15. Эпидемиологиялық тексеру күні (Дата эпидемиологического
обследования) _____

16. Ауырған күні Дата заболевания	17. Қаралған (анықталған) күні мен орны Дата и место обращения выявления)	18. Ауруха наға жатқызылған күні Дата госпитализации	19. Шұғыл хабарлама жіберуге себеп болған диагнозының қойылған күні Дата установления диагноза, по поводу которого прислано экстренное извещение	20. Қорытынды диагноз қойылған күн Дата становления окончательного диагноза	21. Ауруханадан шыққан күні (жазылып) (1), (қайтыс болды) (2) Дата выписки из стационара (выздоровление) (1), (смерти) (2)
-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

22. Ауруханаға жатқызылған орны, көлік (Место госпитализации,
транспорт) _____

23. Үйінде қалдырылды (себебі) (Оставлен на дому (причина)):

клиникалық көрсетімдерінің болмауы

(отсутствие клинических показаний), ауруханада орын болмауы

(отсутствие мест в стационаре) ауруханаға жатудан бас тартуы (отказ от госпитализации) астын сызыңыз (подчеркнуть)

24. Ауруханаға кеш жатқызылу себебі (Причина поздней госпитализации): ауруханада орын болмауы

(отсутствие мест в стационаре), кеш қаралуы (позднее

обращение), диагноздың кеш қойылуы (поздняя диагностика), бас тартуы (отказ) астын сызыңыз (подчеркнуть)

25. Зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования)

жүргізілді (проводились) (1), жүргізілмеді (не проводились) (2)

26. Диагноз қойылды (Диагноз установлен): клиникалық (клинически)

(1), зертханалық жолмен (лабораторно) (2), кешенді (комплексно) (3),

басқа әдістермен (другими методами) (4).

Клиникалық Клинически	Күні Дата	Тексеру нәтижесі Результат обследования
Зертханалық жолмен Лабораторно	Бактериологиялық (Бактериологически) (вирусологиялық (вирусологически))	
	Микроскопиялық (Микроскопически)	
	Иммунологиялық ((аллергиялық) (Иммунологически (аллергологически))	
	Биохимиялық ((Биохимически)	
	Басқа әдістермен (Другими методами)	

27. Науқас бұрын егілген (1), егілмеген (2), оның ішінде

эпидемиологиялық көрсетімдерінің, медициналық қарсы көрсетімдерінің салдарынан, бас тартуына, басқа себептерге байланысты (астын сызыңыз)

(Больной ранее привит (1), не привит (2), в том числе из-за

отсутствия эпидемиологических показаний, по медицинским

противопоказаниям, из-за отказа, по другим причинам (подчеркнуть))

28. Шұғыл профилактикалық немесе антирабиялық қарсы көмек көрсету

(Экстренная профилактическая или антирабическая помощь): жүргізілді

(проводилась) (1), жүргізілмеді (не проводилась) (2), оның ішінде

схemenың бұзылуымен (в том числе с нарушением схемы) (3)

29. Шұғыл алдын алу немесе құтырмаға қарсы көмек көрсетілгені туралы

деректер (Данные об экстренной профилактике или антирабической помощи): күні (дата), препарат, дозасы (доза)

сериясы (серия)

жүргізілмеген немесе сызбасы бұзылған жағдайда себебін көрсетіңіз:

бас тартуы, медициналық қарсы көрсетімдер, өз бетімен тоқтатуы, асқынулар _____

(в случае не проведения или нарушения схемы указать причину: отказ, медицинские противопоказания, самовольное прекращение, осложнения)

30. Клиникалық түрі (Клиническая форма)

31. Зақымдану орны (Локализация поражения): басы, мойыны, беті, денесі, қолының басы, иығы, аяқтары, көптеген орындар (астын сызыңыз) (Локализация поражения: голова, шея, лицо, туловище, кисти рук, плечо, нижние конечности, множественные (подчеркнуть))

32. Аурудың ауырлығы (Тяжесть заболевания): жеңіл (легкое), ауырлығы орташа (средней тяжести), (ауыр) тяжелое

33. Ауру (Заболевание): кәсіптік (профессиональное) (1), кәсіптік емес (не профессиональное) (2) астын сызыңыз (подчеркнуть)

34. Жұқтыру көзі туралы мәліметтер (Сведения об источнике заражения)

Ірі қара мал КРС	Ұсақ мал МРС	Жылқы Лошади	Шошқа Свиньи	Басқа да ауыл / малшаруашылығы Другие сель/хоз. животные	Ит Собаки	Мысық Кошки
1	2	3	4	5	6	7

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Қасқырлар Волки	Түлкілер Лисицы	Жаннат тәріздіттер Енотовидные собаки	Басқа жабайы жыртқыштар Другие дикие хищники	Жабайы тұяқтылар Дикие копытные	Кеміргіштер Грызуны	Анықталмағандар Не установленные
8	9	10	11	12	13	14

35. Жануардың тиістілігі (Принадлежность животного): мемлекеттік ауылшаруашылық (сельскохозяйственное государственное) (1), жеке меншік (личное) (2), оқшауланған мысықтар, иттер (кошки, собаки изолированные) (3), иесіз мысықтар, иттер (кошки, собаки безнадзорные) (4), жабайы (дикие) (5), иесі анықталмаған (принадлежность не установлена) (6) астын сызыңыз (подчеркнуть)

36. Жануарларды бақылау нәтижелері (Результат наблюдения за животными): окшауланды (изолировано), өлді (пало), өлтірілді (убито), ошақтың сыртына шығарылды (вывезены за пределы очага), қашып кетті (сбежало), үйірде, отарда, инфекция ошағында қалды (осталось в стаде, отаре, очаге) астын сызыңыз (подчеркнуть)

37. Жануардың диагнозы зертханалық жолмен (Диагноз у животного лабораторно): расталған (подтвержден) (1), расталмаған (не подтвержден) (2), зерттелмеген (не исследовалось) (3) астын сызыңыз (подчеркнуть)

38. Адамға жұғуына ықпал еткен жағдайлар (Условия, способствовавшие заражению человека) қоршап көрсетіңіз (обвести)

Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил					
Анықталмады Не установлено	Тағам өнімдерін дайындау және сақтау Приготовление и хранение пищевых продуктов	Тағам өнімдерін сату Реализация пищевых продуктов	Жануарларды қолда ұстау мен күту Содержания и ухода за животными	Малды сою, өліктерінің ішін жару, терісін сыпыру Убоя скота, вскрытия трупов, снятия шкур	Малшаруашылығы шикізаты мен басқа да ауылшаруашылық өнімдерін тасымалдау, сақтау, өңдеу Транспортировка, хранения, переработки животноводческого сырья и других сельскохозяйственных продуктов
1	2	3	4	5	6

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил					
Ауылшаруашылығы және басқа да жұмыс түрлерін жүргізу Проведение сельскохозяйственных и других видов работ	Табиғи ошақ аумағында болуы Нахождение на территории природного очага	Жабайы және иесіз жануарлармен байланыста болуы Контакт с дикими и безнадзорными животными	Мал төлдету науқанына қатысуы Участие в окотной компании	Инфекцияланған су көздерін пайдалану Использование инфицированных источников	Басқалар Другие
7	8	9	10	11	12

39. Инфекцияның берілуі ықтимал факторлар (қоршап көрсетіңіз)
Вероятные факторы передачи инфекции (обвести)

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

Анықталмады Не установлено	Тағам өнімдері Продукты питания			Малшаруашылығы	Су Вода		
	Ет және ет өнімдері Мясо и мясные продукты	Сүт және сүт өнімдері Молоко и молочные продукты	Басқалары Другие	шикізаты мен олардан дайындалған бұйымдар Животноводческое сырье и изделия из него	Ашық су айдындарының Открытых водоемов	Құдықтардың Колодца	Су құбырының Водопровода
1	2	3	4	5	6	7	8

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Қи, топырақ Навоз, почва	Ауа Воздух	Тірі тасымалдаушылар Живые переносчики	Түсік болып түскен, өлі туған ұрықтар, малдың шараналары Абортированные, мертворожденные плоды, послед	Қан, несеп және басқа биологиялық субстраттар Кровь, моча и другие биологические субстраты	Басқа факторлар Другие факторы
9	10	11	12	13	14

40. Науқастың тұрғылықтаы орында жүргізілетін іс-шаралар

Мероприятия в месте жительства больного

Іс-шаралардың атауы Наименование мероприятий	Объекті, жүргізу орны, ауданы мІ Объект, место проведения, площадь мІ	Күні Дата	Тәсілі Способ	Құралдары Средства	Орындалуын бақылау және нәтиже Контроль исполнения и результат
Қорытынды дезинфекциялау Заключительная дезинсекция					
Дезинсекция Дезинсекция					
Дератизация Дератизация					
Басқа іс-шаралар Другие мероприятия					

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии),

должность исполнителя) _____ қолы (подпись)

Қалалық (аудандық) ҚР АШМ аумақтық бөлімшесінің бас маманы

(маманы)

Главный специалист (специалист) гор (рай) территориального подразделения МСХ РК

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при наличии))__

қолы (подпись)_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

278-қосымша

Приложение 278

к приказу Министра

здравоохранения

Республики Казахстан

от " ____ " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 278/е нысанды медициналық күжаттама
Санитариялық-эпид емиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного ор г а н а санитарно-эпидеми ологической службы		Медицинская документация Форма № 278/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____ —

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау КАРТАСЫ
КАРТА эпидемиологического обследования очага бациллярной формы туберкулеза

