

**"Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы**

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2025 жылғы 14 ақпандағы № 8 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2025 жылы 18 ақпанда № 35734 болып тіркелді

**БҰЙЫРАМЫН:**

1. "Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21579 болып тіркелген) мынадай өзгерістер енгізілсін:

көрсетілген бұйрыққа 3-қосымшамен бекітілген Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандарында:

№ 065/е "Профилактикалық егу картасы" нысаны осы бұйрыққа қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

көрсетілген бұйрыққа 7-қосымшамен бекітілген Медицина қызметкерлерінің толтыруы үшін міндетті құжаттаманың тізбесінде:

реттік нөмірі 14-жол мынадай редакцияда жазылсын:

"

14	Иммундау паспорты	065/е	Электронды форматта	Қажеттілік уақыты аяқталғанға дейін
----	-------------------	-------	---------------------	-------------------------------------

"

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

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрық ресми жарияланғаннан кейін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.



Иммундау түрі	Жасы	қалдыру (бар болған жағдайда диагноз бен күні)	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

**Дифтерия, сіреспе, полиомиелит, В гепатиті, көкжөтел және В типті гемофиль таяқша**

Иммундау түрі	Жасы	Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (бар болған жағдайда диагноз бен күні)	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

**Дифтерия, сіреспе, полиомиелит, көкжөтел, В типті гемофильді таяқша**

Иммундау түрі	Жасы	Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (бар болған жағдайда диагноз бен күні)	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

**Пневмокок инфекциясы**

Иммундау түрі	Жасы	Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (бар болған жағдайда диагноз бен күні)	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

**Көкжөтел, дифтерия, сіреспе**

Иммундау түрі	Жасы	Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (бар болған жағдайда диагноз бен күні)	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

**Адам папилломасы вирусы**

Иммундау түрі	Жасы	Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (бар болған жағдайда)	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	
---------------	------	---	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	--



Иммундау түрі	Жасы	Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (бар болған жағдайда диагноз бен күні)	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

### Тұмау

Иммундау түрі	Жасы	Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (бар болған жағдайда диагноз бен күні)	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

### Сібір жарасы

Иммундау түрі	Жасы	Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (бар болған жағдайда диагноз бен күні)	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

### Туляремия

Иммундау түрі	Жасы	Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (бар болған жағдайда диагноз бен күні)	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

### Оба

Иммундау түрі	Жасы	Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (бар болған жағдайда диагноз бен күні)	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

### Кене энцефалиті

		Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (						
--	--	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Иммундау түрі	Жасы	бар болған жағдайда (диагноз бен күні)	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

### Коронавирус инфекциясы

Иммундау түрі	Жасы	Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (бар болған жағдайда (диагноз бен күні))	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

### Басқалар

Иммундау түрі	Жасы	Тұрақты медициналық кейінге қалдыру (бар болған жағдайда (диагноз бен күні))	Иммундау күні	Медициналық ұйым атауы	Препарат атауы	Сериясы	Дозасы	Дәрігердің ТАӘ
---------------	------	--	---------------	------------------------	----------------	---------	--------	----------------

### Түсіндірме:

1. Иммундау бойынша кестелердің "Иммундау түрі" деген бірінші бағанында жоспарлы вакцинация және/немесе эпидемиологиялық көрсетілімдер бойынша вакцинация көрсетіледі;

2. Бірнеше екпеден тұратын вакцинация курстары 1-вакцинация, 2-вакцинация, 3-вакцинация және т.б. көрсетіледі;

3. Күшейткіш дозаларды 1-ревакцинация, 2-ревакцинация және т.б. көрсетіледі;

4. Препараттар әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбцияланған көкжөтел-дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анотоксині, АДС-М – құрамында антигендер мөлшері азайтылған адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анотоксині, АД – адсорбцияланған дифтерия анотоксині, АС – адсорбцияланған сіреспе анотоксині, К – көкжөтел вакцинасы;

5. Эпидемиологиялық көрсетілімдер бойынша екпелер (жарақат, тістеу-шағу, қарым-қатынаста болғандар ретінде, реципиенттер 1 және т.б.) және қосымша жалпы иммундау (ҚЖИ)/ұлттық иммундау күндері (ҰИК)/жалпы иммундау (ЖИ) бір кестеде толықтырылады.