Эпидемиологиялық нөмірі _____ Аудан (район) _____

(Эпидемиологический номер) Елді мекен (Населенный пункт) _____

Шұғыл хабарламаны алған күн _____ Көше, үй (Улица, дом) _____

(Дата получения экстренного Қала, ауыл (керегінің астын
извещения сызыңыз)

Нысан бойынша (по форме) №090/у _____

Нысан бойынша (по форме) №089/у _____

Туберкулез ошағын алғаш рет (Город, село

тексеру күні _____ (нужное подчеркнуть))

(Дата первичного обследования очага туберкулеза)

Мекен-жайы: облыс (Адрес: область) _____

Эпидемиологиялық топқа жатқызылуы (Принадлежность к
эпидемиологической группе)

Бір эпидемиологиялық топтан екінші эпидемиологиялық топқа ауыстыру
күні (Дата перевода из одной эпидемиологической группы в другую)

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

2. Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол): еркек
(мужской), әйел (женский) (керегінің астын сызыңыз) (нужное
подчеркнуть))

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымы (Место работы, учебы, детской
организации) _____

4. Кәсібі (Род занятий) _____ Соңғы рет қаралған күні
(Дата последнего посещения) _____

5. Анықталды: қаралуы кезінде, профилактикалық тексеру кезінде
(керегінің астын сызыңыз) (Выявлен: по обращаемости, при
профилактических осмотрах (нужное подчеркнуть)) _____

6. Ошақтағы оқиғалардың саны (Количество случаев в очаге)

7. Ауырған күні (Дата заболевания) _____ Қаралған күні
(Дата обращения) _____

8. Емдеуге жатқызылған күні (Дата госпитализации)

Емдеуге жатқызу орны (Место госпитализации)

9. Алғашқы диагнозы, қойылған күні (Первичный диагноз, дата установления)

10. Қорытынды диагнозы, қойылған күні (Окончательный диагноз, дата установления)

11. Анықтау әдісі (Метод выявления)

12. Туберкулез (БК+) диагнозы қойылған науқасты есепке алу күні (Дата взятия больного на учет с диагнозом туберкулез (БК+))

13. Туберкулез микобактериясы бөлінген күн (Дата выделения микобактерии туберкулеза)

15. Қайталану себептері (Причины рецидива)

16. Ауруды интенсивті фазада емдеуді бастаған күн (дата начала лечения в интенсивной фазе)

1) стационарлық (стационарно)

2) амбулаторлық (амбулаторно)

17. Қарқынды фазада емдеудің аяқталған күні (Дата окончания лечения в интенсивной фазе)

18. Қолдау фазасында емдеу басталған күн (Дата начала лечения в поддерживающей фазе)

1) стационарлық (стационарно)

2) амбулаторлық (амбулаторно)

19. Қолдау фазасында емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения в поддерживающей фазе)

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения)

21. Туберкулез диагнозы қойылғанға дейінгі науқас туралы деректер (Данные о больном, до установления диагноза туберкулез):

1) Науқасқа жасалған профилактикалық екпелері туралы мәліметтер (Сведения о профилактических прививках больного)

2) Науқасқа жасалған туберкулин диагностикасы туралы мәліметтер (Сведения о туберкулинодиагностике больного)

3) Науқасты рентгендік-флюорографиялық тексеру туралы мәліметтер (Сведения о рентгено-флюорообследовании больного)

4) Науқасты бактериоскопиялық тексеру туралы мәліметтер (Сведения о бактериоскопическом обследовании больного)

5) Туберкулезбен ауыратын науқастың қоса өтетін аурулары (Сопутствующие заболевания больного туберкулезом)

22. Инфекция жұқтырудың болжамды көзі (Предполагаемый источник заражения)

23. Инфекция жұқтырудың болжамды орны (Предполагаемое место заражения)

24. Берілу жолдары мен факторлары

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын сауықтыру жоспары

План оздоровления очага бациллярной формы туберкулеза

Тіркеу нөмірі	Іс-шаралар	Орындалу мерзімі	Орындаушы	Орындалуы туралы белгі	

Регистрационный номер	Мероприятия	С р о к исполнения	Исполнитель	Отметка об исполнении	Ескерту Примечание
-----------------------	-------------	-----------------------	-------------	--------------------------	-----------------------

Туберкулез диагнозы қойылған мезеттен бастап, науқасты бактериоскопиялық және рентгендік-флюорографиялық тексерулер туралы мәліметтер/Данные о бактериоскопическом и рентгено-флюорографическом обследовании больного с момента установления диагноза туберкулез

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жылдары Годы	Бактериоскопиялық Бактериоскопические	Рентгендік- флюорографиялық Рентгено- флюорографические
----------------------------------------	-----------------	------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағында қарым-қатынаста болған адамдарды тексеру және оларға жүргізілген химиялық профилактика туралы деректер/ Данные об обследовании и химиопрофилактике контактных лиц из очага бациллярной формы туберкулеза

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Қарым-қатынаста болған адамдардың тегі, аты, әкесінің аты фамилия, имя, отчество контактных	Жасы Возраст	Манту реакциясының күні Дата реакции Манту	Манту реакциясының нәтижесі Результат реакции Манту	БЦЖ жасалған күндер Даты БЦЖ
----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	-----------------------------------------------	--------------------------------------------------------	---------------------------------

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Бактериоскопия өткізілген күндер Д а т ы бактериоскопии	Бактериоскопия нәтижелері Результаты бактериоскопии	Рентгенофлюорокопия өткізілген күндер Д а т ы рентгенофлюорокопии	Ауруды жұқтырған балаларға, жасөспірімдерге жүргізілген химиялық профилактика Химиопрофилактика Инфицированным детям, подросткам	Басталуы Начало	Аяқталуы Окончание	Шипажайлық топқа түскен күні Д а т а поступления в санаторную группу
---------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	-----------------------	----------------------------------------------------------------------------

Ауыл шаруашылық және үй жануарлары мен құстарын туберкулезге тексеру туралы деректер

Данные об обследовании сельскохозяйственных и домашних животных и птиц на туберкулез

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жануарлардың түрі мен саны В и д и количество животных	Туберкулезге тексерілген күн Д а т а обследования на туберкулез	Ауру жануарлар мен құстар анықталды Выявлено больных животных и птиц	Ауру малды союға жіберген күн Дата сдачи больного скота на убой	Ескерту Примечание
----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	-----------------------

25. Науқасқа қосымша тұрғын үй алаңы қажетпе (Требуется ли больному

дополнительная жилая площадь)

26. Мектеп жасына дейінгі ұйымдарда және мектеп жасындағы оқшаулауды қажет ететін балалар

саны (Количество детей, нуждающихся в изоляции в дошкольных организациях и интернатные организации школьного возраста) _____

27. Науқасты бациллярлық есептен шығару күні (Дата снятия больного с бациллярного учета)

28. Бациллярлық ошақты есептен шығару күні (Дата снятия бациллярного очага с учета)

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) должность исполнителя) _____ қолы (подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
279-қосымша
Приложение 279
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 279/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 279/у

**Іш сүзегінің, А,В паратифтерінің бактерияларын тасымалдаушыларды есепке алу
КАРТАСЫ КАРТА учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А,В № _____**

1. Тегі (Фамилия) _____ Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (болған жағдайда) (Отчество)
(при наличии),

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Мекен-жайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы) _____

5. Кәсібі (Профессия) _____

6. Қысқаша анамнездік деректері (Краткие анамнестические данные): іш
сүзегімен, паратифтермен қашан және қайда ауырды, ауырған жоқ (когда
и где переболел брюшным тифом, паратифами, заболевание
отрицает) _____

7. Бактерия тасымалдаушылығының тексерудің қандай түрінде анықталғаны
туралы деректер (Данные выявления бакносительства, при каком виде
обследования) диагноз қою үшін, профилактикалық (для диагностики,
профилактическое), өсірінді қандай материалдан бөлініп алынды (нәжіс,
несеп, өт) (материал из которого выделена культура (кал, моча,
желчь)) _____

8. Есе, А,В паратифтері қоздырғышының түрі (Вид возбудителя
брюшного тифа, паратифов А,В)

10. Есептен шығарылған күні мен себебі (Дата и обоснование снятия с
учета) _____

11. Тасымалдаушының айналасындағы ауру жұқтырғандарды есепке алу
(Учет заразившихся в окружении носителя) _____

Тегі	Ошақтың сипаты (жанұя, пәтер, жұмыс орны және басқалар)	Ауырған күні	
------	---------------------------------------------------------------	--------------	--

Фамилия	Характеристика очага (семья, квартира, место работы и другие)	Дата заболевания	Фаготүрі Фаготип
---------	----------------------------------------------------------------	------------------	---------------------

Мекен-жайы ауысқанда бұл туралы қайда және кімге хабарланғанын көрсетіңіз (При перемене жительства указать, куда и кому сообщено об этом) _____

12. Бактерия тасымалдаушының тұрған үй және коммуналдық жағдайлары (пәтер, үй, жатақхана, су құбыры, канализация және басқалар) (Жилищные и коммунальные условия проживания бактерионосителя (квартира, дом, общежитие, водопровод, канализация и др.))

13. Тасымалдаушыға қатысты шаралар (Мероприятия в отношении носителя) түсіндіру жұмыстары, санитариялық режимді жақсарту, күнделікті дезинфекциялау, фагтау, ауруханаға жатқызу, емдеу мен б.-күндер бойынша (разъяснительная работа, улучшение санитарного режима, текущая дезинфекция, фагирование, госпитализация, лечение и др. – по датам)

14. Бактерия тасымалдаушыны зертханалық зерттеудің нәтижелері (Результаты лабораторных исследований носителя бактерий)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Бактериологиялық Бактериологические				Серологиялық Серологические			
	күні дата	зерттеу материалы (өт, несеп, нәжіс) материал исследования (желчь, кал, моча)	нәтиже результат	фаготүр фаготип	күні дата	Іш сүзегі Брюшной тиф		
						Н	О	ВИ

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность исполнителя) _____ қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
280-қосымша
Приложение 280
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от " ____ " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 280/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

**Жануардың тістеуінен, сілекей жұғуынан, тырнауынан адам зардап шеккен оқиғаны
эпидемиологиялық тергеп-тексеру КАРТАСЫ КАРТА эпидемиологического расследования
случая укуса, ослонения, оцарапывания пострадавшего животным**

1. Қалалық (аудандық) ТҚҚБ (Гор (рай) УЗПП)

2. Зардап шеккен адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя,
отчество (при наличии) пострадавшего) _____

3. Жасы (Возраст) _____

4. Мекен-жайы, (Домашний адрес,) телефон № _____

5. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы), телефон № _____

6. Тістеген күні (Дата укуса) _____

7. Бірінші рет қаралған күні, алғашқы көмек көрсеткен ұйымның атауы
(Дата первичного обращения, наименование организации, оказавшего
первую помощь) _____

8. Шұғыл хабарлама берілген күн, кім жолдады (ұйым) (Дата подачи
экстренного извещения, кем направлено (организация)) _____

9. Қалалық (аудандық) ТҚҚБ шұғыл хабарламаны алған күн (Дата получения экстренного извещения, гор (рай) УЗПП)

10. Эпидемиологиялық тергеп-тексеру басталған күн (Дата начала эпидемиологического расследования)

11. Медициналық ұйымға келген күні (Дата явки в медицинскую организацию)

12. Қандай жағдайда тістелді (Обстоятельства укуса)

13. Зақымның сипаты, оның орналасуы (Характер повреждения, его локализация)

14. Емдеу шаралары (Лечебные мероприятия): егу курсы – антирабиялық вакцина (КОКАВ) сериясы
(курс прививок – антирабическая вакцина (КОКАВ) серия)

жарамдылық мерзімі (срок годности) _____ өндіруші фирма
(фирма-производитель)

А) толығын бастады (полный начат) _____ аяқтады (окончен)

Б) толық емесі басталды (неполный начат) _____ аяқталды
(окончен)

Ауруханаға жатқан күні (Дата госпитализации) _____ орны (место)

Иммуноглобулинді енгізу күні (Дата введения иммуноглобулина) _____
дозасы (доза) _____ сериясы
(серия) _____

Жарамдылық мерзімі (срок годности) _____ өндірішу фирма

(фирма-производитель) _____

Өз еркімен егуді тоқтатуы (Самовольное прекращение прививок) _____

Бас тартуы (отказ) _____

Асқынулар (осложнения) _____

15. Жануар туралы мәліметтер (Сведения о животном) _____

Түрі (Вид) _____

Иесінің Т.А.Ә (болған жағдайда) және мекен-жайы (Ф.И.О (при наличии), и адрес владельца) _____

16. Мемлекеттік ветеринариялық қызметке хабарлама жіберілген күн (Дата направления извещения в государственную ветеринарную службу) _____

17. Жануарды бақылаудың нәтижесі (өлді, өлтірілді, белгісіз, сау)

(Результат наблюдения за животным

(пало, убито, неизвестно, здорово))

18. Құтырма клиникалық, зертханалық жолдармен белгіленеді (Бешенство установлено клинически, лабораторно)

19. Ошақта жүргізілген шаралар, санитариялық-ағарту жұмыстары

(Мероприятия, проведенные в очаге,

санитарно-просветительная работа)

20. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

21. Эпидемиологиялық тергеп-тексерудің аяқталған күні (Дата окончания эпидемиологического расследования)

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность исполнителя _____

қолы (подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 281-қосымша
 Приложение 281
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 281/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 281/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Инфекциялық ауру ошағында ағымдық дезинфекцияларды бақылау картасы Карта контроля текущей дезинфекции в очаге инфекционного заболевания

1. Алғашқы және соңғы диагноз (Диагноз – предварительный, окончательный) _____
2. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного) _____
3. Жасы (Возраст) _____ 4. Мамандығы (Профессия) _____
5. Жұмыс, оқу орны (Место учебы, работы) _____
6. Мекен-жайы (Адрес) _____

7. Науқас аурудан жазылғанға, ауруханаға жатқызылғанға дейін қалдырылды (астын сызыңыз) (Больной оставлен до выздоровления, догоспитализации (подчеркнуть))

8. Медициналық ұйым (Мед.организация) _____

9. Ауырған күні (Дата заболевания) _____

Жүгінген күні (Дата обращения) _____

Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза) _____

Дезинфекция басталған күн (Дата начала проведения дезинфекции) _____

10. Режимнің бұзылғандығы анықталды (Выявлены нарушения режима) _____

11. Қолданылған дезинфектанттар (Использованные дезинфектанты) _____

Бактериологиялық бақылау Бактериологический контроль			Химиялық бақылау Химический контроль		
Күні Дата	Алынған үлгілердің саны Число отобранных образцов	Олардың ішінде қанағаттанарлықсыз Из них неудовлетворительных	Алынған үлгілер саны Число отобранных образцов	Олардың ішінде Из них	
				Концентрациясы төмен Заниженных концентраций	Концентрациясы жоғары Завышенных концентраций

12. Ағымдық дезинфекциялауды бақылау күні (Дата контроля текущей дезинфекции) _____

13. Дезинфекциялау тоқтатылды (науқас аурудан сауықты, диагнозы өзгертілді, емдеуге жатқызылды, қайтыс болды)

(Дезинфекция прекращена (больной выздоровел, изменен диагноз, госпитализирован, умер)) _____

Бақылау жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) және қолы (Фамилия,

имя, отчество (при наличии) и подпись исполнителя) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
282-қосымша
Приложение 282
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от " ____ " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 282/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 282/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Медициналық және басқа ұйымдарда ағымдық дезинфекцияларды ұйымдастыру мен жүргізуді бақылау КАРТАСЫ КАРТА контроля организации и проведения текущей дезинфекции в медицинских и других организациях № _____

Басталуы (Начат) " ____ " _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) " ____ " _____ 20 ж.(г.)

1. Мекен-жайы (Адрес): _____

көше, үйінің № (улица, дом №) _____ телефон _____

Шаруашылық объектісінің немесе оның құрылымдық бөлімінің атауы (Полное наименование хозяйствующего субъекта или его структурного подразделения) _____

2. Су құбырымен, канализациямен, газбен қамтамасыз етілуі
(астынсызыңыз) (Обеспеченность водопроводом, канализацией,
газом подчеркнуть) _____

Механикаландырылған, жартылай механикаландырылған, қолмен кір жуу орны
(астын сызыңыз, жазыңыз) (Прачечная механизированная,
полумеханизированная, с ручным трудом (подчеркнуть, вписать)) _____

Дезинфекциялау камерасы (Дезинфекционная камера), маркасы
 (марка) _____ жұмыс істейді/істемейді
 (астын сызыңыз, жазыңыз) (работает/не работает (подчеркнуть,вписать))

Дезинфекциялау құралдарының болуы (атауы, кг) (Наличие
 дезсредств(наименование, кг)) _____

3. Ұйымның (бөлімшенің) жетекшісі Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О (при наличии
)
 Руководителя организации (отделения))

4. Дезинфекциялау іс-шараларын ұйымдастыруға жауапты адам (Ответственный
 за организацию дезинфекционных мероприятий)

тегі, аты, әкесінің аты, лаузымы (фамилия, имя, отчество, должность)

6. Бактериологиялық және химиялық талдаулардың нәтижелері (Результаты
 бактериологических и химических анализов)

Объектіге бару күні (айы, күні) Дата посещения объекта (месяц, число)	Бактериологиялық бақылау Бактериологический контроль		Химиялық бақылау Химический контроль		
	Алынған үлгілер саны Число отобранных образцов	Оның ішінде қанағаттанарлықсыз нәтижемен Из них с неудовлетворительным результатом	Дезинфекциялау ерітінділерінен алынған үлгілер саны Число отобранных проб дезрастворов	Олардың ішінен Из них	
Концентрациясы төмен Заниженной концентрации				Концентрациясы жоғары Завышенной концентрации	
1	2	3	4	5	6
Тексеру кезінде анықталды При проверке установлено	Ұсынылды (мерзімдері нақтылана отырып) Предложено (с уточнением сроков)	Орындаушының қолы (тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя)			
7	8	9			

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 283-қосымша
 Приложение 283
 к приказу Министра
 здравоохранения

Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ _____ бұйрығымен бекітілген № 283/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 283/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Дезинфекцияға, дератизацияға берілетін НАРЯД НАРЯД на дезинсекцию, дератизацию №__

1. Шаруашылық жүргізуші объектінің (Полное наименование хозяйствующего объекта) _____
2. Мекен-жайы (Адрес) _____
3. Жәндіктің, кеміргіштің түрі (Вид насекомого, грызуна) _____
4. Алаңда шарт өтінім бойынша дезинсекциялау, дератизациялау жүргізілген алаңның көлемі
(Выполнена дезинсекция, дератизация по договору или заявке на площади) _____ м²
5. Өңдеу күні (Дата обработки) _____

Өнделген заттар, үй-жайлар, аумақтар Обработаны вещи, помещения, территории	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Жұмсалған инсектицидтер, ратицидтер Расход инсектицидов, ратициды	
		Атауы Наименование	Саны (кг) Количество (кг)
1	2	3	4

Дезинсекциялауды, дератизациялауды орындаған адамның тегі, аты,
әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии), лица
выполнявшего

дезинсекцию, дератизацию) _____ Қолы (Подпись)
Жұмыс орындалды, наразылық жоқ (Работа выполнена, претензий
нет) _____

Тапсырыс беруші өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) мен қолы
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись ответственного представителя
заказчика) _____

Қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
284-қосымша
Приложение 284
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 284/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпид емиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидеми ологической службы		Медицинская документация Форма № 284/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____ —

Қорытынды дезинфекцияға берілетін НАРЯД НАРЯД на заключительную дезинфекцию № _____ (от) " ____ " _____ 20 ж. (г.) _____ сағ. (час) _____ мин

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята) _____

ұйымның атауы (наименование организации) _____

Наукастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество

больного) _____ жасы (возраст) _____

Мекен-жайы (Адрес) _____

Диагнозы (Диагноз) _____

Емдеуге жатқызылды (Госпитализация состоялась) 20 ____ ж.(г.)

_____ сағ. (час) _____ мин

Ауруханаға (В больницу) _____

Үйде қалдырылды (оставлен дома)

Көшіру наряды (Наряд на эвакуацию) № _____

Дезинфекциялауға (Наряд на дезинфекцию вручен) 20 ____ ж.(г.) _____ сағ.

(час) _____ мин. Тапсырылды

Дезинфекциялауға наряд тапсырған лауазымды тұлға (аты-жөні, қолы)

(ФИО должностного лица, вручившего наряд за дезинфекцию) _____

Осы жерде бөлшектерді белгілеу

Дезинфекция жасайтын мекемелерге қатысты бөлшегі

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

Дезинфекциялау бригадасы (Дезбригада) _____

Дезинфекциялау нұсқаушысы (Дезинструктор) _____

Дезинфекциялаушы (Дезинфектор) _____

Диспетчер _____

Нарядтың орындалуы (Выполнение наряда)

Дезинфекциялаудың жүргізілмеу

20 ж. (г.) немесе кеш орындалуының себебі _____ сағ. (час) _____ мин

дезинфекциялау басталды

(Причины не состоявшейся или поздней (дезинфекция начата)

дезинфекции): _____

_____ сағ. (час) _____ мин. Аяқталды (окончена)

Объектілер тізбесі	Өлшем бірлігі	Орындалды	Жұмсалған дезинфекциялау заттарының атауы	

Перечень объектов	Единица измерения	Выполнено	Наименование израсходованных дезинфицирующих средств	Мөлшері, кг Количество вкг
Тұрғын үй-жайлар Жилых помещений	мІ			
Жалпы пайдалану орны Место общего пользования	мІ			
Ауладағы дәретханалар Уборных дворовых	шт.			
Қоқыс салатын жәшіктер Мусорных ящиков	шт.			
Ыдыс-аяқжиынтығы Комплект посуды	шт.			

Камералық дезинфекциялау үшін заттардың саны (Количество вещей для камерной дезинфекции) кг _____

Санитариялық өңделуге жататын (Подлежат санитарной обработке)

_____ адамдар (человек) _____ Қазақстан Республикасы

Қазақстан Республикасыны
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
285-қосымша
Приложение 285
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № _____ _____ бұйрығымен бекітілген

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ 286/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 286/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Иммундық-ферменттік талдау НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ иммуно-ферментного анализа №__
___ "___" _____ 20__ ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого) _____

2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Диагнозы (Диагноз) _____

6. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____

7. Сынама атауы (Наименование пробы) _____

8. Сынаманы бірінші рет немесе қайталап зерттеу (первичное или повторное исследование пробы) _____

9. Материал алу күні және уақыты (Дата и время забора материала) _____

10. Сынама жеткізілген күні, уақыты (Дата и время доставки пробы) _____

11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований):

14. Қоздырғышқа антиденелер (антитела к возбудителю) _____

15. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры

НД на метод испытаний

Антигендер (антигены) _____

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод исследования/испытаний) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (_____
 Ф.И.О (при наличии), должность специалиста проводившего _____
 исследование) _____

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны

Мекеме басшысы (орынбасары)

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы

Место печати

Руководитель организации (заместитель)

(Ф.И.О (при наличии), подпись)

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
286-қосымша
Приложение 286
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ _____ бұйрығымен бекітілген № 286/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 286/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Адамдардан алынған материалдарды бактериологиялық зерттеу НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ
бактериологических исследований материала от людей № _____ " _____ "
_____ 20__ ж. (г.)

1. Тексерушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого) _____

2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Диагнозы (Диагноз) _____

6. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец) _____

7. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____

8. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора материала) _____

9. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____

10. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

11. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

№	Өсіріп алынған өсірінді Выделенная культура	Микробқа қарсы препараттардың атаулары (Наименование антимикробных препаратов)	өсуінің тежелу аймағының диаметрі (мм) диаметр зоны задержки роста (мм)	Сезімтал Чувствительный (S)	Сезімталдығы төмен Умеренно резистентный (I)	Төзімді Резистентный (R)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод исследования/испытаний) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (при наличии), лауазымы (Ф.И.О (при наличии), должность специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Мекеме басшысы (орынбасары) _____
 Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____
 Место печати Руководитель организации (_____
 заместитель) _____
 (Ф.И.О (при наличии), подпись)

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытанием

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 287-қосымша
 Приложение 287
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ___ " _____ 2021 года № _____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ___ " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 287/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 287/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ___ " _____ 2021 года № _____ —

Адамдардан алынған материалдарды серологиялық зерттеулер НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ
серологических исследований материала от людей № _____ " _____ " _____
20__ ж. (г.)

1. Тексерушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого) _____

2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Диагнозы (Диагноз) _____

6. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец) _____

7. Сынаманың атауы (Наименование пробы) _____

8. Бірінші рет н/е қайталап (первичное или повторное) _____

9. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора материала) _____

10. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____

11. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

12. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры

НД на метод испытаний

13. Қоздырғыштарға қарсы денелерді анықтаудағы серологиялық зерттеу нәтижелері (Результаты серологических исследований при выявлении антител к возбудителям):

1) Иерсиниоз (Иерсиниоз) _____

2) Жалған туберкуллез (Псевдотуберкуллез) _____

3) Лептоспироз _____

4) Листерия _____

5) Пастереллез _____

6) Бөртпе сүзек (Сыпной тиф) _____

7) Туляремия _____

8) Сарып (Бруцеллез) _____

9) Хедльсон реакциясы (Реакция Хедльсона) _____

10) Райта реакциясы (Реакция Райта) _____

11) РБП _____

12) КБР (РСК) _____

13) Күйдіргі (Сибирская язва) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (_____
Ф.И.О (при наличии), должность специалиста проводившего _____
исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О (при
наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мекеме басшысы (орынбасары) _____

Мөр орны _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____

Руководитель организации (_____
Место печати заместитель) _____

(Ф.И.О (при наличии), подпись) _____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в __ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты
исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная
перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
288-қосымша
Приложение 288
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " ____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 288/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 288/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ —
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Микробтарға қарсы қолданылатын препараттарға сезімталдықты анықтау НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ определения чувствительности к антимикробным препаратам № _____ от "___"
" _____ 20__ ж. (г.)**

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

обследуемого) _____

2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

4. Диагнозы (Диагноз) _____

5. Үлгіні жолдаған мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец) _____

6. Көлемі (Объем) _____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий) _____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9. Сынама атауы (Наименование пробы) _____

10. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____

11. материалды алу күні және уақыты (Дата и время забора материала) _____

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

13. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

Микробтарға қарсы қолданылатын препараттардың атауы Наименование антимикробн	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры	Препараттардың сезімталдығын анықтау Определение чувствительности к препаратам		
		Сезімталдылығы жоғары Высокочувств	Сезімталды Чувствительный	Сезімталдығы төмен Слабо чувств.

№	ы х препаратов	НД на метод испытаний				Төзімді Устойчив
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "___" _____
№___ бұйрығына
289-қосымша
Приложение 289
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. 289-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 05.04.2023 № 60 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ _____ бұйрығымен бекітілген № 289/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының және мекеменің атауы Наименование государственного органа и организации санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 289/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Полимераздық тізбектеу реакциясы НӘТИЖЕСІ

РЕЗУЛЬТАТ полимеразной цепной реакции

Сынама нөмірі ___ (жылғы) _____ № ___ № ___ от _____ (г.) Номер пробы

1. Тексерушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество обследуемого (при наличии))

2. ЖСН (ИИН)

3. Жасы (Возраст)

4. Үй мекенжайы (Домашний адрес)

5. Жұмыс орны (Место работы)

6. Байланыс телефоны (Контактный телефон)

7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы

(Наименование организации направившего образец)

8. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

9. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала)

10. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора)

11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований): ПЦР на /указать вид инфекции

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)

Қолы

(Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при наличии), заведующего лабораторией)

Қолы

(Подпись)

Мөр орны (болған жағдайда)

Место печати (при наличии)

2 данада толтырылады (составляется в 2-х экземплярах)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 102-бабының 3-тармағына сәйкес инфекциялық және паразиттік аурулармен ауыратын адамдар, сондай-ақ инфекциялық және паразиттік аурулармен ауырады деп күдік туғызатын адамдар, бактерия таратушылар оқшаулануға және (немесе) емделуге, ал олармен қарым-қатынаста болған адамдар - медициналық байқауға алынуға және қажет болған кезде оқшаулануға және (немесе) емделуге жатады.

В соответствии с пунктом 3 статьи 102 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" лица, больные инфекционными и паразитарными заболеваниями, а также лица с подозрением на инфекционное и паразитарное заболевания, бактерионосители подлежат изоляции и (или) лечению, а находившиеся в контакте с ними лица – медицинскому наблюдению и при необходимости изоляции и (или) лечению.

НАЗАР АУДАРЫҢЫЗ:

ПТР әдісімен COVID-19 тестінің оң нәтижесі бар адамдар күнтізбелік 14 күнге үйде оқшаулануға (үй карантині) жатады.

COVID-19-ға полимеразды тізбекті реакцияның оң нәтижесі болған жағдайда, полимеразды тізбекті реакцияның нақты нәтижесін алу Сізді:

1) COVID-19-дың эпидемиялық тәуекелі жоғары адам ретінде үйде оқшаулану режимін (үй карантині) міндетті түрде сақтау туралы;

2) отбасының/үй шаруашылығындағы кез келген мүшесінде температура немесе өзін жәйсыз сезіну белгілері пайда болған кезде дереу COVID-19 бойынша колл-орталығына жүгіну немесе карантин туралы хабардар етіп және өтініштің себебін көрсете отырып, жедел жәрдем шақыру қажеттілігі туралы;

3) халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы заңнама талаптарын бұзғаны үшін "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасының Кодексіне сәйкес әкімшілік жауаптылықтың болуы туралы хабардар етудің расталғаны болып табылады.

ВНИМАНИЕ:

Лица, с положительным результатом теста на COVID-19 методом ПЦР подлежат изоляции на дому (домашний карантин) на 14 календарных дней.

В случае положительного результата полимеразной цепной реакции на COVID-19 получение настоящего результата полимеразной цепной реакции является подтверждением информирования Вас:

1) об обязательном соблюдении режима изоляции на дому (домашний карантин) как лицо с высоким эпидемическим риском COVID-19;

2) о необходимости при появлении температуры или признаков недомогания у любого члена семьи/домохозяйства незамедлительно обратиться в колл-центр по COVID-19 или вызвать скорую помощь, уведомив о карантине и указав причину обращения;

3) о наличии административной ответственности в соответствии с Кодексом Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" за нарушение требований законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
290-қосымша
Приложение 290
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ _____ бұйрығымен бекітілген № 290/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 290/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

**Санитариялық-эпидемиологиялық ҚОРЫТЫНДЫ Санитарно-эпидемиологическое
ЗАКЛЮЧЕНИЕ № _____ " _____ " _____ 20__ ж. (г.)**

1. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптау (Санитарно-эпидемиологическая экспертиза)

(2020 жылғы 07 шілдедегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың 20-бабына сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің толық атауы)

(полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан от 07 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения") Жүргізілді (Проведена)

өтініш, ұйғарым, қаулы бойынша, жоспарлы және басқа да түрде (күні, нөмірі) _____

по обращению, предписанию, постановлению, плановая и другие (дата, номер)

2. Тапсырыс (өтініш) беруші (Заказчик) (заявитель) _____

Шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (тиесілігі), объектінің мекенжайы / орналасқан орны, телефоны, басшысының тегі, аты, әкесінің аты (полное наименование хозяйствующего субъекта (принадлежность), адрес/месторасположение объекта, телефон, фамилия, имя, отчество руководителя)

3. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің қолданылу аумағы (Область применения объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы)

сала, қайраткерлік ортасы, орналасқан орны, мекенжайы (сфера, вид деятельности, месторасположение, адрес)

4. Жобалар, материалдар әзірленді (дайындалды) (Проекты, материалы разработаны (подготовлены))

5. Ұсынылған құжаттар (Представленные документы) _____

6. Өнімнің үлгілері ұсынылды (Представлены образцы продукции) _____

7. Басқа ұйымдардың сараптау қорытындысы (егер болса) (Экспертное заключение других организации (если имеются))

Қорытынды берген ұйымның атауы (наименование организации выдавшей заключение)

8. Сараптама жүргізілетін объектінің толық санитариялық-гигиеналық сипаттамасы мен оған берілетін баға (қызметке, үрдіске, жағдайға, технологияға, өндіріске, өнімге) (Полная санитарно-гигиеническая характеристика и оценка объекта экспертизы (услуг, процессов, условий, технологий, производств, продукции))

9. Құрылыс салуға бөлінген жер учаскесінің, қайта жаңартылатын объектінің сипаттамасы (өлшемдері, ауданы, топырағының түрі, учаскенің бұрын пайдаланылуы, жерасты суларының тұру биіктігі, батпақтану, желдің басымды бағыттары, санитариялық-қорғау аумағының өлшемдері, сумен, канализациямен, жылумен қамтамасыз ету мүмкіндігі және қоршаған орта мен халық денсаулығына тигізер әсері, дүние тараптары бойынша бағыты) (Характеристика земельного участка под строительство, объекта реконструкции; размеры, площади, вид грунта, использование участка в прошлом, высота стояния грунтовых вод, наличие заболоченности, господствующие направления ветров, размеры санитарно-защитной зоны, возможность

водоснабжения, канализования, теплоснабжения и влияния на окружающую среду и здоровью населения, ориентация по сторонам света;) _____

10. Зертханалық және зертханалық-аспаптық зерттеулер мен сынақтардың хаттамалары, сонымен қатар басжоспардың, сызбалардың, суреттердің көшірмелері (Протоколы лабораторных и лабораторно-инструментальных исследований и испытаний, а также выкопировки из генеральных планов, чертежей, фото) _____

11. ИСК-мен жұмыс істеуге рұқсат етіледі (разрешаются работы с ИИИ)

ИСК түрі және сипаттамасы (вид и характеристика ИИИ)	Жұмыстар түрі және сипаттамасы (Вид и характер работ)	Жұмыстар жүргізу орны (Место проведения работ)	Шектеу жағдайлары (Ограничительные условия)
1	2	3	4
I. Ашық ИСК-мен жұмыстар (работы с открытыми ИИИ)			
II. Жабық ИСК-мен жұмыстар (Работы с закрытыми ИИИ)			
III. Сәуле өндіретін құрылғылармен жұмыстар (Работы с устройствами, генерирующими излучение)			
IV. ИСК-мен басқа жұмыстар (другие работы с ИИИ)			

Санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды
Санитарно-эпидемиологическое заключение

(2020 жылғы 07 шілдедегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың 20-бабына сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің толық атауы) (полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан от 07 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения")

(санитариялық-эпидемиологиялық сараптама негізінде) (на основании санитарно-эпидемиологической экспертизы)

Санитариялық қағидалар мен гигиеналық нормативтерге (санитарным правилам и гигиеническим нормативам) сай (соответствует) _____ керектің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть)

Ұсыныстар (Предложения) _____

(2020 жылғы 07 шілдедегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың негізінде осы санитариялық-эпидемиологиялық қорытындының міндетті күші бар. /На основании Кодекса Республики Казахстан от 07 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" настоящее санитарно-эпидемиологическое заключение имеет обязательную силу

Мөр орны (Мемлекеттік санитариялық бас дәрігер, қолы (орынбасар) _____

Место печати (Главный государственный санитарный врач (заместитель)) _____

_____ тегі, аты, әкесінің аты, қолы (фамилия, имя, отчество,подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
291-қосымша
Приложение 291
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 291/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 291/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

**Жұмыскерде кәсіптік аурудың (уланудың) бар болуына күдіктену кезіндегі еңбек
парттарының санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасы**
**Санитарно-эпидемиологическая характеристика условий труда работающего при
подозрении у него профессионального заболевания (отравления) № _____**

Жылы, айы, күні (число, месяц, год)

Жұмыскер

(Работник): _____

Аты-жөні (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Туған датасы (дата рождения): _____

Диагнозды анықтаған кездегі жұмыскердің мамандығы мен лауазымы

Профессия или должность работника в момент установления

диагноза: _____

Кәсіпорынның (жұмыс берушінің) толық атауы

(Полное наименование предприятия) (работодателя):

Мекенжайы, меншік формасы

Адрес, форма собственности: _____

Цехтың, учаскенің, шеберхананың және тағы сондайлардың атауы

Наименование цеха, участка мастерской и прочие: _____

Жалпы жұмыс өтілі (Общий стаж работы): _____

Осы мамандық (лауазым) бойынша өтілі (Стаж работы в данной профессии
(должности)): _____

Өндірістік ортаның қандай зиянды факторларымен бұрын байланыс болған
(С какими вредными факторами производственной среды имел контакт
ранее)

Жұмыскердің сөзінен немесе бар болған материалдардың негізінде
факторлар тізбесі, қандай өндірісте, байланыс ұзақтығы

(перечень факторов, на каком предприятии, длительность контакта со

слов работающего или на основании имеющихся материалов)

Зиянды өндірістік фактормен байланыс тоқтатылғаннан кейін ауырудың пайда болуы кезінде

(При возникновении заболевания после прекращения контакта с вредным производственным фактором),

Цехты, кәсіпорынды жою, оны реконструкциялау жағдайларында, зиянды факторлар

туралы еңбектің зиянды жағдайларына байланысты мамандыққа тиесілігін растайтын

басқа құжаттар ұсынылады

(в случае ликвидации цеха, предприятия, его реконструкции, о вредных факторах

предоставляются другие документы, подтверждающие принадлежность к профессии,

связанной с вредными условиями труда):

Кәсіптік аурудың (улану) пайда болу мүмкіндігі бар, қауіпті, зиянды заттар мен қолайсыз өндірістік факторлардың әсері жағдайларындағы жұмыс өтілі

(Стаж работы в условиях воздействия опасных, вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, которые могли вызвать профессиоанльное заболевание (отравление)).

Кәсіптік бағыты (Профессиональный маршрут) (жұмыс жасаған әр бір мамандығы бойынша еңбек кітапшасындағы жазбаларға сәйкес) (согласно записям в трудовой книжке по каждой профессии, в какой работал)

Ескертпе: жұмыскердің еңбек қызметін сипаттау, маманның нақты жұмыс орнын тексеруі негізінде, лауазымдық міндеттер мен әкімшіліктен немесе жұмыскердің өзінен алынған мәліметтерді ескере отырып беріледі.

Примечание: описание трудовой деятельности работающего дается на основании обследования специалистом конкретного рабочего места с учетом должностных обязанностей и сведений, полученных от

администрации и самого рабочего.

Зиянды өндірістік факторлардың тізбесі
(Перечень вредных производственных факторов):

Өндірістік ортаның барлық зиянды факторлары мен еңбек процесін көрсете отырып

өндірістік қызметтің орындалатын технологиялық операцияларын егжей-тегжейлі сипаттау, олардың әсер ету уақытының ұзақтығы %

(Детальное описание выполняемых технологических операций производственной деятельности с указанием всех вредных факторов производственной среды и трудового процесса, длительность времени их воздействия, %)

Технологиялық және техникалық құжаттама, хронометраж, технологиялық режим, жұмыс

орнын аттестаттау материалдары

(технологическая и техническая документация, хронометраж, технологический режим,

материалы аттестации рабочего места):

Жұмыс орындарында зиянды өндірістік факторларға байланысты өндірістік ортаның

жағдайы (Состояние производственной среды в зависимости от вредных производственных факторов на рабочих местах).

Зертханалық және аспаптық зерттеулердің деректері ауырған адамның жұмыс жылдары

бойынша мүмкіндігінше динамикамен келтіріледі (Данные лабораторных и инструментальных исследований по возможности приводятся в динамике за годы работы заболевшего). Оларды өткізген ұйымның атауы (Наименование организации, их проводившей): _____

Зиянды өндірістік факторлар (вредные производственные факторы):

1. Шаң (Пыль): сапалы сипаттамасы (качественная характеристика) (табиғи немесе жасанды (природная или искусственная), минералды немесе органикалық (минеральная или органическая), % химиялық құрам (химический состав в %). Химиялық заттардың газдары мен буларының болуы (Присутствие газов и паров химических веществ). Дисперсиялық құрам: конденсаттық немесе дезинтеграциялық аэрозоль (Дисперсный состав: аэрозоль конденсации или дезинтеграции). Шаңның физикалық-химиялық қасиетінің сипаттамасы (Характеристика физико-химических свойств пыли).

Жұмыс аймағы ауасының шаңдануының сандық көрсеткіштері (Количественные показатели запыленности воздуха рабочей зоны):

жылдар (годы)	Шоғырлануы (Концентрация), мг/м ³	
	ең көп-бір реттік (максимально-разовая)	орташа ауысымдық (среднесменная)

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

2. Химиялық заттар, биологиялық факторлар (Химические вещества, биологические факторы):

Жұмыскердің үнемі немесе уақытша болатын жерлерде, қолданылатын шикізатты, аралық және соңғы өнімдерді, реакция мен олардың өзгеру мүмкіндігін (тотығу, гидролиз) ескере отырып, шығарылатын зиянды заттардың тізбесі

Перечень выделяющихся вредных веществ в местах постоянного и временного пребывания работающего с учетом применяемого сырья, промежуточных и конечных продуктов, реакции и возможности их превращения (окисление, гидролиз и др.)

Шығарылатын зиянды заттардың сандық сипаттамасы (Количественная характеристика выделяющихся вредных веществ):

заттың атауы (наименование вещества)	рұқсат етілген шекті шоғырлануы мгЗ (Предельно допустимая концентрация), мгЗ		жылдар (годы)	сынама саны (количество проб)	шоғырлануы, (концентрация), мгЗ		рұқсат етілген шекті шоғырланудан шегінен артатын сынама үлесі (процент проб, превышающих предельно допустимую концентрацию)	
	ең көп-бір реттік (максимально разовая)	орта ауысымды (средне-сменная)			ең көп-бір реттік (максимально разовая)	орта ауысымды (среднесменная)	ең көп-бір реттік (максимально разовая)	орта ауысымды (средне-сменная)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

3. Иондалмаған сәулелену. (Неионизирующие излучение):

4. Иондалған сәулелену (Ионизирующее излучение):

5. Шу, діріл (Шум, вибрация):

Сандық сипаттамасы (Количественная характеристика):

жылдар (годы)	ауысымдағы баламалы деңгейі (эквивалентный уровень за смену)	жұмыс өтіліндегі экспозиция (экспозиция за рабочий стаж)

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

6. Микроклимат (Микроклимат): температура (температура), салыстырмалы ылғалдылық, (относительная влажность), ауа қозғалысы жылдамдылығы (скорость движения воздуха), жылумен сәулелену қарқындылығы (интенсивность теплового излучения). Үнемі немесе уақытша әсер ету, жылумен сәулелену көздері (Постоянное или непостоянное воздействие, источники теплового излучения).

жылдар (годы)	Температура,оС		Салыстырмалы ылғалдылық,% (Относительная влажность,%)		ауа қозғалысы жылдамдылығы, м/с (Скорость движения воздуха,м/с)		жылылық сәулелену қарқындылығы (Интенсивность теплового излучения)	
	ШРД ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

Сандық сипаттама (Количественная характеристика): рұқсат етілген мәндер шегінен шыққан көрсеткіштер тізбесі, олардың шамасы мен әсер ету ұзақтығы (перечень показателей, выходящих за пределы допустимых значений, их величины и продолжительность воздействия):

7. Еңбек процесінің факторлары (Факторы трудового процесса): жұмыс орынын ұйымдастыру, физикалық жүктеме, көзге түсетін салмақ, еңбек және демалыс режимі (организация рабочего места, физическая нагрузка, зрительное напряжение, режим труда и отдыха). Жұмыс қалпы (Рабочая поза): бос, мәжбүрлі (свободная, вынужденная). Ауысымның жұмыс уақытынан пайызбен мәжбүрлі қалыпта болуы пайызбен (Нахождение в вынужденной позе в процентах от рабочего времени смены). Корпустың еңкеюі (жоқ, мәжбүрлі) (Наклоны корпуса)(отсутствуют,вынужденные), градуспен корпустың еңкею бұрыштары (углы наклона корпуса в градусах). Операция, ауысым кезінде еңкеюлердің саны (Количество наклонов за операцию, за смену):

Физикалық жүктеме факторларының сипаттамасы (Характеристика факторов физической нагрузки): қолмен тасымалданатын жүктің салмағы килограммен (масса груза, перемещаемая вручную в килограммах). Жүк қайдан тасымалданады (жер бетінен, жұмыс бетінен) (Откуда перемещается груз (с пола, с рабочей поверхности). Операция, ауысым кезінде жүкті көтеру арақашықтығы мен орын ауыстыруы. Ауысымдық жүкқайналымы (тоннада) (Расстояние подъема и перемещения груза за операцию, за смену. Сменный грузооборот(тонн)):

Көзге салмақ түсу факторларының сипаттамасы (Характеристика факторов зрительного напряжения): оптикалық аспаптармен жұмыс жасау немесе соларсыз (работа с оптическими приборами или без них). Объектілердің өзгешелік көлемі, мм., контраст, фонның сипаттамасы (Размеры объекта различия в мм., контраст, характеристика фона: Еңбек және демалыс режимдерінің сипаттамасы (Характеристика режимов труда и отдыха): ауысымдылығы, ұзақтығы және регламенттелген үзілістерді сақтау, солардың ауысым кезінде ұзақтығы, түскі үзіліс ұзақтығы (сменность, продолжительность и соблюдение регламентированных перерывов, их длительность за смену, продолжительность обеденного перерыва):

8. Жеке қорғаныш құралдарын пайдалану (ЖҚҚ) (Использование средств индивидуальной защиты (СИЗ)): маркасы, қолайсыз өндірістік факторға сәйкес қамтамасыз етілуі, қолдану жүйелігі, пайдалану ережелерін бұзу. Бар болған зиянды факторға ЖҚҚ сәйкессіздігі (марки,обеспеченность с учетом соответствующего неблагоприятного производственного фактора, систематичность применения, нарушение правил использования. Несоответствие СИЗ действующему вредному фактору).

9. Санитариялық-эпидемиологиялық сипаттама жасалып жатқан жұмыскердің кәсіптік топқа жататын тобында кәсіптік ауырулардың бар болуы немесе болмауы. Осы цехте, учаскеде, кәсіптік топта кәсіптік ауырулардың немесе уланулардың бар болуы (Наличие или отсутствие профессиональных заболеваний в той профессиональной группе, к которой относится рабочий, на которого составляется санитарно-эпидемиологическая характеристика.Наличие профессиональных заболеваний или отравлений в данном цехе, участке, профессиональной группе):_____

10. Жұмыскердің еңбек шарттары санитариялық-эпидемиологиялық нормалау жүйесінің құжаттары талаптарына сәйкестігі мен пайда болған кәсіптік ауырудың (уланудың) зиянды өндірістік факторларымен байланысы туралы қорытынды (Заключение о соответствии условий труда работающего требованиям документов системы санитарно-эпидемиологического нормирования и связи вредных производственных факторов с возникшим профессиональным заболеванием (отравлением))

Санитариялық-эпидемиологиялық сипаттаманы жасаған

(Санитарно-эпидемиологическую характеристику составил (а)):

_____ Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при наличии),
должность)

" ____ " ____ 20__ ж.г.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
292-қосымша
Приложение 292
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		<p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p>
<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p>		<p>Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 292/е нысанды медициналық құжаттама</p>
<p>Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы</p>		<p>Медицинская документация Форма № 292/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____</p>

Наряд бойынша дезинфекция жүргізу туралы АНЫҚТАМА СПРАВКА о проведении дезинфекции по наряду

(от) " __ " _____ күні 20__ ж. (г.)

сағ. (час) _____ мин _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

Жасы (Возраст) _____

Мекен-жайы (Адрес) _____

Диагнозы (Диагноз) _____

Дезинфекциялау жүргізген адам
(Дезинфекцию проводил) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

Қолы (Подпись) _____

Пәтер иесінің наразылығы жоқ, _____ сағ. (час) _____ ин
жадынамамен таныстырылды.

(Владелец квартиры претензий не имеет, _____
с памяткой ознакомлен)

Пәтер иесінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) владельца квартиры)

Қолы (Подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
293-қосымша
Приложение 293
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от " __ " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

	Код формы по ОКУД _____ — КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ —
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген №293/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 293/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____ —

Заттарға берілетін түбіртек Квитанция на вещи

№ _____

Наряд бойынша (По наряду) № _____

Азаматтан қабылданды (Приняты от гражданина) _____

Мекен-жайы (Адрес) _____

Дезинфекциялау себептері (Для дезинфекции по поводу) _____

Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

№	Заттардың атауы (Наименование вещей)	Саны (Количество)
1		
2		

"___" _____ 20 ж.(г.) заттар Дезинфекциялауға тапсырылды
(вещи сдал в дезинфекцию) _____

азаматтың қолы (подпись гражданина)

Заттарды камералық дезинфекциялауға қабылдады (Вещи для камерной дезинфекции принял) _____

Дезинфекциялаушының қолы (подпись дезинфектора)

Наразылығым жоқ (Претензий не имею) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
294-қосымша
Приложение 294
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 294/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 294/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

СУ ҚОЙМАСЫ ПАСПОРТЫ № _____ ПАСПОРТ ВОДОЕМА № _____

1. Су қоймасының орналасқан жері (ауданы, елді мекеме)

Место расположения водоема (район, населенный пункт)

2. Паспорттың толтырылған күні " ____ " _____

Дата заполнения паспорта

3. Шаруашылық мақсаты _____

Хозяйственное назначение

4. Арақашықтық тұрғын үй құрылысынан _____ м,

Расстояние от построек жилых

мал шаруашылығына _____ м

животноводческих

5. Су қоймасы карта-схемасы (паспорттың сыртқы бетіне салынады)

Карта-схема водоема (рисуется на обратной стороне паспорта)

6. Су қоймасының сипаттамасы:

(Характеристика водоема):

Су қоймасының түрі _____

(Тип водоема)

Физикалық ауданы _____

(Физическая площадь)

Су қоймасының жағалаудағы терендігі,
_____ ортасында _____

(Глубина водоема у берега) (в середине)

Су қоймасының қоректену көзі _____

(Источник питания водоема)

Өсімдік сипаты _____

(Характер растительности)

Су өсімдігі ауданы (%) _____

(Площадь, покрытая водной растительностью (в %))

7. Тексеру және өңдеу үшін қол жетімділік _____

(Доступность для обследования и обработки)

8. Анофелогенді су қоймасы: ИЯ, ЖОҚ _____

(Водоем анофелогенный: ДА, НЕТ.)

Анофелогенды ауданы _____

(Анофелогенная площадь)

Тексеру күні Дата обследования	Су қоймасының ауданы Площадь водоема		Дәрнесілді н түрлік құрамы Видовой состав личинок	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Ұсынылатын іс-шаралар Рекомендуемые мероприятия			
	Жалпы Общая	Анофелогенды Анофелогенная			Санитариялық-гидротехникалық (тазалау, кептіру) Санитарно-гидротехнические (осушение, расчистка)	Биологиялық (гамбузирлеу, басқару) биологиялық агенттер) Биологиялық (гамбузирлану, др. биологиялық агенттер)	Химиялық (инсектицидтер, дамунгитбиторлар) Химические (инсектициды, ингибиторы развития)	Физикалық (мұнай өнімдері) Физические (нефтепродукты, ВЖС и ВЖК)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Паразитолог _____
 Энтомолог _____

Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
 295-қосымша
 Приложение 295
 к приказу Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от " ____ " _____ 2021 года № ____
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 295/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 295/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Аса қауіпті инфекцияларды тасымалдаушы иксодты кенелердің аумақта бар болуын барлаушылық тексеріп-қарау нәтижесін есепке алудың жиынтық ведомосы Сводная ведомость учета результатов рекогносцировочных обследований территорий на наличие иксодовых клещей-переносчиков особо опасных инфекций 20 ____ ж. (г.)

	Аумақ ы ң ландша фтты сипаты Ландша фтная характер	Жиналған кенелер Собрано клещей	
		Барлығы Всего	Кенелердің түрі %

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	истика террито рии	Кезеңдер түрі (ашық, жабық) Тип стадии (открытый, закрытый)		Виды клещей	
1	2	3	4	5	6
Кенелер санының көрсеткіштері (флаго-сағат) Показатели численности клещей на (флаго-часов)		Зертханалық зерттеу деректері Данные лабораторного исследования			
Имаго	Басқа фазалар Другие фазы	Тексеріл г е н корлар саны Число обследо ванных пулов	Бөлінген өсірінді лер Выделен о культур	ПЦР/%	Бөлінген өсірінділер/ % Выделено культур /%
7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
296-қосымша
Приложение 296
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 296/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы
Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы

Медицинская документация
Форма № 296/у
Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

**Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органына келу туралы ШАҚЫРУ
ҚАҒАЗЫ ПОВЕСТКА о явке в государственный орган санитарно-эпидемиологической службы**

Тұлға (Лицо)

Мекенжайы (Адрес)_

(адрес)

Сізге ҚР ӘҚБК-ның 812-823-баптарына сәйкес 2020_жылғы " " хаттаманың халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы ҚР заңнамасы талаптарының бұзылу фактілерін қарау үшін _____
_____20_____ж. (г.) " " _____ сағат _____ кабинетке келуіңіз қажет.

Дәлелсіз себеппен келмеген жағдайда ҚР ӘҚБК _____ негізінде Сіздің полицияның мәжбүрімен келуіңізге тура келеді.

В соответствии ст. ст. 812-823 КоАП РК Вам необходимо явиться _____

_____ по адресу:
_____ " " _____ 20_
_____ года к часам _____ мин. _____ в кабинет № _____ для рассмотрения фактов нарушения законодательства РК в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В случае неявки без уважительных причин, Вы можете быть подвергнуты принудительному приводу полицией на основании ст. _____ КоАП РК, для рассмотрения административного дела.

М.О. Мекеме басшысы _____

М.П Руководитель учреждения _____

**Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органына келу туралы ШАҚЫРУ
ҚАҒАЗЫНЫҢ ТҮБІРТЕГІ КОРЕШОК КВИТАНЦИИ ПОВЕСТКА о явке в
государственный орган санитарно-эпидемиологической службы**

Тұлға (лицо)

Мекенжайы (Адрес)

(адрес)

20 _____ ж. " " _____ сағат _____
мекенжайы бойынша орналасқан _____
_____ шақыру туралы қағазды алдым.

Повестку о явке " _____ " _____ 20 _____ года к _____ час. _____
_____ мин. _____

_____ по адресу: _____
_____ получил.

20 _____ ж. (г.) " " _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при наличии), роспись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
297-қосымша
Приложение 297
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " _____ " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " _____ " _____ № _____ _____ бұйрығымен бекітілген № 297/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 297/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " _____ " _____ 2021 года № _____

**Істі өндіріске қабылдау және қарауға тағайындау туралы АНЫҚТАМА ОПРЕДЕЛЕНИЕ о
принятии дела к производству и назначении к рассмотрению**

2020 ЖЫЛҒЫ " _____ " _____ 20 _____ года

Басшы (орынбасар) Руководитель (заместитель) _____

катысты "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің бабының бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қарауға дайындау кезінде

при подготовке к рассмотрению дела об административном правонарушении, предусмотренного частью статьи Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" в отношении

Анықтады: Установил:

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы осы іс ведомстволық бағынысты
Данное дело об административном правонарушении подведомственно

Осы істі қарау мүмкіндігін болдырмайтын мән-жайлар жоқ.

Обстоятельств, исключающих возможность рассмотрения данного дела, не имеется.

Іс бойынша іс жүргізу тілі ретінде __ (орыс, қазақ, басқа) анықталсын.

Языком производства по делу определить __ (русский, казахский, другой).

Баяндалғанның негізінде, "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 701, 812 - 814-баптарын, 816-бабының 1-бөлігін басшылыққа ала отырып,

Анықтады:

На основании изложенного, руководствуясь статьями 701, 812 - 814, частью 1 статьи 816 Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях"

Определил:

катысты "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің __
__ бабының _____ бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс
өндіріске қабылдансын және _____,

мекенжайында орналасқан ғимаратта 202 жылғы " " сағат минутта қарауға тағайындалсын.

Принять к производству дело об административном правонарушении в отношении _____,

предусмотренного частью _____ статьи _____ Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" и назначить к рассмотрению на часов

минут " " 202__ года в здании _____
_____, расположенного по адресу: _____

тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің
сапасы мен қауіпсіздігін бақылау басқармасының
Басшысы (орынбасары)
Руководитель (заместитель)

управления контроля качества и
безопасности товаров и услуг _____ Т.А.Ә (болған
жағдайда) (Ф.И.О (при наличии))

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
298-қосымша
Приложение 298
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 298/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 298/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № _____

Полиомиелит немесе жедел енжар паралич жағдайын эпидемиологиялық тергеп-тексеру
Эпидемиологическое расследование случая полиомиелита или острого вялого паралича

1-бөлім. Жағдайды дереу тергеп-тексеру						
1-часть. Немедленное расследование случая						
1. Сәйкестендіру деректері						
Идентификационные данные						
Эпидемиологиялық нөмір		Тергеу күні Дата расследования		күн день	ай месяц	жыл год
Эпидемиологиялық нөмір						
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)		Елді мекен атауы, мекенжайы Наименование населенного пункта, адрес				
Фамилия, имя, отчество (при наличии)						
Облыс		Район				
Область		Район				
Туған жылы						Ә Ж
Дата рож	күн день	ай месяц	жыл год			жын
			Туған жылы белгісіз болған жағдайда, шамамен жасын			

дени я		көрсетініз Если дата рождения не известна, то укажите примерный возраст		ыс пол	Е М
Әкесінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) отца		Анасының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери			
2. Регистрация					
Регистрация					
Жағдайды тіркеу күні Дата регистрации случая			күн день	ай месяц	жыл год
Науқастың ауруханаға жатқызу күні Дата госпитализации больного			күн день	ай месяц	жыл год
Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации		Ауру тарихы № История болезни №			
Клиникалық диагноз Клинический диагноз		Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии)			
Науқас осы ауру бойынша басқа медициналық ұйымдарға медициналық көмекке жүгінген бе? (белгілеу) Обращался ли за медицинской помощью больной по поводу данного заболевания в другие медицинские организации (отметить)	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно		

Науқас жүгінген болса, медициналық ұймның атауы мен жүгінген күнін көрсету							
Если больной обращался, то указать наименование медицинской организации и дату обращения							
2. Ауру тарихы мен симптомдары							
История болезни и симптомы							
Сал ауруы (парез) басталған күн Дата начала паралича (пареза)		күн день	ай месяц	жыл год			
Науқас қайтыс болған жағдайда, өлім уақытын көрсету Если больной умер, то указать дату смерти		күн день	ай месяц	жыл год			
Егер науқаста сал ауруы, тырысу немесе басқа неврологиялық бұзылулар – бұлшықет гипотензиясы болса, көрсету Если у больного в анамнезе параличи, судороги или другие неврологические расстройства – мышечная гипотония, то укажите		ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно			
Көрсетіңіз Укажите	Солғын сал (жылдам дамиды) паралич вялый (быстро прогрессирующий)	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно			
	Солғын (атоникалық) вялый (атонический)	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно			
Егер сал ауруы жедел және енжар емес болса, онда тергеп-тексеруді тоқтату. Диагнозын көрсету: Если паралич не острый и не вялый, то прекратите расследование. Укажите диагноз:							
Егер сал ауруы жедел және енжар болған жағдайда, тергеп-тексеруді жалғастыру Если паралич острый и вялый, то продолжайте расследование							
Аурудың бастапқы кезеңінде (сал) дене температурасының көтерілуі болды ма? Было ли повышение температуры тела в начале заболевания (паралича)?		ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно			
Асимметриялық сал ауруы? Паралич асимметричный?		ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно			
Сал ауруы басталып толық дамуына дейін қанша күн өтті? Сколько дней прошло от начала заболевания до полного развития паралича?							
Сал ауруы орны Место паралича:							
Сол аяқ Левая нога	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Тыныс алу бұлшықеті Дыхательная мускулатура	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Оң аяқ Правая нога	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Мойын бұлшықеті Мышцы шеи	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
			белгісіз				

Сол қол Левая рука	ия да	жоқ нет	неиз вест но	Бет бұлшықеті Мышцы лица	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Оң қол Правая рука	ия да	жоқ нет	белгі сіз неиз вест но	Басқа (көрсету) Другие (укажите)	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Қол сал ауруы Паралич рук		проксимал ды	проксимал ьный	дисталды дистальный	Екеу і де оба	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Аяқ салы Паралич ног		проксимал ды	проксимал ьный	дисталды дистальный	Екеу і де оба	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Жүйке функциясының сезімталдығын жоғалту Утрата чувствительности функции нерва					ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Аурушандылыққа дейін 28 күн ішінде науқас басқа елді мекендерге (мемлекет) болды ма? Выезжал ли больной в другие населенные пункты (страны) в течение 28 дней до заболевания?					ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Барған болса көрсету Если выезжал, то укажите	с	күн день	ай меся ц	жыл год	дейін до	күн день	ай меся ц	жыл год
Қайда (мемлекет, елді мекен) Куда (страна, населенный пункт)								
60 күн ішінде науқастың айналасында салдың басқа жағдайлары болды ма? Были ли другие случаи параличей в окружении больного за последние 60 дней?					ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
4. Екпелік анамнез Прививочный анамнез								
Иммундау кезінде алынған ауызша полиомиелитті вакцина (АПВ) саны Количество доз оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ), полученных в ходе иммунизации					жоспарлы плановая			
					қосымша дополните льная			
АПВ соңғы екпесінің күні Дата последней прививки ОПВ					күн день	ай меся ц	жыл год	
5. Нәжіс талдамасын жинау Сбор образцов фекалия								
Бірінші нәжіс талдамасының алынған күні Дата взятия первого образца фекалия					күн день	ай меся ц	жыл год	
Екінші нәжіс талдамасының алынған күні						ай		

Дата взятия второго образца фекалия				күн день	меся ц	жыл год	
Нәжіс талдамасының вирусологиялық зертханаға жіберілген күні Дата отправки образцов фекалия в вирусологическую лабораторию				күн день	ай меся ц	жыл год	
Эпидемиологиялық тергеп-тексеру жүргізген мамандар Специалисты, проводившие эпидемиологиологическое расследование:							
Эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) эпидемиолога							
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) клинициста							
2-бөлім. 60 (90) күннен кейінгі науқас жағдайын бағалау 2-часть. Оценка состояния больного через 60 (90) дней							
Эпидемиологиялық нөмір Эпидемиологический номер				Тексеру күні Дата расследования	күн день	ай меся ц	жыл год
Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного				Елді мекен, мекенжай Населенный пункт, адрес			
Облыс Область				Район			
				Туған жылы белгісіз болғанда			Ө Ж

Туылған күні Дата рождения	күн день	ай месяц	жыл год	шам амен жас ын көрс етіңі з Если дата рожд дени я неиз вест на, то укаж ите при мерн ый возр аст		жын ыс пол	Е М
60 (90) күннен кейін қарау жүргізілді ме? Проведен ли осмотр через 60 (90) дней?				ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Қаралмаған жағдайда, себебін көрсету Если не проведен, то укажите причину				Науқас бақылаудан шықты больной выбыл из-под наблюдения			
Қаралған жағдайда салды (сал) көрсеті Если проведен, то укажите наличие параличей (парезов)				ия да	жоқ нет	басқа другое	
Науқастың жағдайын бағалау жүргізілген медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации, где проведена оценка состояния больного							
Бағалауды жүргізген мамандар Специалисты, проводившие оценку:							
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) клинициста							
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) эпидемиолога							

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
299-қосымша
Приложение 299

приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " " _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 299/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 299/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Сүтқоректілер санын есепке алу бойынша стационарлардағы жұмысты есепке алу күнделігі
Дневник учета работы на стационарах по учету численности млекопитающих

Басталуы (Начат) " " _____ 20 ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) " " _____ 20 ж. (г.)

Дата Күні	Стационардың № № стационара	Аулау үшін құрылған құралдар саны, дана Количество орудий улова, штук		Ұсақ сүтқоректілердің жалпы саны, бірлік Общее количество мелких млекопитающих, единиц	Сұртышқандар Полевки					
		торлар ловушки	қақпан капкан		Табындық Стадная	Қызыл сібірлік Красносибирская	Экономка Экономка	Кәдімгі Обыкновенная		
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Су пол евка сы Вод яная пол евка	Ондатра Ондатра	Тышқандар Мыши			Құртқоректілер (бурозубкалар) Насекомоядные (бурозубки)				Пасюк Пасюк	Атж алм ан Хом як
		Орман Лесная	Малютка Малютка	Мышев ка Үй Домовая Мышев ка	Егіс тік Пол еяная	Қарапай ым Обыкновенная	Арктикал ық Арктичес кая	Кіші Малая		

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Күнделік жүргізуге жауапты тұлғаның Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) лица
ответственного за ведение дневника) _____

Қолы _____

(Подпись)

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және
құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК