

О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения"

Утративший силу

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 июля 2012 года № 514. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 6 сентября 2012 года № 7898. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020.

Сноска. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 30.10.2020 № ҚР ДСМ-175/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

В соответствии с подпунктом 5) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", Кодексом Республики Казахстан "О браке (супружестве) и семье" и подпунктом 2) пункта 3 статьи 16 Закона Республики Казахстан от 19 марта 2010 года "О государственной статистике", а также в целях совершенствования форм первичной медицинской документации и обеспечения сбора административных данных **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6697, опубликован в газете "Казахстанская правда" от 24 февраля 2011 г. № 68-69 (26489-26490), от 26 февраля 2011 г. № 72-73 (26493-26494), от 2 марта 2011 г. № 76-77 (26497-26498), от 5 марта 2011 г. № 82-83 (26503-26504), от 6 марта 2011 г. № 84-85 (26505-26506), от 10 марта 2011 г. № 86-87 (26507-26508), от 15 марта 2011 г. № 92-93 (26513-26514), от 16 марта 2011 г. № 94-95 (26515-26516), от 17 марта 2011 г. № 96-97 (26517-26518), от 29 марта 2011 г. № 105-106 (26526-26527), от 30 марта 2011 г. № 107-108 (26528-26529), от 6 апреля 2011 г. № 116 (26537), от 12 апреля 2011 г. № 121-122 (26542-26543), от 13 апреля 2011 г. № 123-124 (26544-26545), от 14 апреля 2011 г. № 125-126 (26546-26547), от 19 апреля 2011 г. № 131-132 (26552-26553), 20 апреля 2011 г. № 133 (26554), от 21 апреля 2011 г. № 134-135 (26555-26556), от 23 апреля 2011 г. № 138 (26559), от 26 апреля 2011 г. № 139 (26560), от 30 апреля 2011 г. № 144-145 (26565-26566), от 7 мая 2011 г. №

150-151 (26571-26572), от 14 мая 2011 г. № 156-157 (26577-26578), от 21 мая 2011 г. № 163-164 (26584-26585), от 28 мая 2011 г. № 170-171 (26590-26591), от 4 июня 2011 г. № 177-178 (26598-26599), от 11 июня 2011 г. № 185-186 (26606-26607) и в газете "Егемен Қазақстан" от 3 августа 2011 г. № 344-345 (26739) следующие изменения и дополнения:

в приложении 1 к указанному приказу:

форму № 001/у "Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации" изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу;

форму № 005/у "Протокол трансфузии эритроцитсодержащих средств" изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу;

форму № 005-1/у "Протокол трансфузии компонентов, препаратов крови" изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему приказу;

форму № 005-2/у "Журнал регистрации поступления и выдачи крови, ее компонентов, препаратов, кровезаменителей и диагностических стандартов" изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему приказу;

форму № 005-3/у "Трансфузионный лист" изложить в новой редакции согласно приложению 4-1 к настоящему приказу;

форму № 034/у "Паспорт консервированной донорской почки" изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему приказу;

форму № 009/у "Журнал регистрации переливания инфузионно-трансфузионных сред" изложить в новой редакции согласно приложению 6 к настоящему приказу;

форму № 066/у "Статистическая карта выбывшего из стационара" изложить в новой редакции согласно приложению 7 к настоящему приказу;

форму № 066-2/у "Статистическая карта выбывшего из онкологического стационара" изложить в новой редакции согласно приложению 8 к настоящему приказу;

форму № 008/у "Журнал оперативных вмешательств в стационаре" изложить в новой редакции согласно приложению 9 к настоящему приказу;

форму ТБ-01/у "Медицинская карта больного туберкулезом" изложить в новой редакции согласно приложению 10 к настоящему приказу;

форму ТБ-01/у - категория IV "Медицинская карта больного туберкулезом категории IV" изложить в новой редакции согласно приложению 11 к настоящему приказу;

форму ТБ-03/у "Журнал регистрации туберкулеза (область, город, район)" изложить в новой редакции согласно приложению 12 к настоящему приказу;

форму ТБ-09/у "Направление на перевод больного туберкулезом" изложить в новой редакции согласно приложению 13 к настоящему приказу;

форму ТБ-11/у "Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV" изложить в новой редакции согласно приложению 14 к настоящему приказу;

форму ТБ-12/у "Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов" изложить в новой редакции согласно приложению 15 к настоящему приказу;

форму ТБ-14/у "Согласие больного на лечение" изложить в новой редакции согласно приложению 16 к настоящему приказу;

форму ТБ-19/у "Стеллажная карта движения противотуберкулезных препаратов" изложить в новой редакции согласно приложению 17 к настоящему приказу;

дополнить следующими формами:

формой № 005-4/у "Журнал регистрации списания и утилизации компонентов и препаратов крови в медицинских организациях" согласно приложению 18 к настоящему приказу;

формой № 009-1/у "Журнал учета реципиентов крови и ее компонентов" согласно приложению 19 к настоящему приказу;

в приложении 2 к указанному приказу:

формы № 003-3/у "Карта больного дневного стационара (поликлиники, больницы)" и № 095-1/у "Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой" исключить;

форму № 090/у "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования" изложить в новой редакции согласно приложению 20 к настоящему приказу;

форму № 105-1/у "Журнал регистрации приема, выдачи дел (уголовных и гражданских) и заключений судебно-психиатрических экспертных комиссий" изложить в новой редакции согласно приложению 21 к настоящему приказу;

форму № 113/у "Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы" изложить в новой редакции согласно приложению 22 к настоящему приказу;

дополнить следующими формами:

формой № 088-1/у "Журнал регистрации и реабилитации инвалидов" согласно приложению 23 к настоящему приказу;

формой № 103/у "Протокол проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) интрацитоплазматической инъекцией сперматозоида в яйцеклетку (ИКСИ)" согласно приложению 24 к настоящему приказу;

формой № 125/у "Лист назначения ЭКО" согласно приложению 25 к настоящему приказу;

формой № 103/у-12 "Медицинское свидетельство о рождении" согласно приложению 25-1 к настоящему приказу;

формой № 106/у-12 "Медицинское свидетельство о смерти" согласно приложению 25-2к настоящему приказу;

формой № 106-2/у-12 "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти" согласно приложению 25-3 к настоящему приказу;

дополнить приложением 2-1 "Методические рекомендации по заполнению и выдаче первичной медицинской документации, удостоверяющую случаи рождения, смерти и перинатальной смерти" согласно приложению 25-4 к настоящему приказу;

в приложении 3 к указанному приказу:

форму № 001-7/у "Направление на госпитализацию в дневной стационар" исключить;

форму № 003-2/у "Карта больного стационара на дому" изложить в новой редакции согласно приложению 26 к настоящему приказу;

форму № 001-3/у "Направление на госпитализацию в стационар" изложить в новой редакции согласно приложению 27 к настоящему приказу;

форму № 025-5/у "Статистическая карта амбулаторного пациента" изложить в новой редакции согласно приложению 28 к настоящему приказу;

форму № 025-8/у "Статистическая карта амбулаторного пациента для профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента" изложить в новой редакции согласно приложению 29 к настоящему приказу;

форму № 030-1/у "Карта индивидуального учета обследованных и больных вирусными гепатитами "В" и "С" изложить в новой редакции согласно приложению 30 к настоящему приказу;

форму № 030-2/у "Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством" изложить в новой редакции согласно приложению 31 к настоящему приказу;

форму № 030-6/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)" изложить в новой редакции согласно приложению 32 к настоящему приказу;

форму № 111/у "Индивидуальная карта беременной и родильницы" изложить в новой редакции согласно приложению 33 к настоящему приказу;

форму ТБ-16/у "Карта наблюдения за диспансерным контингентом" изложить в новой редакции согласно приложению 34 к настоящему приказу;

дополнить следующими формами:

формой № 026-1/у "Медицинская карта ребенка для детского дома (девочка)" согласно приложению 35 к настоящему приказу;

формой № 026-2/у "Медицинская карта ребенка для детского дома (мальчик)" согласно приложению 36 к настоящему приказу;

формой № 055/у "Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг" согласно приложению 37 к настоящему приказу;

в приложении 4 к указанному приказу:

формы № 273/у "Карта эпидемиологического обследования очага вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)", № 276/у "Дневник учета ежедневной нагрузки лаборантов в лаборатории, проводящие иммуноферментный анализ (ИФА)" исключить;

форму № 264/у "Направление посписочное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ" изложить в новой редакции согласно приложению 38 к настоящему приказу;

форму № 264-1/у "Журнал регистрации материала, поступившего на полимеразную цепную реакцию (ПЦР) для определения провирусной дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) ВИЧ" изложить в новой редакции согласно приложению 39 к настоящему приказу;

форму № 264-2/у "Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ" изложить в новой редакции согласно приложению 40 к настоящему приказу;

форму № 264-3/у "Результат исследования методом ПЦР" изложить в новой редакции согласно приложению 41 к настоящему приказу;

форму № 264-8/у "Направление индивидуальное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ" изложить в новой редакции согласно приложению 42 к настоящему приказу;

форму № 266/у "Журнал регистрации материала, поступившего на исследование методом ИФА" изложить в новой редакции согласно приложению 43 к настоящему приказу;

форму № 267-1/у "Журнал регистрации и учета переконтрольных сывороток на антитела к ВИЧ" изложить в новой редакции согласно приложению 44 к настоящему приказу;

форму № 270/у "Результат исследования на антитела к ВИЧ" изложить в новой редакции согласно приложению 45 к настоящему приказу;

форму № 270-4/у "Журнал учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ" изложить в новой редакции согласно приложению 46 к настоящему приказу;

форму № 270-6/у "Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери" изложить в новой редакции согласно приложению 47 к настоящему приказу;

форму № 272/у "Журнал выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ" изложить в новой редакции согласно приложению 48 к настоящему приказу;

форму № 280/у "Бракеражный журнал" изложить в новой редакции согласно приложению 49 к настоящему приказу;

форму № 281-1/у "Журнал учета результатов образцов, поступающих для определения CD-4, CD-8" изложить в новой редакции согласно приложению 50 к настоящему приказу;

форму № 281-2/у "Журнал учета результатов образцов, поступающих для определения CD-4, CD-8" изложить в новой редакции согласно приложению 51 к настоящему приказу;

дополнить следующими формами:

формой № 265-1/у "Результат исследования резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам" согласно приложению 52 к настоящему приказу ;

формой № 247-3/1у "Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности" согласно приложению 53 к настоящему приказу;

формой № 247-3/2у "Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности" согласно приложению 54 к настоящему приказу;

в приложении 6 к указанному приказу:

формы № 251/у "Рабочий журнал лабораторных исследований" исключить;

форму № 218/у "Анализ №____отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки" изложить в новой редакции согласно приложению 55 к настоящему приказу;

форму № 228/у "Биохимический анализ крови" изложить в новой редакции согласно приложению 56 к настоящему приказу;

форму № 235/у "Анализ крови на содержание гормонов и медиаторов" изложить в новой редакции согласно приложению 57 к настоящему приказу;

форму № 237/у "Анализ крови (коагулологические исследования)" изложить в новой редакции согласно приложению 58 к настоящему приказу;

форму № 241/у "Анализ крови (реакция Вассермана и другие)" изложить в новой редакции согласно приложению 59 к настоящему приказу;

форму № 245/у "Направление № _____ на исследование крови на маркеры вирусных гепатитов" изложить в новой редакции согласно приложению 60 к настоящему приказу;

форму № 245-1/у "Иммуноферментный анализ" изложить в новой редакции согласно приложению 61 к настоящему приказу;

форму № 250/у "Журнал регистрации анализов и их результатов" изложить в новой редакции согласно приложению 62 к настоящему приказу;

форму № 259/у "Журнал регистрации серологических исследований" изложить в новой редакции согласно приложению 63 к настоящему приказу;

форму № 206/у "Направление на антиглобулиновый тест (прямой, непрямой)" изложить в новой редакции согласно приложению 64 к настоящему приказу;

форму № 207/у "Направление на иммуногематологические исследования крови (группа крови, резус-принадлежность, антиэритроцитарные антитела)" изложить в новой редакции согласно приложению 65 к настоящему приказу;

форму ТБ-04/у "Лабораторный регистрационный журнал" изложить в новой редакции согласно приложению 66 к настоящему приказу;

форму ТБ-05/у "Направление на микроскопическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ)" изложить в новой редакции согласно приложению 67 к настоящему приказу;

форму ТБ-06/у "Направление на посев культуры микобактерии туберкулеза" изложить в новой редакции согласно приложению 68 к настоящему приказу;

форму ТБ-06а/у "Направление на чувствительность культуры микобактерии туберкулеза к противотуберкулезным препаратам" изложить в новой редакции согласно приложению 69 к настоящему приказу;

форму ТБ-17/у "Лабораторный журнал учета культуральных исследований" изложить в новой редакции согласно приложению 70 к настоящему приказу;

форму ТБ-18/у "Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность микобактерии туберкулеза" изложить в новой редакции согласно приложению 71 к настоящему приказу;

дополнить следующими формами:

формой № 202/у "Направление крови на биохимический генетический скрининг" согласно приложению 72 к настоящему приказу;

формой № 248/у "Анализ крови экспресс-методом" согласно приложению 73 к настоящему приказу;

формой № 249/у "Направление крови на микрореакцию" согласно приложению 74 к настоящему приказу;

формой № 253-2/у "Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха" согласно приложению 75 к настоящему приказу;

формой № 263/у "Акт входного контроля" согласно приложению 76 к настоящему приказу;

формой № 283/у "Акт приема - передачи образцов для исследования" согласно приложению 77 к настоящему приказу;

формой ТБ-06б/у "Направление на лабораторное исследование мокроты на Xpert MTB/RIF" согласно приложению 78 к настоящему приказу;

формой ТБ-24/у "Журнал учета культуральных исследований и теста на лекарственную чувствительность МБТ, проведенного на ВАСТЕС" согласно приложению 79 к настоящему приказу;

формой ТБ-25/у "Журнал учета результатов HAIN-теста и XpertMTB/RIF" согласно приложению 80 к настоящему приказу;

в приложении 7 к указанному приказу:

формы № 403/у "Журнал регистрации мероприятий, проводимых при заболевании доноров сифилисом, гепатитом и другие", № 433/у "Журнал регистрации архивируемых образцов сывороток крови доноров", № 433-6/у "Журнал регистрации результатов обследования доноров на гемотрансфузионные инфекции" исключить;

форму № 405-2/у "Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов на трансфузионные инфекции" изложить в новой редакции согласно приложению 81 к настоящему приказу;

форму № 406/у "Медицинская карта платного донора" изложить в новой редакции согласно приложению 82 к настоящему приказу;

форму № 407/у "Карта безвозмездного донора" изложить в новой редакции согласно приложению 83 к настоящему приказу;

форму № 410/у "Дневник учета лиц, обратившихся для участия в донорстве" изложить в новой редакции согласно приложению 84 к настоящему приказу;

форму № 410-2/у "Результат HLA-типирования" изложить в новой редакции согласно приложению 85 к настоящему приказу;

форму № 411/у "Журнал учета заготовки донорской крови" изложить в новой редакции согласно приложению 86 к настоящему приказу;

форму № 411-1/у "Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров крови" изложить в новой редакции согласно приложению 87 к настоящему приказу;

форму № 412/у "Журнал учета производства компонентов донорской крови методом плазмацитафереза" изложить в новой редакции согласно приложению 88 к настоящему приказу;

форму № 412-1/у "Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и клеток" изложить в новой редакции согласно приложению 89 к настоящему приказу;

форму № 413/у "Журнал учета производства компонентов донорской крови" изложить в новой редакции согласно приложению 90 к настоящему приказу;

форму № 413-1/у "Журнал учета производства клеточных компонентов донорской крови" изложить в новой редакции согласно приложению 91 к настоящему приказу;

форму № 413-2/у "Журнал учета производства криопреципитата" изложить в новой редакции согласно приложению 92 к настоящему приказу;

форму № 415/у "Журнал регистрации компонентов крови, находящихся на временном изолированном хранении" изложить в новой редакции согласно приложению 93 к настоящему приказу;

форму № 417/у "Журнал учета заявок медицинских организаций на трансфузионные среды" изложить в новой редакции согласно приложению 94 к настоящему приказу;

форму № 418/у "Журнал регистрации списания крови и ее компонентов по браку" изложить в новой редакции согласно приложению 95 к настоящему приказу;

форму № 422/у "Журнал учета выдачи крови, компонентов и препаратов крови, стандартных диагностикумов" изложить в новой редакции согласно приложению 96 к настоящему приказу;

форму № 423/у "Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции" изложить в новой редакции согласно приложению 97 к настоящему приказу;

форму № 425/у "Журнал регистрации образцов крови доноров, поступивших для лабораторных исследований" изложить в новой редакции согласно приложению 98 к настоящему приказу;

форму № 425-3/у "Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований крови, поступившей из ЛПО" изложить в новой редакции согласно приложению 99 к настоящему приказу;

форму № 425-4/у "Журнал изготовления стандартных эритроцитов" изложить в новой редакции согласно приложению 100 к настоящему приказу;

форму № 425-5/у "Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований донорской крови" изложить в новой редакции согласно приложению 101 к настоящему приказу;

форму № 425-6/у "Журнал регистрации индивидуального и специального подбора донорской крови" изложить в новой редакции согласно приложению 102 к настоящему приказу;

форму № 426/у "Карта учета выдачи трансфузионных сред медицинской организации" изложить в новой редакции согласно приложению 103 к настоящему приказу;

форму № 433-1/у "Журнал регистрации повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток доноров на трансфузионные инфекции" изложить в новой редакции согласно приложению 104 к настоящему приказу;

форму № 433-2/у "Журнал регистрации платных услуг лаборатории трансфузионных инфекций" изложить в новой редакции согласно приложению 105 к настоящему приказу;

форму № 433-4/у "Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции" изложить в новой редакции согласно приложению 106 к настоящему приказу;

форму № 436/у "Журнал регистрации результатов контроля качества компонентов крови" изложить в новой редакции согласно приложению 107 к настоящему приказу;

форму № 437/у "Журнал входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови" изложить в новой редакции согласно приложению 108 к настоящему приказу;

дополнить следующими формами:

формой № 405-3/у "Направление на индивидуальный и специальный подбор крови" согласно приложению 109 к настоящему приказу;

формой № 410-4/у "Журнал регистрации результатов определения HLA-антител серологическим и ИФА методами" согласно приложению 110 к настоящему приказу;

формой № 410-5/у "Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SBT методики типирования" согласно приложению 111 к настоящему приказу;

формой № 410-6/у "Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики типирования" согласно приложению 112 к настоящему приказу;

формой № 410-7/у "Журнал регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования" согласно приложению 113 к настоящему приказу;

формой № 410-8/у "Журнал регистрации приема и выдачи анализов" согласно приложению 114 к настоящему приказу;

формой № 410-9/у "Направление на определение лейкоцитарных антител" согласно приложению 115 к настоящему приказу;

формой № 410-10/у "Направление на типирование по HLA-системе" согласно приложению 116 к настоящему приказу;

формой № 410-11/у "Направление на индивидуальную пробу на совместимость "Кросс-матч"" согласно приложению 117 к настоящему приказу;

формой № 410-12/у "Направление на специальный подбор тромбоцитов по HLA-системе" согласно приложению 118 к настоящему приказу;

формой № 410-13/у "Журнал регистрации результатов определения антител серологическим методом" согласно приложению 119 к настоящему приказу;

формой № 410-14/у "Журнал регистрации результатов пробы на совместимость "Кросс-матч"" согласно приложению 120 к настоящему приказу;

формой № 413-3/у "Журнал учета производства плазмы свежемороженой вирусинактивированной" согласно приложению 121 к настоящему приказу;

формой № 413-4/у "Журнал учета производства эритроцитов замороженных" согласно приложению 122 к настоящему приказу;

формой № 413-5/у "Журнал учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов" согласно приложению 123 к настоящему приказу;

формой № 413-6/у "Журнал учета производства фибринового клея из дозы донорской плазмы" согласно приложению 124 к настоящему приказу;

формой № 413-7/у "Журнал регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее дериватов" согласно приложению 125 к настоящему приказу;

формой № 418-1/у "Журнал регистрации компонентов крови по относительному браку" согласно приложению 126 к настоящему приказу;

формой № 422-2/у "Журнал учета выдачи плазмы и криопреципитата" согласно приложению 127 к настоящему приказу;

формой № 422-3/у "Журнал учета выдачи клеточных компонентов крови тромбоцитов, лейкоцитов" согласно приложению 128 к настоящему приказу;

формой № 422-4/у "Журнал учета выдачи стандартных диагностикумов" согласно приложению 129 к настоящему приказу;

формой № 422-5/у "Журнал учета выдачи препаратов крови" согласно приложению 130 к настоящему приказу;

формой № 425-8/у "Журнал регистрации результатов биохимических исследований донорской крови" согласно приложению 131 к настоящему приказу;

формой № 425-9/у "Журнал регистрации результатов клинических исследований донорской крови" согласно приложению 132 к настоящему приказу;

формой № 425-10/у "Журнал регистрации результатов исследований белковых фракций донорской крови" согласно приложению 133 к настоящему приказу;

формой № 433-7/у "Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА (иммунохемилюминесцентный анализ (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ" согласно приложению 134 к настоящему приказу;

формой № 433-8/у "Направление для исследования на трансфузионные инфекции" согласно приложению 135 к настоящему приказу;

формой № 436-2/у "Журнал регистрации результатов контроля качества свежезамороженной плазмы (СЗП) и криопреципитата" согласно приложению 136 к настоящему приказу;

формой № 446/у "Журнал регистрации приема пуповинной крови и периферической крови донора пуповинной крови" согласно приложению 137 к настоящему приказу;

формой № 446-1/у "Журнал регистрации результатов исследования пуповинной крови и периферической крови донора пуповинной крови" согласно приложению 138 к настоящему приказу;

формой № 446-2/у "Журнал записи процесса криоконсервации образцов стволовых клеток пуповинной крови" согласно приложению 139 к настоящему приказу;

приложение 7-1 "Перечень форм первичной (учетной) медицинской документации организаций здравоохранения и сроки их хранения" изложить в новой редакции согласно приложению 140 к настоящему приказу.

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

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

4. Департаменту юридической службы и государственных закупок Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Амиргалиев Е.Р.) обеспечить официальное опубликование настоящего приказа после его государственной регистрации.

5. Признать утратившими силу приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 августа 2007 года № 520 "О введении медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 4946 от 27 сентября 2007 года и опубликованный в "Юридической газете" от 23 ноября 2007 года №180 (1383)) и от 10 апреля 2008 года № 196 "О внесении дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 августа 2007 года № 520 "О введении медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5202 от 28 апреля 2008 года и опубликованный в "Юридической газете" от 21 мая 2008 года № 75 (1475)).

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

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

И.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан

С. Мусинов

"Согласовано"

Председатель Агентства

Республики Казахстан

по статистике

_____ А. Смаилов

"__" _____ 2012 года

Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

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

Форма

A4 форматы

Формат A4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды

Код организации по ОКПО _____

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

Науқастарды қабылдау және емдеуге жатқызудан бас тартуларды

есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета приема больных и отказов в госпитализации

20 __ жылғы (года) " ____ " _____ 20__ жылғы (года) " ____ " _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

| Р/с № № п/п | Түскен Поступле- ние | | Тек, ат, әкесі- нің аты - болған жағ- дайда (бұдан әрі- ТАӘ) Фами- лия, отчес- тво – при наличии (далее – ФИО) | Туған күні Дата рож- дения | Жеке сәйкес- тен- дірме нөмір болған жағ- дайда (бұдан әрі– ЖСН) Инди- виду- альный иден- тифи- каци- онный номер- при наличии (далее - ИИН) | Тұрғылықты мекенжайы немесе туған - туысқанының мекенжайы, телефон № Постоянное место жительства или адрес родствен- ников, близких и № телефона | Науқас- тың жұмыс орны Место работы больного | 14 жасқа дейінгі балалар үшін Для детей до 14 лет | | |
|-------------------|----------------------------|--|--|--|--|---|--|--|---|---|
| | күні дата | са- ғат, ми- нут час, ми- нута | | | | | | Ата- анала- рының, қамқоршы және тәрбие- шінің жұмыс орындары Место работы роди- телей, опеку- нов и попечи- телей | Ұйым- дасты- рылған (бүлдір- шіндер бакшасы, бала бакша, мектеп) Органи- зован (ясли, детский сад, школа) | Соңғы рет келуі Пос- леднее посе- щение |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | | | | | | | | |

| Сырқаттану күні Дата заболевания | Артерия қысым болған жағдайда (бұдан әрі – АҚ) Артериальное давление при наличии (далее – АД) | Т° | Қандай ұйым жіберді немесе кім жеткізді Какой организацией направлен или кем доставлен | Емдеуге жатқызу коды Код госпитализации |
|---|---|----|--|--|
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | | | | |

| Инфекциялық ауру туралы | Стационарлық науқастың | Шығарылды, басқа стационарға ауыстырылды, қайтыс болды (ауыстырылған стационардың | Қабылдаудан (бірінші рет, қайталап) |
|----------------------------|---------------------------|---|---|
| | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|
| ш ұ ғ ы л хабарлама берілген күні және № Дата подачи и № экстренного извещения об инфекционном заболевании | картасының № (босану тарихы) № карты стационарного больного (истории родов) | Науқас жатқызылған бөлімше Отделение, в которое помещен больной | Жіберген ұйымның диагнозы Диагноз направившей организации | атауы мен қай күні ауыстырылғанын тізімге енгізіңіз және көрсетіңіз) Выписан, переведен в другой стационар , умер (вписать и указать дату и название стационара куда переведен) | бас тарту себептері, колданылған шаралар Причины отказа в приеме (первичный, повторный), принятые меры |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| | | | | | |

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

Приложение 2
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

КҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО _____

А4 форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрлігі

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы

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

ЭРИТРОЦИТҚҰРАМДЫ ЗАТТАР ТРАНСФУЗИЯСЫНЫҢ ХАТТАМАСЫ/ПРОТОКОЛ ТРАНСФУЗИИ ЭРИТРОЦИТОСОДЕРЖАЩИХ СРЕДСТВ

Науқастың ТАӘ (ФИО больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Трансфузияны өткізген күні (Дата проведения трансфузии) _____

(күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Трансфузияны өткізген уақыты (Время проведения трансфузии):

басталды (начата) сағат (час)___ минут (минута)____,

аяқталды (окончена) сағат (час)___ минут (минута)_____.

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

Трансфузия өткізілетін аурухана бөлімшесі (Отделение больницы, где проводится

трансфузия)_____

Сырқатнама № (№ истории болезни)_____

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД) _____, Ps _____, t⁰ _____

Трансфузиялық сыртартпа (Трансфузионный анамнез) _____

Трансфузия көрсетілімдері (Показания к трансфузии) _____

Трансфузиялық заттың атауы (Наименование трансфузионной среды) _____

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

Трансфузиялық зат этикеткасының нөмірі (Номер этикетки трансфузионной среды) _____

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

Трансфузиялық затты дайындау күні (Дата заготовки трансфузионной среды) _____

Үйлесу сыналасын өткізу (Проведение проб на совместимость):

- қан тобы арқылы (по группе крови) _____

- резус-тиістілігі арқылы (по резус-фактору) _____

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

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

- биологиялық сыналасы арқылы (биологическая проба) _____

Құйылған (Перелито) _____ миллилитр (мл) (тамыр арқылы, тамшылатып, сорғалатып,

тамшылатып - сорғалатып – керегінің астын сызу; внутривенно, капельно, струйно,

капельно-струйно - нужно подчеркнуть) Трансфузиядан кейінгі серпіліс және/немесе асқ

ну (Реакции и/или осложнения после трансфузии)

Қабылданған шаралар (Предпринятые меры) _____

Трансфузияны өткізген дәрігердің ТАӘ (ФИО врача, проводившего трансфузию) _____

(қолы, подпись)

Трансфузиядан кейін (После трансфузии):

Ps _____, АҚ (АД) _____, t^0 _____ (1 сағаттан кейін; через 1 час);

Ps _____, АҚ (АД) _____, t^0 _____ (2 сағаттан кейін; через 2 часа);

Ps _____, АҚ (АД) _____, t^0 _____ (3 сағаттан кейін; через 3 часа).

Несептің бірінші бөлігінің түсі (Цвет первой порции мочи) _____

Тәуліктік диурез (Суточный диурез) _____

Мейірбикенің ТАӘ (ФИО медсестры) _____

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

Форма
А4 форматы
Формат А4

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

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

Науқастың ТАӘ (ФИО больного)

Туған күні (Дата рождения) _____

Трансфузия өткізу күні (Дата проведения трансфузии) _____

(күні, айы, жылы; число, месяц, год)

Трансфузияны өткізген уақыты (Время проведения трансфузии):

басталды (начата) сағат (час)___ минут (минута)___,

аяқталды (окончена) сағат (час)___ минут (минута)___.

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

Трансфузияны өткізген ауырухана бөлімшесі (Отделение больницы, где
проводится
трансфузия)_____

Сықатнаманың № (№ истории
болезни) _____

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД) _____, Ps _____, t⁰ _____

Трансфузиондық сықатнама (Трансфузионный анамнез) _____

Трансфузияға көрсетілімдер (Показания к трансфузии) _____

Трансфузиялық заттың атауы (Наименование трансфузионной среды) _____

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

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

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

Трансфузиялық затты дайындау күні (Дата заготовки трансфузионной среды) _____

Үйлесу сынамасының өткізу (Проведение проб на совместимость):
- биологиялық сынама арқылы (биологическая проба) _____

Құйылған (Перелито) _____ мл (тамыр арқылы, тамшылатып, сорғалатып, тамшылатып

-сорғалатып – керегінің астын сызу; внутривенно, капельно, струйно, капельно-струйно -

нужное подчеркнуть)

Трансфузиядан кейінгі серпіліс және/немесе асқыну (Реакции и/или осложнения после

трансфузии) _____

Қабылданған шаралар (Предпринятые меры) _____

Трансфузияны өткізген дәрігердің ТАӘ (ФИО врача, проводившего трансфузию) _____

(қолы, подпись)

Трансфузиядан кейін (После трансфузии):

Ps _____, АҚҚ (АД) _____, t^0 1 сағаттан кейін; через 1 час);

Ps _____, АҚҚ (АД) _____, t^0 _____ (2 сағаттан кейін; через 2 часа);

Ps _____, АҚҚ (АД) _____, t^0 _____ (3 сағаттан кейін; через 3 часа).

Несептің бірінші бөлігінің түсі (Цвет первой порции мочи) _____

Тәуліктік диурез (Суточный диурез) _____

Мейірбикенің ТАӘ (ФИО медсестры) _____

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

Приложение 4
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

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

Форма

А4 форматы

Формат А4

| |
|--|
| |
|--|

КҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО _____

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

**Қанның, оның компоненттері мен препараттарының мен
диагностикалық стандарттардың қабылдануы мен таратылуын тіркеу
журналы Журнал регистрации поступления и выдачи крови, ее
компонентов, препаратов, диагностических стандартов**

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

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

1. Емдеу денсаулық сақтау ұйымының қан құю бөлімшесінде немесе қан бөлмесінде толтырылады.

1. Заполняется в отделении переливания или кабинете крови лечебной организации здравоохранения.

2. Ірі ұйымдарда трансфузиялық заттардың әр түріне жеке журнал жүргізуге болады: қан

компоненттеріне, қан препараттарына, стандартты қан сарысуына, қаналмастырғыларға.

2. В крупных организациях на разные виды трансфузионных средств можно вести отдельные

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

3. Ай сайын әр баған бойынша қорытынды шығарылады.

3. Ежемесячно по каждой графе подводится итог. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, бас

дәрігердің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс.

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

| Р/с № № п/п | Алған күні және уақыты Дата и время получения | Дайындаушы ұйым Организация – изготовитель | Заттаңба нөмірі (сериясы) Номер (серия) этикетки | Дайындалған күні (сақталу мерзімі) Дата заготовки (срок годности) | А В О бойынша қанның тобы Группа крови по АВО | Резус-тиістілік Резус-принадлежность | Консервіленген қан және эритроцитқұрамды компоненттер Кровь консервированная и эритроносодержащие компоненты |
|-------------------|--|---|---|--|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

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

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

Приложение 4-1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

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

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

| | |
|--|--|
| Министерство здравоохранения Республики Казахстан | бұйрығымен бекітілген № 005-3/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 005-3/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

науқасының трансфузиялық парағы

Трансфузионный лист больного _____

№ _____

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

Приложение 5

к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

Приложение 1

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

Форма

| | |
|--|--|
| A5 форматы Формат А5 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 034/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 034/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

КОНСЕРВІЛЕНГЕН ДОНОРЛЫҚ ТІНДЕРДІҢ ЖӘНЕ (НЕМЕСЕ) АҒЗАЛАРДЫҢ (АҒЗАЛАРДЫҢ БӨЛКТЕРІ) ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ КОНСЕРВИРОВАННОЙ ДОНОРСКОЙ ТКАНИ И (ИЛИ) ОРГАНА (ЧАСТИ ОРГАНА)

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алған денсаулық сақтау ұйымы

(Организация здравоохранения, где производилось изъятие ткани и (или) органа (части органа)) _____

Тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) атауы, саны (Наименование, количество ткани и (или) органа (части органа)) _____

Тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) алынған күні және уақыты
(Дата и время изъятия ткани и (или) органа (части органа)) _____

Донордың ТАӘ жасы, жынысы (ФИО донора, возраст, пол) _____

Қан тобы, резус (Группа крови, резус) _____

Түскен уақыты (Дата поступления) _____

Сырқатнаманың № (№ истории болезни) _____

Диагноз (Диагноз) _____

Өкпенің жасанды ауаны жаңартуда болу уақыты (Время нахождения на искусственной вентиляции легких) _____

Гипотензия уақыты (Время гипотензии) _____

Соңғы тәуліктегі, сағаттағы диурез (Диурез в последние сутки, часы) _____

Донорды фармдайындау (Фармподготовка донора) _____

Ишемия кезеңі (Период ишемии) _____

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алу ерекшеліктері (Особенности

изъятия ткани и (или) органа (части органа)) _____

Жуу кезіндегі қысым (Давление при отмывке) _____

Жуу сатысы (Степень отмывки) _____

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) консервілеу әдісі, консервілейтін ерітіндінің атауы (Способ консервации органа (части органа), название

консервирующего раствора): _____

Консервілейтін ерітіндінің пайдалану мерзімі (Срок годности консервирующего раствора): _____

ИФА және (немесе) ПЦР өткізу күні және зерттеу нәтижелері (Дата проведения и результаты исследования иммуноферментного анализа fs28- при наличии (далее - ИФА) и

(или) полимеразной цепной реакции - при наличии (далее – ПЦР) на:

- АИТВ (ВИЧ): _____

- Гепатит В: _____

- Гепатит С: _____

- Сифилис: _____

Консервілеу кезеңі: оң (Период консервации):

Бүйректің оң (правой) _____ сол (левой) _____

Өкпенің оң (правой) _____ сол (левой) _____

Жүректің _____

Бауырдың _____

Басқа (Другое) _____

Реципиенттердің ТАӘ (ФИО реципиентов) 1. _____ 2. _____

Жасы, қан тобы (Возраст, группа крови) 1. _____ 2. _____

Донордың иммунологиялық көрсеткіштері (Иммунологические показатели донора) _____

Реципиенттердің (Реципиентов) 1. _____ 2. _____

Трансплантат функциялары (Функции трансплантата) _____

Денсаулық сақтау ұйымының атауы, тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың

бөліктері) алған және консервілеген тұлғалардың қызметі, ТАӘ (Название организации

здравоохранения, ФИО, должность лиц, проводивших изъятие и консервацию органа (части

органа)): _____

Консервілеуге жауапты тұлғалардың ТАӘ, қолы (ФИО, подпись ответственных лиц за консервацию): _____

Күні, айы, жылы, уақыты (День, месяц, год, время) : " _____ " _____ 20__ жыл (год) " _____ " сағат (час) " _____ " минут (минута)

Приложение 6
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

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

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

20____ жылғы(года) "____" _____ 20____ жылғы(года)"____" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

- Ірі ұйымдарда трансфузиялық заттардың жеке түрлеріне жеке журнал жүргізуге болады:

қанға, оның компоненттері мен препараттарына, қаналмастыру заттарына. Журналға

тіркеуден басқа әр трансфузия стационарлық науқастың медициналық картасында жазылу

тиіс.

- В крупных организациях на отдельные виды трансфузионных сред можно вести отдельные

журналы: на кровь, ее компоненты и препараты, кровезаменители. Кроме регистрации в

журнале, каждая трансфузия должна быть записана в медицинскую карту стационарного

больного.

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

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| Құйылатын донор қаны мен оның компоненттерінің тобы мен резус-тиістігі Группа крови и резус принадлежности переливаемой крови и ее | Консервіленген қан мен оның компоненттері Кровь консервированная и ее компоненты | Қ а н препараттары Препараты крови | Дезинтоксика- циалық әсердегі қаналмастырғыштар Кровезаменители дезинтокси- кационного действия | Гемодинамикалық әсердегі қаналмастыр- ғыштары Кровезаменители гемодинамического действия | Парентералдық тамақтандыру қаналмастыр- ғыштары Кровезаменители для |
|--|---|---|---|--|--|

| | | | | | |
|-----------------------|----|----|----|----|----------------------------|
| компонентов донора | | | | | парентерального питания |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | | |

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

Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 066/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

СТАЦИОНАРДАН ШЫҚҚАН АДАМНЫҢ КАРТАСЫ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА

№

интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, радиация әсерін алған тұлғалар (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9, қоныс аударушылар (переселенцы) – 10, басқалар (прочие) – 99.

11. Пациент бағытталды (Пациент направлен): медициналық-санитралық алғашқы көмек -

болған жағдайда (бұдан әрі – МСАК) (Первичная медико-санитарная помощь – при наличии

(далее - ПМСП) - 1, КДЕ (КДП)-2, өзі қаралды (сам обратился)-3, жедел жәрдемнен (скорой

помощью)-4, басқа стационардан (другим стационаром)-5, әскери комиссариаттан

(военкоматом)-6, перзентханамен (роддомом) -7, басқалар (прочие)-8, (астын сызыңыз

(подчеркнуть).

12. Жолдаған медициналық ұйымның болған жағдайда (бұдан әрі – МҰ) коды мен атауы:

Код и название, направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО):

13. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

_____ АХЖ-10
коды (код МКБ-10)

14. Тіркелген, МСАК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен атауы (Код и название

медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП) _____

15. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде

ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания), 3 - шұғыл түрде 7- 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7-24 часов),

4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов)

16. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по

поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2

17. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): _____

_____ АХЖ-10 коды
(код по МКБ-10)

18. Баланың туған кездегі салмағы (Масса ребенка при рождении) _____ гр, бойы

(рост) _____ см (1-жасқа дейінгі балаларға толтырылады (заполняется на детей до 1 года))

19. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), 1 жасқа дейінгі баланы

емізетін анамен (бар/жоқ)/Госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком (да/нет), с

кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет).

20. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации)

_____/_____/_____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

21. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты: (Дата и время выписки

(смерти))_____/_____/_____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

22. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) _____

23. Бөлімше (Отделение): _____

_____ Код
атауы (наименование)

24. Төсек бейіні (Профиль койки): _____

_____ Код

25. Реанимацияда болды ма (Находился в реанимации): cf1 иә (да), жоқ (нет)
күндері
(дней) _____

26. Жарақаттың түрі: тұрмыстық, көшедегі, спорттық, мектептегі, мектепке дейінгі,

жол-көлік, өндірістік (*астын сызыңыз*)

Вид травмы: бытовая, уличная, спортивная, школьная, дошкольная, дорожно-транспортная,

производственная (подчеркнуть)

| 27. | Диагноз | АХЖ-10 коды (код по МКБ-10) |
|---|---------|-----------------------------|
| Қорытынды клиникалық диагноз | | 1. |
| Заключительный клинический диагноз | | 2. |
| Асқынулары Осложнения | | |
| Ілеспелі ауру 1 Сопутствующее заболевание 1 | | |
| Ілеспелі ауру 2 Сопутствующее заболевание 2 | | |
| Патолого- анатомиялық диагноз/өлуінің себебі | | |
| Патолого- анатомический диагноз/причина смерти | | |

28. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

28.1 Жазба актісінің (№, дата акта записи) № _____ күні ____/____/____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

29. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция)

| Күні Дата Уақыты Время | Операцияның атауы мен коды Название и код операции | Анестезия (коды) Анестезия (код) | Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2- жоспарлы Тип операции: 1-экстрен. 2-плановая | Операциядан кейінгі асқынулар После- операци- онное осложнение | Арнаулы аппаратура (коды) Специаль- ная аппаратура (код) | Дәрігерлердің коды Коды врачей |
|--|---|---|--|---|--|--------------------------------------|
| Хирургиялық операциялар Хирургические операции | | | | | | |
| __/__/__ :__ | | | | | | хирург |
| | | | | | | ассис- тент |
| Код | | | | | | анесте- зиолог |
| __/__/__ :__ | | | | | | хирург |
| | | | | | | ассис- тент |
| Код | | | | | | анесте- зиолог |
| __/__/__ :__ | | | | | | хирург |
| | | | | | | ассис- тент |
| Код | | | | | | хирург |
| | | | | | | ассис- тент |

30. МЭТ (МЭТ) № _____, КШТ (КЗГ) № _____

31. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование

медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

31.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист

использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

(медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

| № | Медициналық техниканың коды Код медицинской техники | Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники | Қызметінің коды Код услуги | Қызметінің атауы Наименование услуги | Саны Количество |
|---|--|--|-------------------------------|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

— —
| | | |
|_| |_|

32. RW-ға тексеру (Обследован на: RW) |_| оң (положительно)|_| теріс (отрицательно)

— —
АИТВ инфекция (ВИЧ-инфекцию) |_| оң (положительно)|_| теріс (отрицательно)

33. Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-фактор _____

34. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК)

(республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет

(ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша

(по договору ДМС), басқа (прочие) *(астын сызыңыз) (подчеркнуть)*

35. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания): шықты (выписан) – 1,

ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер) – 3, өздігінен кетуі (самовольный

уход) – 4.

36. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): сауығумен (выздоровление) – 1, жақсарумен

(улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс

болу (смерть) – 5.

37. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и

медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

| № | Код | Өлшем бірлігі Единица измерения | Саны Количество |
|---|-----|--|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

| № | Код | Өлшем бірлігі Единица измерения | Саны Количество |
|---|-----|--|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Қолданылған операциялық және анестезиологиялық дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

| № | Код | Өлшем бірлігі Единица измерения | Саны Количество |
|---|-----|--|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных медикаментов по реанимации)

| № | Код | Өлшем бірлігі Единица измерения | Саны Количество |
|---|-----|--|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Қысқартулар/Сокращение: КШТ - клиникалық-шығынды топтар (КЗГ – клиничико-затратная

группы);

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

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

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

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

03. Жынысы (Пол):
ер (мужской); әйел (женский)

04. Бойы (Рост) _____ 05. Салмағы (Вес) _____ 06. Ұлты (Национальность) _____

07. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), бір жасқа дейінгі баланы
емізетін анамен (бар/жоқ)/Госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком (да/нет), с

кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет).

08. Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): қызметкер (служащий); жұмысшы

(рабочий); ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),

зейнеткер (пенсионер); оқушы (учащийся); үй шаруасындағы әйел (домохозяйка);

жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом); табынушы

(служитель культуры); жұмыссыз (безработный); басқа (иное).

09. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): почтовый индекс

_____, обл. _____, ауданы (район) _____
_____, елді

мекені (населенный пункт) _____, көшесі (улица) _____
_____, үйінің

(дом) № _____, пәтерінің (кв.) № _____, тел. _____

10. Тұрғыны (Житель): қаланың (города); ауылдың (села);

10.1. Тіркелген, МСАК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен аты (Код и название

медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП) _____

11. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСҚ (УВОВ); ҰОСМ (ИВОВ);

интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист); басқа (иное);

12. Кім жолдады (Кем направлен): МСАК (ПМСП); КДЕ (КДП); жедел жәрдем (скорой

помощью); басқа стационар (другим стационаром); басқалар (прочие);

13. Науқасты жолдаған МҰ-ның коды мен атауы (Код и название направившей МО) _____

13.1. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-О) _____

14. Стационарға түскен күні (Дата поступления в стационар): күні (число) _____ айы

(месяц) _____ жылы (год) _____

15. Стационардан шыққан немесе қайтыс болған күні (Дата выписки из стационара или

смерти): күні (число) _____ айы (месяц) _____ жылы (год) _____

Өткізген төсек күндері (Проведено койко-дней): _____

16. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): бюджет; квота; ақылы (платный); ЕМҚ келісім шарт бойынша (по договору ДМС), басқа (прочий)

17. Бөлімше (Отделение): _____

18. Төсек бейіні (Профиль) койки: _____

19. Ауруханаға жатқызу түрі (Вид госпитализации): жоспарлы (плановый); жедел

(экстренный)

20. Үстіміздегі жылы осы ауру салдарынан ауруханаға жатқызылуы (Госпитализирован в

текущем году по поводу данного заболевания впервые): иә (да); жоқ (нет)

20.1. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), бір жасқа дейінгі

баланы емізетін анамен (бар/жоқ)/Госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком

(да/нет), с кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет).

21. Осы қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет осы жолы ауруханаға жатқан кезеңде қ

ойылды (Диагноз данного злокачественного новообразования установлен впервые в жизни в

период данной госпитализации): иә (да); жоқ (нет)

22. Жатқызылу мақсаты (Цель госпитализации):

алғашқы ісікті емдеу (лечение первичной опухоли); алғашқы ісікті емдеуді жалғастыру (продолжение лечения первичной опухоли); аурудың қайталануын емдеу (лечение рецидива заболевания); аурудың қайталануын емдеуді жалғастыру (продолжение лечения рецидива заболевания); қосымша тексеру (дообследование); кейінгі асқынуларды емдеу (лечение поздних осложнений); еңбекке жарамды ету (реабилитация); басқа (другая);

23. Реанимация бөлімшесінде, бөлмесінде болды (Находился в реанимационном отделении,

палате): иә (да); жоқ (нет)

23.1.Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней): _____

24. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

(С81-96) – түрлілігін көрсету (указать вариантность) _____ резистенттік

(резистентность) _____

24.1. Ісіктің орналасуы (Локализация опухоли) _____ АХЖ-10 шифрі (шифр

МКБ-О) _____

24.2. Ісіктің морфологиялық түрі (Морфологический тип

опухоли) _____ АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-О) _

24.3. Ісік процесінің сатысы (Стадия опухолевого процесса):

| | | | | |
|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| I a | II a | III a | IV a | in situ |
| I б | II б | III б | IV б | қолданыл-майды |
| I с | II с | III с | IV с | (неприменимо) |
| I сатысы (стадия) | II сатысы (стадия) | III сатысы (стадия) | IV сатысы (стадия) | белгісіз (неизвестно) |

24.4. TNM жүйесі бойынша сатысы (Стадия по системе TNM): T b(0-4) _____; N b(0-4x) _____

_____ ; M_(0, 1, x) _____

24.5. Алыс метастаздардың орналасуы (Локализация отдаленных метастазов):

24.5.1. Асқынған сатыда алғаш рет анықталған ісіктер үшін (для первичной опухоли запущенного процесса):

| | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------|--|
| алыс лимфа түйіндері (отдаленные лимфатические узлы) | ми (головной мозг) | сүйек миы (костный мозг) | ішперде (брюшина) |
| сүйектер (кости) | бауыр (печень) | бүйрек (почка) | аналық бездер (яичники) |
| өкпе мен/немесе өкпекап (легкие и/или плевра) | басқа ағзалар (другие органы) | тері қабаты (кожа) | көп санды (множественные) белгісіз (неизвестна) |
| 24.24.5.2. Процестің өрістеуі кезінде (при прогрессировании процесса): | | | |
| алыс лимфа түйіндері (отдаленные лимфатические узлы) | ми (головной мозг) | сүйек миы (костный мозг) | ішперде (брюшина) |
| сүйектер (кости) | бауыр (печень) | бүйрек (почка) | аналық бездер (яичники) |
| өкпе мен/немесе өкпекап (легкие и/или плевра) | басқа ағзалар (другие органы) | тері қабаты (кожа) | көпсанды (множественные) белгісіз (неизвестна) |

24.6. Диагнозды растау әдісі (Метод подтверждения диагноза):

морфологиялық (морфологический); цитологиялық (цитологический); рентгенологиялық

(рентгенологический). изотопты (изотопный); эндоскопиялық (эндоскопический); УДЗ

(УЗИ); КТ ЯМРТ (КТ(ЯМРТ)) ; тек клиникалық (только клинический); мәйітті ашу

(вскрытие); миелограмма (миелограмма); иммунофенотиптеу (иммунофенотипирование);

иммунологиялық(иммунологический); цитогенетика(цитогенетика); цитохимия(цитохимия);

Қан/несептегі М-гардиент (М-градиент в крови/моче); Көпше миеломадағы Lg (Lg при множественной миеломе); ИГХ (ИГХ); лабораторлық диагностика (Онкомаркерлер)

(лабораторная диагностика (Онкомаркеры)); ПЭТ-КТ (ПЭТ-КТ).

24.7 (С81-96) – нұсқалықты көрсету (указать вариантность):-L1; -L2; -L3; -L4; -L5;

-M0; -M1; -M2; -M3; -M4; -M5; -M6; -M7

24.8 (С81-96) – қауіп тобы (группа риска): 1- стандартты (стандартный); 2– жоғары

(высокая);

24.9 – резистілік (резистентность): 1-бірінші; 2-екінші.

25. Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания): _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

25.1. Қосалқы сырқаттардың кезеңі (период сопутствующих заболеваний): уақытша сауығу

(ремиссия); өршуі (рецидив);

сауығу (реконвалесценция).

26. Патологоанатомиялық диагнозы (Патологоанатомический диагноз): _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

26.1.Қайтыс болу себебі (Причина смерти) _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

26.2 Мәйітті ашпай (Без вскрытия) _____

27. Осы жатқызылу кезеңінде жүргізілген емнің сипаты (Характер проведенного лечения за

период данной госпитализации):

| | | |
|----------------------------|-------------------------------|--|
| радикалды (радикальный) | паллиативті (паллиативный) | симптоматикалық (симптоматический) басқасы (прочий) |
|----------------------------|-------------------------------|--|

27.1. Емдеу көлемі (Объем лечения): толық (полный) толық емес (неполный)

27.2. Толық емделмеу себебі (Причина неполного лечения): науқастың емдеуді

жалғастырудан бас тартуы (отказ больного от продолжения лечения) емдеу үстінде

аурудың үдеуі (прогрессирование заболевания на фоне лечения) емдеудің асқынулары

(осложнения лечения)

28. Емдеу түрі (Вид лечения): хирургиялық (хирургическое), сәулелік (лучевое),

химиятерапиялық (химиотерапевтическое), біріктірілген (хирургиялық+сәулелік)

комбинированное (хирургическое+лучевое)), кешенді (хирургиялық+химиятерапиялық,

хирургиялық+химиятерапиялық+сәулелік) комплексное (хирургическое+химиотерапия,

хирургическое+химиотерапия+лучевое), химиясәулелі (химиолучевое), симптоматикалық

(симптоматическое), басқасы (прочее)

29. Өткізілген операция (Проведенная операция): _____

АХЖ-9 шифрі (шифр МКБ-9) _____

күні (дата(____ жыл (года)/ ____ / ____ Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) _____

_____ АХЖ-9 шифрі (шифр МКБ-9)

күні (дата(____ жыл (года) / ____ / ____ Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) _____

_____ АХЖ-9 шифрі (шифр МКБ-9)

күні (дата(____ жыл (года)/ ____ / ____ Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) _____

29.1. Арнаулы құралдарды қолдану (Использование специальной аппаратуры)

29.2. Анестезия: _____

Дәрігер-анестезиолог (Врач анестезиолог) _____

29.3. Хирургиялық емдеудің асқынулары (Осложнения хирургического лечения): _____

30. Сәулемен емдеу (Лучевое лечение): операция алдында (предоперационное);

операциядан кейін (послеоперационное);

өздігінен (самостоятельное).

30.1. Сәулемен емдеу курсының басталған күні (Дата начала курса лучевого лечения): _____

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

30.2. Сәулелену тәсілі (Способ облучения):

Сыртқы сәулелендіру (Облучение внешнее):

Қашықтықтан (дистанционное), Қуыс ішілік сәулелендіру (Облучение внутрисполостное),

Тін ішілік сәулелендіру (Облучение интратканевое): .

Тіркескен сәулелендіру (Облучение сочетанное): қашықтықтан + қуыс ішілік (дистанционное + внутрисполостное), қашықтықтан+ тін ішілік (дистанционное +

интратканевое), сыртқы аппликациялық (внешнее аппликационное облучение);

Сәулелендірудің басқа түрі (другие способы облучения);

30.3. Сәулелік ем түрі (Вид лучевой терапии):

Фотондық (Фотонная): жақын фокустық рентгендік (рентгеновская близкофокусная);

терең рентгендік (рентгеновская глубокая); жоғарғы энергиялы тежеулік сәулелендіру

(тормозное излучение высоких энергий), терең энергиялы фотонды-тежеулік сәулелендіру

(фотонно-тормозное излучение глубоких энергий);

Бетта-терапия;

Корпустық (Корпускулярная): электрондар (электроны), ауыр зарядталған бөлшектермен терапия (терапия тяжелыми заряженными частицами), нейтрондармен

корпускулярлы терапия (корпускулярная терапия нейтронами);
Тіркескен (Сочетанная): фотондық + электрондар (фотонная + электроны);
протондар + гамма (протоны + гамма); нейтрондар + гамма (нейтроны + гамма);

Гамматерапия; Басқа (Другая)

30.4. Сәулелік ем әдісі (Методы лучевой терапии):

Үздіксіз (Непрерывная): тін ішілік (внутриканевая); қуыс ішілік (внутриполостная); I^{131} ; Au^{198} ; басқа (другая).

Фракциялау (Фракционирование): дәстүрлі (традиционное); толық өтетін курспен

(со сквозным курсом); бөлшектенген курспен (с расщепленным курсом);

Дәстүрлік емес

фракциялау (Фракционирование нетрадиционное): дозаны күндізгі бөлшектеу (дневное

дробление дозы); іріленген (укрупненное); динамикалық (динамическое); ірі-

сәулелік терапиямен фракциялау (>5ГР) (фракционирование лучевой терапии – крупное) (>5ГР);

Сәулелік ем (Лучевая терапия): тотальді (тотальная); субтотальді

(субтотальная); нысананы бірқалыпсыз сәулелендіру (с неравномерным облучением

мишени);

30.5. Радиомодификаторларды қолдану (Использование радиомодификаторов):

ГБО–радиомодификатор (радиомодификатор-ГБО); электронды- акцепторлы байланысқан

радиомодификатор (радиомодификатор - электроноакцепторное соединения);

радиомодификатор-гипертермия (радиомодификатор-гипертермия); радиомодификаторгипоксия

(радиомодификаторгипоксия); радиомодификатор-гипотермия

(радиомодификатор-гипотермия); радиомодификатор - дәрілік препараттар

(радиомодификатор-лекарственные препараты); радиомодификатор – иммуномодуляторлар

(радиомодификатор- иммуномодуляторы); радиофармпрепараттар (радиофармпрепараты);

АОК - антиоксидантты комплекс (АОК-антиоксидантный комплекс); тіркескен

радиомодификаторлар (сочетание радиомодификаторов); басқалар (другие);

30.6. Сәулелендірудің қосынды ошақтық дозасы (Суммарная очаговая доза облучения):

ісікке (2 таңба) (на опухоль (2 знака)) _____ топ (гр); метастаздарға (3 таңба) (на

метастазы (3 знака)) _____ топ (гр);

30.7. Сәулелік емдеудің асқынулары (Осложнения лучевого лечения): жергілікті

(местные); регианарлық лимфа

түйіндер (на регионарные лимфоузлы);

жалпы (общие); асқынусыз (без осложнений). Сәулелік ем терапевті (аты-жөні)

Лучевой терапевт (ФИО): _____

31. Химиятерапиялық емдеу курсының басталған күні (Дата начала курса

химиотерапевтического лечения): күні (число _____ fs24 айы (месяц)

_____ жылы

(год) _____

31.1. Химиятерапия түрі (Вид химиотерапии): емдік (лечебная); адьювантты (профилактикалық) (адьювантная (профилактическая)) ; адьювантты емес (неадьювантная);

31.2. Химиятерапия схемасы (Схема химиотерапии) _____

31.3. С91-95.9) үшін химиятерапия бойынша емдеу сатылары (Этапы лечения по

химиотерапии для: (С91-95.9)) а) индукция (индукция); б) консолидация (консолидация);

в) реиндукция (реиндукция); г) қолдаушы терапия (поддерживающая терапия);

д) қайталануға қарсы курс (противорецидивный курс); е) симптоматикалық терапия

(симптоматическая терапия);

31.4.

| Препаратты атауы (Наименование препарата) | Қабылдау басталған күні (Дата начала приема) | Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема) | Енгізу түрі (Способ введения)* | Өлшем бірлігі (Единица измерения) | Саны (Количество) | Жиынтық мөлшері (Суммарная доза) |
|---|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| | | | | | | |

*) 1-бұлшық ет ішіне (внутримышечно); 2- вена ішіне (внутривенно); 3- артерия ішіне (внутриартериально); 4- қуыс ішіне (внутриполостное); 5- ауыз арқылы (перорально); 6- басқа (другой);

| | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|
| 31.5. Химиятерапиясы кезінде тағайындалған протекторлық дәрілік заттар Протекторные лекарственные средства, назначенные при химиотерапии: | Өлшем бірлігі Единицы измерения | Қосынды доза Суммарная доза |
| | | |

31.6. Таргентты терапия (таргентная терапия):

| Препараттың атауы (Наименование препарата) | Қабылдау басталған күні (Дата начала приема) | Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема) | Енгізу түрі (Способ введения)* | Өлшем бірлігі (Единица измерения) | Саны (Количество) | Жиынтық мөлшері (Суммарная доза) |
|--|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| | | | | | | |

*) Таргентты терапияның жанама әсерлері (побочные эффекты таргентной терапии): терілік реакциялар (кожные реакций); гастроинтестинальды (гастроинтестинальные);

кардиотоксикалық (кардиотоксичность); қан кетулер (кровотечения); басқалар (другие); жоқ (нет);

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

| Препарат аты (Наименование препарата) | Қабылдау басталған уақыты (Дата начала приема) | Қабылдау аяқталған уақыты (Дата окончания приема) | Енгізу түрі (Способ введения)* | Өлшем бірлігі (Единица измерения) | Саны (Количество) | Жиынтық мөлшері (Суммарная доза) |
|---------------------------------------|--|---|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| | | | | | | |

*) Сүйек резорбциясының ингибиторлары терапиясының жанама әсерлері (побочные эффекты терапии с ингибиторами костной резорбции): Тұмау тәріздес синдром (гриппоподобный синдром); гастроинтестинальды синдром (гастроинтестинальный синдром); бүйрек

функциясының бұзылу синдромы (нарушение функции почек); бауырлық көрсеткіштердің

өзгерісі (изменение печеночных показателей); басқалар (другие); жоқ (нет).

32. Гормон терапиясының түрі (Вид гормонотерапии): қолданылмады (не применялась); дәрілік (лекарственная);

дәрілік емес (нелекарственная); аралас (смешанная)

32.1.

| Препараттың атауы (Наименование препарата) | Қабылдау басталған күні (Дата начала приема) | Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема) | Енгізу түрі (Способ введения)** | Өлшем бірлігі (Единица измерения) | Саны (Количество) | Жиынтық мөлшері (Суммарная доза) |
|--|--|---|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| | | | | | | |

**) 1- бұлшық ет ішіне (внутримышечно); 2- тамыр ішіне (внутривенно); 3- тері ішіне

(внутрикожно); 4- ауыз арқылы (перорально); 5- басқа (другой).

32.2. Гормон терапиясының жанама әсерлері (Побочные эффекты гормонотерапии):

қышыма (зуд); салмақ қосуы (прибавка в весе); тері бөртпелері (кожная сыпь);

гематологиялық (гематологические); басқалар (другие); жоқ (отсутствуют).

33. Иммунотерапия:

| 33.1. Препараттың атауы (Наименование препарата) | Қабылдау басталған күні (Дата начала приема) | Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема) | Енгізу түрі (Способ введения)*** | Өлшем бірлігі (Единица измерения) | Саны (Количество) | Жиынтық мөлшері (Суммарная доза) |
|--|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------------------------|
| | | | | | | |

***) 1-ауыз арқылы (перорально); 2-тері астына (подкожно); 3-бұлшық ет ішіне

(внутримышечно); 4-басқа (другой).

34. Иммунотерапияның жанама әсерлері (Побочные эффекты иммунотерапии): қышыма

(зуд); температуралық серпіліс (температурная реакция); тері бөртпелері (кожная

сыпь); гематологиялық (гематологические); басқалар (другие); жоқ (отсутствуют).

35. Арнайы емнің басқа түрлері (Другие виды специального лечения):

комплиментарлық (комплиментарные); басқалары (прочие)

36. МЭТ (МЭТ) № _____, КШТ (КЗГ) № _____

37. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану

(Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

37.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы

(Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

(заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

| № | Медициналық техниканың коды Код медицинской техники | Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники | Қызметінің коды Код услуги | Қызметінің атауы Наименование услуги | Саны Количество |
|---|--|--|-------------------------------|--|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

38. RW-ға тексеру (Обследование на RW): оң (положительно); теріс (отрицательно);

АИТВ инфекциясы (ВИЧ инфекцию): оң (положительно); теріс (отрицательно);

тексерілмеді (егер, пациент бас тартқан жағдайда) (не обследовался (в случае , если пациент отказался)).

39. Стационарда болу немен аяқталды (Исход пребывания в стационаре): шықты

(выписан); ауыстырылды (переведен);

қайтыс болды (умер); өздігінен кетіп қалуы (самовольный уход).

Терапиялық науқастар үшін (для терапевтических больных): толық регресс (полный регресс); толық емес регресс (частичный регресс); процестің стабилизациясы

(стабилизация процесса).

40. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): сауығу (выздоровление); жақсарды

(улучшение);

өзгеріссіз (без перемен); нашарлады (ухудшение)

41. Ұсыныс (Рекомендация): операциялық емдеу (оперативное лечение); сәулелік ем (лучевая терапия); химиотерапия; симптоматикалық емдеу

(симптоматическое лечение); онкологтың бақылауы (наблюдение онколога);
басқалар (прочие);

42. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет
(ММК)

(республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (
республиканский бюджет

(ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ
келісім шарты бойынша

(по договору ДМС), басқа (прочие) *(астын сызыңыз) (подчеркнуть)*

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

Бөлімше меңгерушісі

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

Приложение 9
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

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

Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

записи оперативных вмешательств в стационаре

20 _____ жылғы (года) " _____ " _____ күні

ОПЕРАЦИЯ № _____

20__ жылғы (года) _____ басталды (начата) __ сағат (час) __ минут (минута)

20__ жылғы (года) _____ аяқталды (окончена) __ сағат (час) __ минут (минута).

Науқастың ТАӘ (ФИО больного)

Туған күні (Дата рождения) _____

Операцияға дейінгі диагноз (Диагноз до операции) _____

Операциядан кейінгі диагноз (Диагноз после операции) _____

Ауырсынуды басу (Обезболивание) _____

Стационарлық науқас картасының

№ _____

№ карты стационарного

больного

Операция күні (Дата операции)

20__ жылғы (года) " ____ "

Хирург

Ассистенттер

(Ассистенты) _____

Анестезиолог _____

ОПЕРАЦИЯ СИПАТТАМАСЫ

ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ

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

(удаленного органа, части органа))

Ұйымның атауы
Наименование организации

Утверждена приказом и.о.
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от "23" ноября 2010 года №
907

ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ТМН/РМН _____
Науқастың тіркеу №/Регистрационный № больного

Тіркелген күні/Дата регистрации ____/____/____
____ КК/АА/ЖЖЖЖ

ДД/ММ/ГГГГ
Жеке куәлігінің (туу туралы куәлігі) номері/_____

Номер удостоверения личности, свидетельство о
рождении

1. Науқас туралы ақпарат

Информация о больном

Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____ Әкесінің аты/Отчество _____

Туған күні/Дата рождения: __/__/____ КК/АА/ЖЖЖЖ
ДД/ММ/ГГГГ

Жынысы/Пол: ер/мужской; әйел/женский

Нақты мекен-жайы: Белгісіз тұрғылықты орны жоқ -
болған жағдайда (бұдан әрі – БТОЖ)/без
определенного места жительства – при наличии
(далее – БОМЖ)

(Адрес фактического проживания) ____ облысы/область
____ қаласы/ауданы _____ елді мекені

(город/район) (населенный пункт)

____ көшесі/улица _____ үй/дом _____

пәтер/квартира телефон _____

Науқасқа жақын адамның ТАӘ _____
(ФИО близкого лица)

3. Әлеуметтік-кәсіби мәртебесі

Социально-профессиональный статус

жұмысшы/рабочий қызметкер/служащий
жұмыссыз/безработный зейнеткер/пенсионер
мектеп жасына дейінгі бала/дошкольник
оқушы/учащийся

студент/студент өз бетінше жұмыспен
шұғылданушы/самозанятость

сотталған/осужденный тергеуде жүрген
адам/следственно-арестованный

жалпы емдеу жүйесінің - болған жағдайда (бұдан әрі –

ЖЕЖ) қызметкері/медработник общей
лечебной сети – при
наличии (далее – ОЛС)

ТҚҰ қызметкері/медработник ПТО
пенитенциарлық жүйе қызметкері/персонал
пенитенциарной системы
мигрант басқалар/другие

4. Қауіп-қатер факторлары

Факторы риска

қатынаста болған/контактный: туберкулез -
болған

жағдайда (бұдан әрі – ТБ);

Көп дәріге төзімділік туберкулезі - болған
жағдайда

(бұдан әрі – КДТ ТБ)/ туберкулез с
множественной

лекарственной устойчивостью – при наличии
(далее – МЛУ

ТБ) Кең-ауқымды дәріге төзімді туберкулезі -
болған

жағдайда (бұдан әрі – КАДТ ТБ)/ туберкулез с
широкой

лекарственной устойчивостью – при наличии
(далее – ШЛУ

ТБ); қант диабеті/сахарный диабет;

нашақорлық/наркомания

ішімдікке салыну/злоупотребление
алкоголем;

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Примечание: 1. Қақырық жағындының, дақылдың, сезімталдықтың қорытындысын, қақырық

жағындысын жинаған күннен санау керек/ Все результаты микроскопии, посевов, ТЛЧ считать

с даты сбора мокроты 2. Молекулярлы-генетикалық (МГ): Хайн-тест, G-Хpert - қажеттісін

тандаңыз/Молекулярно-генетический: Хайн-тест, G-Хpert - выбрать необходимое

ТДК/ДТК: ия/да жок/нет Жүргізілген жағдайда, күні/Если проведено, дата: ___/___/___

ТКК/ПТК: ия/да жок/нет Жүргізілген жағдайда, күні/ Если проведено, дата: ___/___/___

8. Ем туралы ақпарат/Информация о лечении

| | Қарқынды кезеңдегі медұйым/ Медорганизация в интенсивной фазе | Ем бастаған күн /Дата начала | Ем аяқтаған күн/ Дата окончания | Ем**/ Лечение** |
|---|---|---------------------------------|------------------------------------|--------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| | Жалғастыру кезеңіндегі медұйым/ Медорганизация в поддерживающей фазе | Ем бастаған күн /Дата начала | Ем аяқтаған күн/ Дата окончания | Ем**/ Лечение** |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |

** 1 – стационарлық/стационарное 2 – амбулаторлық/амбулаторное 3 – шипажайлық/санаторно)

Туберкулез процессінің асқынуы/: ия/да жок/нет

Осложнения туберкулезного процесса

Хирургиялық емі/Хирургическое лечение: ия/да жок/нет

Басталған күні/Дата начала ___/___/___ Аяқталған күні/Дата окончания ___/___/___

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | местный бюджет): |
| Мекен-жайы/көшесі, бөлім: Адрес/улица, населенный пункт: | | | Республикалық бюджет/ Республиканский бюджет: — □ |
| Тікелей бақыланатын емге - болған жағдайда (бұдан әрі – ТБЕ) жауапты/ Ответственный за – при наличии (далее –НКЛ): | | | |
| Науқастың салмағы (кг)/Вес больного (кг): | | | |

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

| Емделген айы/ Месяц лечения: | | | | | | | | | | | | | Жоспар/ План | Қабылдау/ Принято | Босатылуы/ Пропущено |
|---------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|-----------------|----------------------|-------------------------|
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Ескерту: әрбір тор сызықта, бақылау кезінде дәріні бір рет қабылдаған жағдайда "v",

бақылау кезінде препараттарды екі рет қабылдағанда "vv" бақылау кезінде препараттарды

үш рет қабылдағанда "vvv" белгіленеді; "О" – препараттың тәуліктік мөлшері қабылданбады; "Р" – жанама әсерлер пайда болғанда, препаратты дәрігер тоқтатса.;

"Х" – препарат науқастың қолына бақылаусыз берілсе.

Примечание: в каждой клетке отмечается "v"- при однократном приеме препаратов под

контролем; "vv" - при двукратном приеме препаратов под контролем;

"vvv" - при трехкратном приеме препаратов под контролем; "О" – пропустил прием суточной

дозы препарата; "Р" – при побочной реакции, если препараты отменены врачом

"Х" - препарат отдан на руки больному без контроля; "-" день, когда больной не должен

принимать ПТП (выходной день)

12. Емнің аяқталған күні/Дата окончания лечения _____/_____/_____

13. Ем нәтижелері/Исходы лечения: cf1 Сауықты/Вылечен Ем аяқталды/Лечение

завершено Сәтсіз ем/Неудача лечения Ем тәртібі бұзылды/Нарушение режима лечения

Ауыстырылды/Переведен IV категорияға ауыстырылды/Переведен в категорию IV Қайтыс

болды/Умер: өлген күні/дата смерти _____/_____/_____

;

Қайтыс болу себебі/Причина смерти: ТБ-ден өзге себептерден/другие причины

Қайтыс болған орны/Место смерти: стационарда/в стационаре стационардан тыс/не в

стационаре

14. Сараптамасы алынды/Диагноз снят Ескертулер/Примечания: _____

Учаскелік фтизиатр/Участковый фтизиатр: Тегі/Фамилия _____ аты/
имя _____

әкесінің аты/отчество _____ қолы/подпись _____

Ем жүргізуші дәрігер/Лечащий врач: Тегі/Фамилия _____ аты/
имя _____

әкесінің аты/отчество _____ қолы/подпись _____

Приложение 11
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген IV санатты ТБ 01/е - нысанды мединалық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ 01/у-категория IV утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ШАЛДЫҚҚАН IV КАТЕГОРИЯЛЫҚ НАУҚАСТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ КАТЕГОРИИ IV

ТМН/РМН

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

Тіркелген күні/_____/_____/_____ КК/АА/ЖЖЖЖ

Дата регистрации ДД/ММ/ГГГГ

Науқастың тіркеу №/Регистрационный № больного _____

Тіркелген күні _____/_____/_____ КК/АА/ЖЖЖЖ

Дата регистрации ДД/ММ/ГГГГ

Жеке куәлігінің, туу туралы куәлігі номері/_____

Номер удостоверения личности, св-во о рождении

1. Науқас туралы ақпарат/Информация о больном

Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____ Әкесінің аты/Отчество _____

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

ДД/ММ/ГГГГ

Жынысы/Пол: ер/мужской; әйел/женский

Нақты мекен-жайы/: БТОЖ/БОМЖ

Адрес фактического проживания _____ облысы/область

_____ қаласы/ауданы _____ елді мекені

город/район нас.пункт

_____ көшесі/улица _____ үй/дом _____

пәтер/кв телефоны _____ Ұлты/Национальность _____

Тұрғыны/Житель: қала/город ауыл/село

IV категорияға ауыстырылу себебі: ҚДТ ТБ расталған/Подтвержден

МЛУ ТБ

Причина перевода в категорию IV ҚДТ ТБ күдік/Подозрение на

МЛУ ТБ

КАДТ ТБ расталған/Подтвержден

ШЛУ ТБ

КАДТ ТБ деген күдігі

бар/Подозрение на ШЛУ ТБ

2. Алдағы өткен ем жағдайлары/Эпизоды предыдущего лечения

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

жоқ/нет

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

жоқ/нет

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

жоқ/нет

| № | Ем басталған күні Дата нач. лечения | Кат. | Ем үлгісі Схема лечения | Нәтиже Исход | Ем аяқталған күні Дата окон.леч. |
|---|--|------|----------------------------|-----------------|-------------------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |

3. Әлеуметтік-кәсіби мәртебесі/Социально-профессиональный статус

жұмысшы/рабочий қызметкер/служащий жұмыссыз/безработный зейнеткер/пенсионер

мектеп жасына дейінгі бала/дошкольник оқушы/учащийся студент/студент өз бетінше

жұмыспен шұғылданушы/самозаняты сотталған/осужденный тергеуде жүрген адам/следственно-арестованный ЖЕЖ қызметкері/медработник ОЛС ТҚҰ қызметкері/медработник ПТО пенитенциарлық жүйе қызметкері/персонал пенитенциарной системы мигрант/мигрант басқалар/другое

4. Қауіп-қатер факторлары/Факторы риска

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

5. Науқасты жіктеу/Тип больного

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

6. Туберкулездің шоғырлануы және ауру түрі/

Локализация и форма туберкулеза

Өкпе ТБ/ с.к. біріккен өкпеден тыс ТБ/ Өкпеден тыс ТБ/

Легочный в т.ч. сочетанный с ВЛ Внелегочный

Диагноз _____
_____ МКБ б/ша шифрі/ _____

шифр по МКБ

ТДК/ДТК: ия/да жок/нет Жүргізілген жағдайда, күні: ____ / ____ / ____

Если проведено, дата

ТКК/ПТК: ия/да жок/нет Жүргізілген жағдайда, күні: ____ / ____ / ____

Если проведено, дата

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

Антиретровирусная терапия начата Басталған жағдайда, күні: ____ / ____ / ____

Если начато, дата начала

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

Профилактик. терапия котримоксазолом начата Басталған жағдайда, күні: ____ / ____ / ____

Если начато, дата начала

7. Орталық дәрігерлік консультациялық комиссияның қорытындысы

Заключение Центральной врачебной консультативной комиссии

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

| | | | |
|------|--|--|--|
| КАДТ | | | |
| ТБ/ | | | |
| ШЛУ | | | |
| ТБ | | | |

ҚДТ ТБ бойынша шешім/Заключение по МЛУ ТБ:

1 – ЕҚП ем бастау/назначено лечение ПВР; 2 - ЕҚП ем бастамау/не назначено лечение ПВР;

ЕҚП емді бастамау себебі/Причины не назначения лечения ПВР:

1 – ЕҚП жетіспеуі/недостаток ПВР; 2 – емнен бас тарту/отказ от лечения; 3 – қайтыс болды/ умер;

КАДТ ТБ бойынша шешім/Заключение по ШЛУ:

1 – Ем бастау/Начать лечение ПТР; 2 - Емін күтуде/Ожидают лечение; 3 – ҮҚП ем тағайындалмасын/не назначено лечение ПТР.

Ем тағайындалмау және күтудегі себептері/Причины для не назначения и ожидания лечения:

1 – препараттардың жеткіліксіздігі/недостаток препаратов; 2 – емнен бас тарту/отказ от лечения; 3 – қайтыс болды/умер; 4 – тәртібін бұзушы/нарушитель режима; 5 – ауыр түрдегі ілеспелі ауру/тяжелые сопутствующие заболевания; 6 – ТҚП төзімсіздігі/непереносимость ПТП; 7 – ТБ және/немесе АҚТҚ/ТБ соңғы кезеңі/терминальная стадия ТБ и/или ТБ/ВИЧ

Қысқартулар/Сокращение: ЕҚП – екінші қатардағы препараттар/

ПВР – препараты второго ряда;

ҮҚП – үшінші қатардағы препаратта/ПТР – препараты третьего ряда;

8. Ем туралы ақпарат

Информация о лечении

| | Қарқынды кезеңдегі медұйым Медорганизация в интенсивной фазе | Ем бастаған күн Дата начала | Ем. аяқтаған күн Дата окончания | Ем* Лечение* |
|---|--|---|---|-----------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| | Жалғастыру кезеңіндегі медұйым Медорганизация в поддерживающей фазе | Ем бастаған күн Дата начала | Ем. аяқтаған күн Дата окончания | Ем* Лечение* |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

* 1 – стационарлық/стационарное 2 – амбулаторлық/амбулаторное 3 – шипажайлық/санаторное

Туберкулез процессінің асқынуы/: ия/да жок/нет

Осложнения туберкулезного процесса

Хирургиялық емі/Хирургическое лечение: ия/да жок/нет

Басталған күні/Дата начала ___/___/___ Аяқталған күні/Дата окончания ___/___/___

9. Зертхана зерттемесінің қорытындылары/Результаты лабораторных исследований

| | | Әдіс метод | 0 ай (месяцев) | 1 ай (месяц) | 2 ай (месяца) | 3 ай (месяца) | 4 ай (месяца) | 5 ай (месяцев) | 6 ай (месяцев) |
|--|--------------------------|---------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Қақырық жағындысының микроскопиясы (микр-ия мазка мокроты *) | Күні/дата | | | | | | | | |
| | қорытынды (результат) | | | | | | | | |
| | Зерттеу № (лаб №) | | | | | | | | |
| Қақырықтың дақылы* (посев мокроты*) | Күні/дата | | | | | | | | |
| | Қорытынды (результат) | Л-Й | | | | | | | |
| | | В МГ | | | | | | | |
| Зерттеу № (лаб №) | | | | | | | | | |
| Рентгено-графия | Күні/дата | | | | | | | | |
| | Ыдырау/ распад | | | | | | | | |

| 7 ай (месяцев) | 8 ай (месяцев) | 9 ай (месяцев) | 10 ай (месяцев) | 11 ай (месяцев) | 12 ай (месяцев) | 15 ай (месяцев) | 18 ай (месяцев) | 21 ай (месяц) | 24 ай (месяца) |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| 27 ай | 30 ай | 33 ай | 36 ай |
|-------|-------|-------|-------|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Lfx | | Ofx | | Pto/Eto | | PAS | |
|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|
| Күні/дата | қорытынды (результат) | Күні/дата | қорытынды (результат) | Күні/дата | қорытынды (результат) | Күні/дата | қорытынды (результат) |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| Cs | | Mfx | |
|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|
| Күні/дата | қорытынды (результат) | Күні/дата | қорытынды (результат) |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Дәрі-дәрмектердің қысқартылған атаулары/Аббревиатура лекарств: Н – Изониазид;

Р – Рифампицин; Е – Этамбутол; S – Стрептомицин; Z – Пиразинамид; Am – Амикацин;

Км – Канамицин; Cm – Капреомицин; Cfx – Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин;

Lfx – Левофлоксацин; Mfx – Моксифлоксацин; Gfx – Гатифлоксацин; Pto – Протионамид;

Eto – Этионамид; Cs – Циклосерин; PAS – Парааминосалицилді қышыл/Парааминосалициловая кислота;

*ең көп оң дәрежелі нәтижесі бар сынаманың қорытындысы мен күні көрсетіледі/указать

Учаскелік фтизиатр/Участковый фтизиатр: Тегі/фам. _____ аты/
имя _____

әкесінің аты/отчество _____

Қолы/ Подпись _____

Ем жүргізуші дәрігер/Лечащий врач: Тегі/фам. _____ аты/имя _____

әкесінің аты/отчество _____

Қолы/Подпись _____

Приложение 12
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| A4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 03/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ 03/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

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

сол жағы/левая часть

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

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

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

Пунктир сызықшаларымен берілген бағандарға мәліметтерді енгізу жоғарғы және төменгі

бөліктеріне сай болуы тиісті/Ввод данных в графах с пунктирными линиями - заносить

соответствующие данные верхней и нижней части.

* Басқалар: ҚА- қайталанған ауру ТМБ(-) ҮКЕ -үзілістен кейінгі емі ТМБ(-)

оң жағы/правая часть

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

Приложение 13
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

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

Туберкулезбен ауыратын науқасты ауыстыру жолдамасы
Направление на перевод больного туберкулезом

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

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

Науқастың ТАӘ/ФИО больного _____

Туған күні/Дата рождения _____

кк.аа.жжжж/дд.мм.гггг

Жынысы/Пол: Е/М cf1 cf1 Ә/Ж cf1

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

Науқасқа жақын адамның ТАӘ/ФИО близкого лица _____

Науқасқа жақын адамның мекен-жайы/Адрес близкого лица _____

Диагнозы/Диагноз _____

Тіркеу нөмірі/Регистрационный номер _____ Ем бастаған күні

/Дата нач. леч. _____

Ем санаты/Категория лечения:

I санат жаңа жағдайлар/Категория I новые случаи

II санат қайталанған жағдайлар/Категория II повторные случаи

IV санат ҚДТ ТБ/Категория IV МЛУ ТБ

Науқас қабылдайтын препараттар/Препараты, получаемые больным _____

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

Науқасты ауыстыратын тұлғаның ТАӘ/ФИО переводящего _____

Лауазымы/Должность _____ Қолы/Подпись _____

Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____

Науқас ауыстырылған ұйымдар үшін

Для использования организацией, в которую больной был переведен:

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

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

Ұйымның атауы/Название организации _____

Мекенжайы/Адрес _____

Науқастың ТАӘ/ФИО больного _____

Науқас осы ұйымда тіркелді

Больной зарегистрирован в данной организации

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

Тіркелген күні/Дата регистрации _____

Науқасты қабылдап алған тұлғаның ТАӘ/ФИО принявшего _____

Лауазымы/Должность _____ Қолы/Подпись _____

Приложение 14
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 11/е- нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ 11/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

**ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН ІV САНАТТАҒЫ
 НАУҚАСТАРДЫ ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ
 ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ БОЛЬНЫХ
 ТУБЕРКУЛЕЗОМ КАТЕГОРИИ ІV**

сол жағы/левая часть

облысы/область

ауданы/район

| Тіркеу № Reg.№ | Тіркелген күні Дата регистрации | ТАӘ ФИО | Жынысы Пол | Туған күні Дата рождения | Нақты тұратын мекен-жайы Адрес фактического проживания | Қарқынды кезеңдегі медұйым Медорганизация в интенсивной фазе | ТБ 03 б-ша тіркеу № (тір. күні) Reg.№ в ТБ 03 (дата рег-ии) | ТБ шоғырлануы (Ө/ӨТ) Локализация (Л/ВЛ) | Түрі * Тип | Екінші қатар ТҚП алған Получал ПВР |
|-------------------|------------------------------------|------------|---------------|-----------------------------|---|---|---|--|---------------|---------------------------------------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| ҚДТ ТБ расталған Подтвержден МЛУ ТБ | ҚДТ ТБ күдігі Подозрение на МЛУ ТБ | КАДТ ТБ расталған Подтвержден ШЛУ ТБ | КАДТ ТБ күдікті Подозрение на ШЛУ ТБ | Ем тәртібі * Схема лечения Ем баст. күні Дата начала лечения |
|--|---------------------------------------|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Қысқартулар/Сокращение:

*ЕҚП - екінші қатардағы препараттар; ҮҚП - үшінші қатардағы препараттар;
 ПВР - препараты второго ряда; ПТР - препараты третьего ряда;*

| | | |
|----------------|------------|--|
| Диагностикалық | ДСТ үлгісі | IV кат бо-ша тіркелуге себеп болған ДСТ* қорытындысы. Егер ДСТ қорытындысы күтуде болса, қорытынды кейін енгізілуі тиіс. ДСТ қорытындысын толық білу үшін ем алу кітапшасын қараңыз. **Т–төзімді С – сезімтал Ө–өскін |
|----------------|------------|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------|-----------------------------|--|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----------|-----|-----|-----|
| әдіс (Метод диагностики) | | | алынған күні Дата взятия материала на ТЛЧ | Результат ТЛЧ**, по которому пациент зарегистрирован в категорию IV. Если ТЛЧ в ожидании, то результат должен быть внесен позже. См. карту лечения для полной истории результатов ТЛЧ. **Уст – устойчив Ч – чувствителен П – пророст (результат/дата) | | | | | | | | | | | | |
| Л-Й | Бактек | Молекулярлы Молекулярный | | Н | Р | Е | С | Z | Сm | Кm | Am | Cs | Pto/ Eto | PAS | Ofx | Lfx |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ем жүргізу барысында қақырық жағындысы (Ж) мен қақырық дақылы (Д) микрос-ның қорытындылары (егер бір айдың ішінде бірден артық зерттеулер жүргізілсе, онда соңғы оң нәтижелі қорытындыны енгізу қажет)
Результаты микроскопии мазка мокроты (М) и посева мокроты (П) в течение лечения (если в течение месяца сделано более одного исследования, внесите последний положительный результат)

Айлар Месяц

| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Ж/ М | Д/ П | Ж/ М | Д/ П | Ж/ М | Д/ П | Ж/ М | Д/ П | Ж/ М | Д/ П | Ж/ М | Д/ П | Ж/ М | Д/ П | Ж/ М | Д/ П | Ж/ М | Д/ П | Ж/ М | Д/ П | Ж/ М | Д/ П |
| Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № | Зерт.№ Лаб № |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*1- Жаңа жағдай/Новый; 2- Қайталанған ауру/Рецидив; 3- Ем тәртібі бұзылды /Нарушение режима; 4- I кат кейінгі сәтсіз ем/НЛ после I кат; 5- II кат кейінгі сәтсіз ем/НЛ после II кат; 6- III кат кейінгі сәтсіз ем/НЛ после III кат; 7- Ауыстырылды/ Переведен;

| Сауықты Вылечен | лечение завершено | тсеудача лечения | режима лечения | переве- ден | стацио- наре | Не в стационаре | От других причин | тестілеу Тест | ТҚП АРТ | КАТ ПТК |
|--------------------|----------------------|---------------------|-------------------|----------------|-----------------|--------------------|---------------------|------------------|------------|------------|
| | | | | | | | | _____ | _____ - | _____ - |
| | | | | | | | | _____ | _____ - | _____ - |
| | | | | | | | | _____ | _____ - | _____ - |
| | | | | | | | | _____ | _____ - | _____ - |
| | | | | | | | | _____ | _____ - | _____ - |

Дәрі-дәрмектердің қысқартылған атаулары (аббревиатура лекарств): Бірінші қатар ТҚП/ПТП

первого ряда: Н – Изониазид R - Рифампицин E – Этамбутол S-Стрептомицин Z-Пиразинамид

Екінші қатардағы ТҚП/ПТП второго ряда: Am – Амикацин; Km – Канамицин Cm –

Капреомицин; Cfx-Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин; Lfx-Левифлоксацин; Mfx-Моксифлоксацин; Gfx-Гатифлоксацин; Pto-Протионамид; Eto – Этионамид;

Cs – Циклосерин; PAS –П-аминосалицилдік қышқылы/П-аминосалициловая кислота;

РҚТ-ретровирусқа қарсы терапия /АРТ – антиретровирусная терапия, КАТ – котримоксазолмен

алдын-алу терапия/ПТК – профилактическая терапия котримоксазол

Приложение 15
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|-------------------------|--|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
|-------------------------|--|

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 12/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ 12/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

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

Ұйымның атауы (Наименование организации): _____

Медицина ұйымының мекен жайы (Адрес медицинской организации): _____

— "ТҚП есеп журналын" жүргізуді бастаған күн (Дата начала ведения
"Журнала учета ПТП"): _____

— Халықаралық патенттелмеген атауы мен мөлшері/ ____ Сауда атауы/
Торговое название _____

— Международное непатентованное наименование и дозировка
Өндіруші/Производитель _____ Өндіріген ел/
Страна-производитель _____
Жеткізушінің жөнелтпе құжаты/Накладная поставщика
№ _____ " _____ " _____ 20 ____ жылғы /года
Шығарылу үлгісі/Форма выпуска: ертінді, таблетка, капсула, блистер,
түйіршіктелген, ұнтақ, т.б.(астын сызу)/раствор, таблетка, капсула,
блистер, гранулы, порошок, другие (подчеркнуть)
Өлшем бірліктері/Единица измерения: таблетка, капсула, ампула, құты,
пакет (астын сызу)/
таблетка, капсула, ампула,
флакон, пакетик (подчеркнуть)

Серия _____ Жарамдылық мерзімі/Срок годности _____

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

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

Приложение 16
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген |

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

Ұйымның атауы (Наименование организации)

Емдеуге алынатын науқастың ақпараттық келісімі

Мен, _____

— науқастың ТАӘ, туылған жылы (егер бала болса, ата-анасын немесе қамқоршысынын

көрсету)

Тұратын мекенжайы _____

1. Науқастың құқығы

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

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

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

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

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

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

2. Науқастың міндеті:

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

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

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

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

2.5 Барлық отбасы мүшелері мен басқада қатынаста болған тұлғалар туралы туберкулезге қарсы қызметтің мамандарына хабарлау;

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

2.7 Медицина қызметкерлері мен басқа емделушілердің құқығын құрметтеуге міндетті.

Таныстым:

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

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

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

Осы келісімнің барлық тарауларымен келісемін және оны орындауға борыштымын.

Емделушінің қолы _____ күні _____

Медицина мекемесі қызметкерінің ТАӘ _____

— Қолы _____ күні _____

Учаскелік дәрігердің ТАӘ _____

— Қолы _____ күні _____

Информированное согласие больного на лечение

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

проживающий(ая) по адресу: _____

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

1. Больной имеет право:

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

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

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

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

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

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

2. Больной обязан:

2.1. Соблюдать назначенный режим лечения. Не допускать перерывов приема лекарств, что будет способствовать защите собственного здоровья и здоровья окружающих.

2.2. Принимать все противотуберкулезные препараты под непосредственным контролем медицинского персонала.

2.3. Соблюдать "Правила поведения больного туберкулезом", чтобы не заражать окружающих.

2.4. Представлять медицинским работникам всю информацию о состоянии своего здоровья, предыдущих эпизодах лечения, сопутствующих заболеваниях, перенесенных операциях, травмах, аллергических реакциях и других сведениях, необходимых для выбора правильной тактики лечения.

2.5. Информировать работников противотуберкулезной службы обо всех членах семьи и других лицах, которые могли быть инфицированными в результате контакта.

2.6. Своевременно сообщать медицинским работникам об ухудшении своего состояния, появлении новых жалоб.

2.7. Уважать права других пациентов и медицинских работников

Ознакомлен с тем, что:

- при приеме противотуберкулезных препаратов могут иногда возникнуть побочные реакции, и возможен "неблагоприятный исход лечения", который чаще возникает в результате перерывов приема лекарства и других нарушений режима лечения, употребления алкоголя и наркотических средств;

- при постоянных нарушениях режима лечения заболевание становится неизлечимым (формируется лекарственно устойчивая форма туберкулеза) и порой смертельным, от которого лекарств в мире, в том числе и в Казахстане нет;

- в случае уклонения иили отрывов (нарушение режима) от лечения ко мне возможно применение мер принудительной изоляции по Закону РК № 496-1 от 10.12.1999 г. "О принудительном лечении граждан, больных заразной формой туберкулеза" в специальном учреждении или мое лечение может быть прекращено и новое лечение никогда не будет назначено.

Согласен со всеми пунктами данного соглашения и обязуюсь выполнять его.

Подпись пациента _____ дата _____

ФИО должностного лица медицинской организации _____

Подпись _____ дата _____

ФИО участкового лечащего врача _____

Подпись _____ дата _____

Приложение 17
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген |

| | |
|---|--|
| | ТБ 19/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ 19/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

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

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

2. Саудалық атауы/Торговое название _____

3. ТҚП келіп түскен күні/Дата поступления ПТП _____

4. Құжат бойынша келіп түскені/Поступил по документу:

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

4.2. Өндіруші/Производитель _____

4.3. Өндірген ел/Страна производитель _____

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

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

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

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5. Серия № _____ Саны/Количество _____

6. Жарамдылық мерзімі/Срок годности _____

7. ТҚП жіберілгені туралы мәлімет/Сведения об отпуске ПТП _____

Приложение 18
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

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

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

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

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

20____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начато)

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

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

20____ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончено)

1. Заполняется ответственным лицом отделения (кабинета)

трансфузиологии медицинских организаций.

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

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

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

Приложение 19
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 009-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы | Медицинская документация Форма № 009-1/у утверждена приказом и.о. |

Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета реципиентов крови и ее компонентов

20____ жылғы (года) " ____ " _____ 20____ жылғы (года) " ____ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады 1. Заполняется ответственным лицом

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, 2. Страницы должны быть пронумерованы,

мөрмен және ұйым басшысының қолымен прошнурованы, скреплены печатью и

бекітілуі тиіс подписью руководителя организации

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

Құйылған қан компоненттерінің атауы, әрқайсысы бойынша заттаңба № көрсете отырып, әр компонент бойыншатрансфузия көлемі
Наименование перелитых компонентов крови, количество трансфузий по каждому компоненту с указанием номера этикетки по каждому отдельно

| | | | | |
|-------------------------|---|--------------------|-----------|--|
| Құрамында эритроцит бар | Жаңа мұздатылған плазма - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖМП) | Қ а н препараттары | Гемакон № | |
|-------------------------|---|--------------------|-----------|--|

Адамның иммундық тапшылық вирусы - болған жағдайда (бұдан әрі – А И Т В) - инфекцияларына, В және С гепатиттеріне тексеру күні, нөмірі, нәтижесі
Дата, номер, результат обследования на вирус иммунодефицита человека

| Эритроцит- содержание | Свежезамороженная плазма – при наличии (далее - СЗП) | Препараты крови | № гемакона | Дозасы Доза | Науқастың диагнозы Диагноз больного | –инфекции при наличии (далее – ВИЧ), гепатиты В и С |
|--------------------------|---|--------------------|---------------|----------------|--|---|
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | | | |

Приложение 20
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 2
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 090/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 090/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

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

МӘЛІМДЕМЕ

ИЗВЕЩЕНИЕ

**о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или
другого злокачественного новообразования**

МТН

(РМН)

Мәлімдеме (Извещение направлено в) _____

_____ жолданды

_____ ұйымның аты мен пошталық мекенжайын көрсетіңіз (указать название организации и почтовый

адрес)

01. Тегі (Фамилия) _____ Аты (Имя) _____

_____ Әкесінің аты (Отчество) _____

_____ баспа әріптерімен толтырыңыз (заполнять печатными буквами)

02. Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі _____

_____ (Номер документа, удостоверяющего личность)

сериясы (серия) _____, № _____

03. Туған күні (Дата рождения): / ____ / ____ / ____ кк/аа/жжжж (чч/
мм/гггг)

04. Толық жасы (Возраст полных лет) ____ 05. Жынысы (Пол): 1 – ер (мужской), 2 – әйел

(женский)

06. Ұлты (Национальность) _____

07. Тұрғыны (Житель): 1 – қаланың (города), 2 – ауылдың (села).

08. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): _____

_____ облыс

(область), аудан (район) _____, елді мекен (населенный пункт)

_____ көше (улица) _____, № _____ үй (дом), № _____

пәтер (квартира), телефон _____

09. Кәсібі (Профессия): _____

_____ 10. Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): 1-қызметкер (служащий); 2-жұмысшы

(рабочий); 3-ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства); 4-зейнеткер

(пенсионер); 5-оқушы (учащийся); 6-үй шаруасындағы әйел (домохозяйка); 7-жеке

шаруамен айналысатын адам (лицо, занятое индивидуальным трудом); 8-табынушы (служитель культа); 9-жұмыссыз (безработный); 10-басқа (иное).

11. Алғашқы қаралған күні (Дата первичного обращения):

/ ___ / ___ / ___ кк/аа/жжжж(чч/мм/гггг)

12. Диагнозы қойылған күн (Дата установления диагноза): / ___ / ___ / ___ кк/аа/жжжж

(чч/мм/гггг)

13. Қатерлі ісіктің анықталу жағдайлары (Обстоятельства выявления опухоли): 1-өздігінен

қаралды (обратился самостоятельно); 2-әйелдерді (ерлерді) қарау бөлмесінде (в женском

(мужском) смотровом кабинете); 3-профилактикалық қараудың басқа түрлерінде (при других

видах профосмотров); 4-басқа жағдайларда (при других обстоятельствах);

5-қайтыс болған соң мәйітті ашпай (посмертно без вскрытия); 6-қайтыс болған соң мәйітті

ашып көргенде (посмертно после вскрытия).

14. Қатерлі ісік процесінің кезеңі (Стадия опухолевого процесса): 0-in situ; 1 – I;

2- II; 3- III; 4- IV; 5 – анықталмады (сатысы анықталмайтын орналасуларда) (не

установлена (при локализациях, не подлежащих стадированию)).

15. Диагнозы (кезеңі мен TNM бойынша таралу дәрежесі) (стадия и степень распространенности по TNM):

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

16. Диагнозды растау әдісі (Метод подтверждения диагноза) (тек бір негізгі әдістің

астын сызыңыз (подчеркнуть только один основной метод): 1-морфологиялық

(морфологический); 2-цитологиялық (цитологический); 3-рентгенологиялық

(рентгенологический); 4-изотоптық (изотопный); 5-эндоскопиялық (эндоскопический); 6 -

ультрадыбысты зерттеу - болған жағдайда (бұдан әрі – УДЗ) (ультразвуковое исследование

– при наличии (далее - УЗИ); 7- компьютерлік томография - болған жағдайда (бұдан әрі –

КТ) (компьютерная томография – при наличии (далее - КТ); 8-тек клиникалық (только

клинический); 9-мәйітті ашып көру (вскрытие); 11-миелограмма; 12-иммунофенотиптеу

(иммунофенотипирование); 13-иммунологиялық (иммунологический); 14-цитогенетика

(цитогенетика); 15–цитохимия (цитохимия); 16-қандағы/несептегі М-градиент

(М-градиент в крови/моче); 17-көпше миеломедегі Lg (Lg пр множественной миеломе);

18–Лабораторлық диагностика (Онкомаркерлер) (Лабораторная диагностика (Онкомаркеры);

19–ПЭТ-КТ;

17. Мәлімдеме толтырылды (Извещение заполнено в): 1 - фельдшерлік пункттерде,

фельдшерлік-акушерлік пункттерде - болған жағдайда (бұдан әрі – ФП, ФАП) (фельдшерском

пункте, фельдшерско-акушерском пункте – при наличии (далее - ФП, ФАП); 2 - ауылдық

дәрігерлік амбулаторияда - болған жағдайда (бұдан әрі – АДА) (сельской врачебной

амбулатории – при наличии (далее - СВА); 3 - консультациялық-диагностикалық емханада -

болған жағдайда (бұдан әрі – КДЕ) (консультативно-диагностической поликлинике – при

наличии (далее КДП); 4 - ауылдық учаскелік ауруханада, ауылдық ауруханада -

болған жағдайда (бұдан әрі – АУА, АА) (сельской участковой больнице, сельской больнице

– при наличии (далее – СУБ, СБ); 5 - орталық аудандық ауруханада - болған жағдайда

(бұдан әрі – ОАА) (центральной районной больнице – при наличии (далее - ЦРБ); 6 -

облыстық ауруханада (областной больнице); 7 - қалалық ауруханада (городской

больнице); 8 -онкодиспансерде (онкодиспансере); 9 - онкоинститутта (онкоинституте); 10

- басқа емдеу ұйымдарында (других лечебных организациях).

18. Науқас қайда жіберілді (Куда направлен больной): 1-онкодиспансер; 2-онкоинститут;

3- басқа мамандандырылмаған стационар (другой неспециализированный стационар); 4- үйіне

(домой)

19. Мәлімдеме толтырыған күн (Дата заполнения извещения):/ ____ / ____ / ____
кк/аа/жжжж

(чч/мм/гггг)

20. Мәлімдемені толтырған дәрігердің ТАӘ қолы мен жеке мөрі (ФИО подпись и личная

печать врача, заполнившего извещение) _____

баспа әріптерімен толтырыңыз (заполнять печатными буквами)

МӘЛІМДЕМЕНІ ТОЛТЫРУ ТУРАЛЫ НҰСҚАУЛЫҚ

1. Мәлімдеме толтырылғаннан кейін үш күндік мерзімде осы аумаққа қызмет көрсететін

онкологиялық ұйымға жіберіледі.

2. Мәлімдемені жалпы және арнаулы емдеу жүйесінің барлық дәрігерлері қатерлі ісік

диагнозы өмірінде бірінше рет қойылған науқастарға, оның ішінде мақсатты және кезекті

профтексерулер, медициналық куәландыру, стационарда тексеру, операция үстінде, мәйітті

ашу және басқа кездерде анықталғанда толтырады.

3. Мәлімдемеге код тағайындау тек онкологиялық ұйымдарда жүргізіледі. Сәйкес келетін

квадраттарда сан тұрған пункттерді толтыру кезінде қажетті белгі төмендегідей жолмен

белгіленеді. ____

мысалы: науқас ер адам болса, жынысы |_1_|

4. Обырға күмәнді (1-а клин. топ) және ісік алды (1-б клиникалық топ) аурулары бар

науқастарға мәлімдеме толтырылмайды.

5. Мәлімдеменің барлық тармақтары анық толтырылуы тиіс. Жазбалар мәліметтерге код

тағайындауға арналған квадраттардың үстіне жазылмауы керек.

6. 1, 5, 8, 9 және 11-тармақтары алғашқы беттегі ескертпелерге сай толтырылады.

7. "Қаралған күні" жолында науқастың осы ауруы салдарынан қаралған күні, айы, жылы

қандай емдеу ұйымына қаралғанына қарамастан көрсетіледі.

8. 4-тармақта науқастың еңбек ғұмырының негізгі бөлігін арнаған кәсібі көрсетіледі.

Егер науқас нысанды толтыру кезінде зейнет демалысында болса, онда оның бұрын кім болып

жұмыс істегені көрсетіледі.

9. 6 және 7-тармақтарда науқастың тұрақты (уақытша емес) мекенжайы көрсетіледі.

10. Ісіктің таралу дәрежесі бойынша арнайы емделуге тиісті науқастар, емделуден бас

тартуына немесе жалпы қарсы көрсетімдердің болуына қарамастан II - клиникалық топқа

жатқызылады. IV – клиникалық топқа аурудың асқынған формалары бар, арнайы емдеу

мүмкіндіктері таусылған науқастар жатады.

11. 11-тармақта науқасқа диагноз қоюда көмегі тиген әр зерттеу әдістерінің асты сызылуы

тиіс.

12. 12-тармақта науқас қосымша тексерілуге немесе емделуге жолданған медициналық ұйым

көрсетіледі. Мәлімдемелерде II-клиникалық топ науқастарының емдеуге жатқызылуға жатпау

себебі көрсетіледі (жалпы қарсы көрсетімдерінің болуы, емдеуден бас тартуы және т.б.).

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ИЗВЕЩЕНИЯ.

1. Извещение высылается в трехдневный срок после его заполнения в онкологическую

организацию, обслуживающую население данной территории.

2. Извещение составляется всеми врачами общей и специальной лечебной сети на больных с

впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, в т.ч.

больных, выявленных при целевых периодических профосмотрах, медицинском

освидетельствовании, при обследовании в стационаре, во время операции, на вскрытии и

т.д.

3. Кодирование извещений производится только в онкологических организациях. При

заполнении пунктов в соответствующих квадратах которых стоит цифра, нужный признак

—
отмечается знаком, например: пол|_1_|, если больной мужчина.

4. На больных с заболеваниями, подозрительными на рак (клиническая группа I-а) и с

предопухолевыми заболеваниями (клиническая группа I-б) извещения не составляются.

5. В извещениях следует разборчиво заполнить все пункты. Записи не должны перекрывать

квадраты, предназначенные для кодирования сведений.

6. П. п. 1, 5, 8, 9 и 11 заполняются в соответствии с примечанием на лицевой стороне.

7. В строке "дата обращения" указывается число, месяц и год, когда больной впервые

обратился по поводу данного заболевания, независимо от того, в какой лечебной

организации он был обследован.

8. В п. 4 указывается основная профессия, которой больной отдал большую часть своей

трудовой жизни. Если больной к моменту заполнения находится на пенсии, следует

указывать кем он работал раньше.

9. В пп. 6 и 7 отмечается адрес постоянного, (а не временного) места жительства

больного.

10. Ко II клин. группе относятся больные, которые по степени распространения опухоли

подлежат специальному лечению, независимо от того, отказываются ли они от него или

имеют общие противопоказания. К IV клин. группе относятся больные с далеко зашедшими

формами заболевания, у которых специальное лечение уже невозможно.

11. В п. II следует подчеркнуть каждый из перечисленных методов исследования, с помощью

которых у больного был установлен диагноз.

12. В п. 12 указывается лечебная организация, в которую больной направлен для

дообследования или лечения. В извещениях на не госпитализируемых больных II клин.

группы указывается соответствующая причина (наличие общих противопоказаний, отказ от лечения и др.).

Приложение 21
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 2
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды <hr/> Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 105-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 105-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Сот-психиатриялық сараптама комиссиясының істері (қылмыстық және азаматтық) мен қорытындыларын қабылдауды, беруді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации приема, выдачи дел (уголовных и гражданских) и

Приложение 22
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 2
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| <p>A4 форматы Формат А4</p> | <p>КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____</p> |
| <p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p> | <p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 113/е нысанды медициналық құжаттама</p> |
| <p>Ұйымның атауы Наименование организации</p> | <p>Медицинская документация Форма № 113/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907</p> |

Жүкті және босанатын әйелдің

алмасу картасы

Обменная карта

беременной и родильницы

№ _____

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

Туған күні (Дата и год рождения) _____

ЖСН (ИИН) _____ Есепке алыну күні (Дата взятия на учет)

Жүкті әйелдің қан тобы (Группа крови беременной) _____

Жүкті әйелдің резус-тиістілігі (Резус принадлежность беременной) _____

Анықтау күні (Дата определения) _____

Ерінің қан тобы және резус-тиістілігі көрсетілімдер бойынша (Группа крови и резус

принадлежность ее мужа) по показаниям _____

Мекенжайы, телефон (Домашний адрес, телефон) _____

Білімі: бастауыш, орта, жоғары (астын сызыңыз) (Образование: начальное, среднее, высшее

(подчеркнуть))

Жұмыс орны, телефон (Место работы, телефон) _____

Кәсібі немесе лауазымы (Профессия или должность) _____

Күйеуінің аты-жөні, жұмыс орны, телефон (Фамилия и место работы мужа, телефон) _____

2. Диагноз: нешінші жүктілік (Диагноз: беременность которая) _____

Босануы (Роды) _____

Осы жүктіліктің асқынуы (Осложнения данной беременности) _____

Экстрагениталдық аурулар (Экстрагенитальные заболевания) диагноз _____

Құрметті _____!

Құттықтаймыз!

Сіз – болашақ анасыз! Осындай ең жақсы сәтіңіз – бала көтеру мен оның туылуы кезінде

Сізге қолғабыс болуға ризамыз!

Уважаемая _____

!

Поздравляем Вас!

Вы - будущая мама! Мы рады содействовать Вам в самое лучшее время - период вынашивания

и рождения Вашего ребенка!

Акушер-гинеколог дәрігеріңіз (Ваш врач акушер- гинеколог): _____

Телефоны (Телефон) _____

Акушер (Акушерка) _____

Учаскесі (Участок) _____ Кабинет (Кабинет) _____

Консультацияның телефоны (Телефон консультации) _____

Сізге дәрігерге уақтылы келіп, берген нұсқаулықтарын орындау қажет (Вам необходимо

вовремя посещать врача и выполнять данные Вам рекомендации)

ҚАБЫЛДАУ (ПРИЕМ):

Дүйсенбі _____

Понедельник

Сейсенбі _____

_ Вторник

С?рсенбі _____

_ Среда

Бейсенбі _____

_ Четверг

Жұма _____

_ Пятница

Сенбі _____

_ Суббота

Учаскелік дәрігердің қабылдауын күтпей, жедел көмекке шұғыл түрде хабарласатын дабылдық

белгілер (тревожные признаки, при которых следует немедленно обращаться на скорую

помощь, не дожидаясь приема участкового врача).

Жедел жәрдем телефоны (Телефон скорой помощи)103 _____

1) Іштің төменгі жағының, бел тұсының ауыруы (Боли в области живота, в поясничной области).

2) Жыныс жолдарынан қан аралас шығындылар (Кровянистые выделения из половых путей)

3) Ұрықтың қозғалмауы (Отсутствие шевеления плода)

4) Бас ауыру (Головная боль)

5) Көрудің бұзылуы (көз алдында "нүктелер") (Нарушение зрения ("мушки" перед глазами))

6) Құрысқақ (Судороги)

7) Ісіктер (аяқтарда, колдарда, іште, бетте) (Резкое появление или нарастание отеков

(на ногах, руках, животе, лице))

8) Ұрық айналасындағы судың төгілуі (Излитие околоплодных вод)

9) Дене қызуының көтерілуі (Повышение температуры тела)

Жолдама бойынша келді

(Обратилась по направлению) _____

Өзбетімен келді (керегінің астын сызыңыз)

Самообращение (нужное подчеркнуть)

Шағымдар

(Жалобы) _____

4. Сыртартпа (Анамнез)

Тұқым қуалау (Наследственность) _____

Шалдыққан ушыққан аурулар (Перенесенные острые заболевания) _____

Гепатиттер (Гепатиты) _____

Туберкулез _____

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания) _____

Созылмалы аурулар (егер болса, диспансерлік есепте тұрады ма, базистік терапия алады

ма) (Хронические заболевания (если есть, то со стоит ли на диспансерном
учете, получает
ли базисную терапию)_____

Жасалған операциялар (Перенесенные операции)_____

Гемотрансфузиялар (Гемотрансфузии)_____

Аллергоанамез_____

Рентгенологиялық тексерілу (соңғы тексерілу қорытындысы) (

Рентгенологическое

обследование (результат последнего обследования)_____

Етеккір функциясы (Менструальная функция)_____

Менархе _____ жаста (лет), етеккірдің ұзақтығы (длительность
менструации)

_____, циклдың созылуы (продолжительность цикла) _____,
жеткілікті, орташа,

аз (астын сызыңыз) (обильные, умеренные, скудные (подчеркнуть)

Жыныстық қатынасы (Половая жизнь с) _____ жастан (лет)

Неке (Брак)_____

Әкенің денсаулығы туралы мәліметтер (Данные о здоровье отца)_____

Тұқым қуалаушылық (Наследственность)_____

Рентгенологиялық тексерулер (Рентгенологическое обследование)_____

Ескертпе: дәрігерге соңғы жүргізілген тексерулердің нәтижесін беру керек (

Примечание:

рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных
обследований)

Гинекологиялық сыртартпа (Гинекологический анамнез) _____

Контрацепция _____

Гинекологиялық операциялар (Гинекологические операции) _____

Акушериялық сыртартпа (Акушерский анамнез):

Неше жүктілік болды (Сколько было беременностей)- _____

Оның ішінде босану (Из них родов)- _____

Өз бетімен жасалған аборт (самопроизвольных аборт)- _____

Жатырдан тыс жүктілік (внематочных беременностей) - _____

Медаборттар (медаборт)- _____.

Бұрынғы жүктіліктерінің, босануларының, босанудан кейінгі кезеңдер ағымыны

ерекшеліктері

(Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода)

| Паритет | Жылы , күні Год, дата | Жүктілік қай мерзімде, немен аяқталды Чем закончилась беременность и при каком сроке | | Босанумен родами | | Бала тірі, өлі туылды, салмағы Ребенок родился живой, мертвый , масса (вес) | Босанудың, босанудан кейінгі мерзімнің ерекшеліктері Особенности течения родов, послеродового периода |
|---------|-----------------------------------|---|---|--|----------------------|--|--|
| | | абортпен абортами | өздігінен, оның ішінде қатып қалған самопроизвольным , в том числе замершей | мерзімінен бұрын прежде- временными | мерзімінде в срок | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Соңғы етеккірі (Последняя менструация с) _____ 20____ жылғы

(года) _____ бастап (по) _____ дейін

Жүктілік спонданды немесе жоспарланған (овуляцияны ынталандыру, ЭКҰ инсеминациялау)

(астын сызыңыз) (Беременность спонтанная или индуцированная (стимуляция овуляции, инсеминация ЭКО) (подчеркнуть).

Іштегі баланың бірінші қозғалуы (Первое движение плода) 20____ жылғы (года)

" _____ " _____

Жүкті әйелді бірінші рет қарау (Первое обследование беременной)

Объективті деректер (Объективные данные):

Жалпы жағдайы (қанағаттанарлық) (Общее состояние (удовлетворительное))

Бойы (Рост) _____ см. Салмағы (Масса) (вес) _____ кг.

Дене

салмағының массасы - болған жағдайда (бұдан әрі – ДСМ) (Индекс массы тела – при

наличии (далее - ИМТ) _____ Тері жамылғылары (Кожные покровы) _____

Ісіктер (Отеки) _____

Сүт бездерінің зерттеу (Исследование молочных желез) _____

Тыныс алу ағзаларының жағдайы (Состояние органов дыхания) _____

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно - сосудистой системы) _____

АҚҚ (АД): _____

Іші (жұмсақ, аурусыз) Живот (мягкий безболезненный) _____

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка) _____

Қалшылдау симптомы (Симптом поколачивания) _____

Басқа ағзалары (Другие органы) _____

Несеп шығару (Мочеиспускание) _____ Нәжіс (Стул) _____

Акушериялық мәртебе (Акушерский статус):

Жамбас өлшемдері: (Размеры таза по показаниям) бойы 150 см қысқа емес және 170 см.

жоғары, жамбас жарақаттары, жамбастың және ақ-қолдың туа біткен жарақаттары

(рост менее 150см и выше 170 см, травмы таза, врожденные пороки развития таза и

конечностей):

D. Sp. _____ D. cr. _____ D. troch _____ c. ext _____

C. diag _____ C. vera _____

Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование:

высота дна матки) _____ см.

Іш шеңбері (Окружность живота) көрсетілімдер бойынша (по показаниям) _____ см.

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

Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) _____

Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) _____

Жүктілік мерзімі (Срок беременности): Етеккір бойынша (По менструации) _____ УДЗ бойынша (16 аптаға дейінгі ерте) По УЗИ (раннему до 16 недель) _____

Гинекологиялық зерттеу (Гинекологическое исследование):

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы) _____

Айналарда (На зеркалах): _____

Қынап (Влагалище) _____ Жатыр мойыны (Шейка матки) _____

Жатыр денесі (Тело матки) _____

Қосалқылар (Придатки) _____

Ерекшеліктері (Особенности) _____

Диагноз:

Болжамды босану мерзімі (Предполагаемый срок родов) _____

Ұсынымдар (Рекомендации): _____

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

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

| № | Қабылдау күні (Дата приема) | Қауіп факторлары (Факторы риска) | Ескертпе (болжамды босандыратын МҰ атауы, болжамды босандуры деңгейі) (Примечание (предполагается родоразрешение наименование МО, предполагаемый уровень родоразрешения)) |
|---|-----------------------------|----------------------------------|---|
| | | | |

RW 1 _____

RW 2 _____

ВИЧ-1 (ақпараттық келісіммен) (с информированного согласия) _____

ВИЧ-2 (ақпараттық келісіммен) (с информированного согласия) _____

В гепатитінің маркерлері (Маркеры гепатита В) _____

Микроскопияға жағынды (көрсетілімдер бойынша) (Мазок на микроскопию (по показаниям)) _____

Онкоцитологияға жағынды (көрсетілімдер бойынша) (Мазок на онкоцитологию (по показаниям)) _____

Пренаталдық скрининг (Пренатальный скрининг)

Биохимиялық скрининг (Биохимический скрининг)

| Өткізу кезеңі (Период проведения) | Өткізу күні (Дата проведения) | Жүктілік мерзімі (Срок беременности) | Тексерілу қорытындылары (Результаты обследования) | Ескертпе (Примечание) |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------|
| 1 триместр (10-14 нед) | | | | |
| 2 триместр (16-20 нед) | | | | |

Ультрадыбыстық скрининг (Ультразвуковой скрининг)

| Өткізу кезеңі (Период проведения) | Өткізу күні (Дата проведения) | Жүктілік мерзімі (Срок беременности) | ХА маркерлері (қолда бар болғанда) Маркеры ХА (при наличии) | Қорытынды (Заключение) | Ұсыныстар (рекомендации) |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|--|---------------------------|-----------------------------|
| 1 триместр (10-14) | | | ТВП- | | |

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|------|--|--|
| (апта) нед) | | | ДНК- | | |
| 2 триместр (20-22 (апта) нед) | | | | | |
| 3 триместр (32-34 (апта) нед) | | | | | |
| | | | | | |

Консультациялар (Консультации)

Терапевттің бірінші тексеріп-қарауы (Первый осмотр терапевта)

Шағымдар (Жалобы) _____

Сыртартпа (Анамнез)

Қалыпты туды және дамыды (иә, егер жоқ болса – туғанда және бала кезіндегі ауытқулары)

(Родилась и развивалась нормально (да, если нет- какие отклонения при рождении и в детстве) _____

Тұқым қуалаушылық ауыр емес (егер ия болса, қандай аурулар, туыстық дәрежесі)

(Наследственность не отягощена (если да, какими заболеваниями, степень родства) _____

Бұрын ауырған аурулары: жалпы (Перенесенные заболевания: общие) _____

Балалар инфекциялары (Детские инфекции) _____

Гепатиттер (Гепатиты) _____ Туберкулез _____

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания) _____

Басқа инфекциялар (Другие инфекции) _____

Ауырған ушыққан сырқат (Перенесенные острые заболевания) _____

Созылмалы аурулар (Хронические заболевания) _____

(жүрек-тамыр, тыныс, нерв жүйесінің аурулары, қимыл-қозғалыс және т.б. аурулары)

(заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем, желудочно-кишечного

тракта, опорно-двигательного аппарата и др.)

Диспансерлік есеп (Диспансерный учет) _____

(егер болса, диагнозы, тексерілген орыны, маман, соңғы қабылдау күні, қандай

препараттар қабылдады) (если есть, диагноз, место наблюдения, специалист, дата

последнего приема какие препараты принимает) _____

Емдеуге жатқызу (Госпитализация) _____

(егер сыртартпада болса, қандай диагнозбен, мерзімі, медициналық ұйымның атауы, шұғыл

немесе жоспарлы) (если была в анамнезе, с каким диагнозом, дата, название медорганизации, экстренная или плановая)

Жасалған операциялар, асқынулар (Перенесенные операции, осложнения) _____

Алған жарақаттары және олардың салдары (Перенесенные травмы и их последствия) _____

Гемотрансфузия _____

Аллергоанамез _____

Объективті деректер (Объективные данные):

Жалпы жағдайы (қанағаттанарлық) (Общее состояние (удовлетворительное))

Дене құрылысының ерекшеліктері (Особенности телосложения):
Нормостеник (астеник,
гиперстеник) _____

Тері жамылғылары (Кожные
покровы) _____

Дене қызуы (Температура) _____

Ауыз қуысының жағдайы (Состояние полости рта) _____

Аңқаның, бадамшаның жағдайы (Состояние зева, миндалин) _____

Лимфа түйіндері (Лимфоузлы) _____

Ісіктері (жоқ, бар, оқшауланған) (Отеки (нет, есть, локализация) _____

Сүт бездерінің жағдайы (осмотр молочных желез) _____

Тыныс алу ағзаларының жағдайы (Состояние органов дыхания) _____

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно-сосудистой системы) _____

Пульс _____

АҚҚ (АД): оң қолында (на правой руке) _____ сол қолында (на левой руке) _____

Іші (жұмсақ, ауырмайды) Живот (мягкий безболезненный) _____

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка) _____

Қалшылдау симптомы (Симптом поколачивания) _____

Басқа ағзалары (Другие органы) _____

Несеп шығару (Мочеиспускание) _____

Нәжіс (Стул) _____

A series of horizontal lines for writing, consisting of a long line on the right and a shorter line on the left, repeated 20 times.

Босануға дайындау (Подготовка к родам)

| Ана мектебі Школа подготовки к родам | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|----------------------------------|
| Күні Дата | Жүктілік мерзімі Срок беременности | Оқудың тақырыбы Тема занятия | Серігінің катысуы Посещение партнера | Дәрігердің қолы Подпись врача |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Патронаждық қаралуы (Патронажные посещения)

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Күні (Дата) | | | | |
| Жүктілік мерзімі (Срок беременности) | | | | |
| Шағымы (Жалобы) | | | | |
| Жалпы жағдайы (ісінуі) (Общее состояние (отеки)) | | | | |
| АҚҚ (АД) оң қолында (на правой руке) | | | | |
| сол қолында (на левой руке) | | | | |
| Іштегі баланың орналасуы (Положение плода) | | | | |
| Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) | | | | |
| Тұрмыстық жағдайы (Бытовые условия) | | | | |
| Әлеуметтік әл-аукаты (Социальное благополучие) | | | | |
| Ұсыныстар | | | | |

(Рекомендации)

Қолы (подпись)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Педиатрдың патронажы (Патронаж педиатра) _____

Әлеуметтік қызметкердің патронажы (көрсетілімдер бойынша) (Патронаж
соцработника (по
показаниям) _____

Акушер-гинеколог дәрігердің қабылдауы

(барған сайын толтырылады)

Прием врача акушер – гинеколога

(заполняется при каждом посещении)

Мерзімі (Дата) _____

| | |
|-------|--|
| | Шағымдар (Жалобы) _____ _____ |
| | Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____ |
| АД | Тері жамылғылары (Кожные покровы) _____ Ісіктер (Отеки) _____ |
| | |
| Пульс | Іш (Живот) |
| | Жатыр (Матка) |
| | _____ |
| | Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование): Высота дна матки _____ см. Ұрықтың орналасуы, (Положение плода) _____ |
| | _____ |
| | Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) Головное/ тазовое _____ |
| | Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) |
| | Анық, бір қалыпты (Ясное, ритмичное) _____ |
| | Жүрек қысқарту жиілігі болған жағдайда (бұдан әрі – ЖҚЖ) (частота сердечных сокращений – при наличии (далее - ЧСС) - минутына (в минуту) |
| | Басқа ағзалары (Другие органы) _____ |
| | Несеп шығару (Мочевыделение) _____ |
| | Нәжіс (Стул) _____ |
| | ДИАГНОЗЫ: Жүктілігі (Беременность) _____ апта (недель). |
| | |
| | |
| | |
| | 1) Тексерілулер (Обследования): |
| | |
| | |

Мерзімі (Дата)_____

Мерзімі (Дата)_____

Мерзімі (Дата)_____

Мерзімі (Дата)_____

Мерзімі (Дата)_____

Мерзімі (Дата)_____

Перзентхананың, аурухананың босану бөлімшесінің жаңа босанған әйел туралы мәліметтері

Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице

Түскен күні (Дата поступления) _____

Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход

беременности: аборт, роды в срок, преждевременные) _____

_____ апта (недель). Күні (Дата родов) _____

_____ Диагнозы _____

_____ Босану ершеліктері (Особенности родов) _____

Нәресте: тірі, салмағы (Ребенок: живой, пол _____, масса (вес) _____ грамм, бойы

(рост) _____ сантиметров.

Перзентханадан шықты, ауруханаға ауыстырылды, перзентханада шетінеді (астын сызыңыз) –

диагнозы (Выписался, переведен в больницу, другое (подчеркнуть) – диагноз)

_____ Босану кезіндегі жедел көмектер (Оперативные пособия в родах) _____

_____ Ауырсынуды басу: қолданылды, қолданылған жоқ (астын сызыңыз), қандай, тиімділігі

(Обезболивание: применялось, нет (подчеркнуть), какое, эффективность) _____

Босанғаннан кейінгі кезең ағымы (аурулары) (Течение послеродового периода
(заболевания)) _____

Босанғаннан кейін _____ күні шықты (Выписана на _____, (день после родов)
Шығу күні (Дата выписки) _____

Диагнозы және стационардың атауы (ауысқан жағдайда) (Диагноз и название стационара (в случае перевода) _____

Баланың жағдайы (Состояние ребенка) _____

туған кездегі (при рождении) _____

перзентханада (в родильном доме) _____

шыққан кезінде (при выписке) _____

Ерекше ескертулер (Особые замечания) _____

20 жыл (год) " _____ " _____
Акушер-гинеколог дәрігер (Врач акушер-гинеколог) _____

Жүктілігіне байланысты демалыс (Отпуск по беременности)
с 20 _____ жылғы года) " _____ " _____ бастап
по 20 _____ жылғы года) " _____ " _____ дейін
Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № _____

Босануы (Роды) 20 _____ жыл год) _____ мерзімінде,
бұрын, кейін
(в срок, раньше, позже) на _____ күнге (дней)
Босанды (Роды произошли в) _____

Босану асқынумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс (Послеродовой

дополнительный отпуск при осложненных родах) на _____ күн (дней)

(с) 20 ____ жылғы года) " ____ " _____ бастап

(по) 20 ____ жылғы года) " ____ " _____ дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № _____

Босанған әйелді бақылау (Наблюдение за родильницей)сfl

| Күні Дата | Шағымы Жалобы | Зерттеу деректері Данные обследования | Keңестер, тағайындаулар Советы, назначения |
|--------------|------------------|--|---|
| | | 1) флюорография | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Консультация меңгерушісінің қолы (Подпись заведующей консультацией) _____

ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ БОЛДЫРМАУДЫ ҚАЖЕТ ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР ФАКТОРЫ, КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Дәрілік препараттар

Витаминді-минералды кешендерден басқа кез-келген дәрілік препарат Сіздің болашақ

балаңызға әсерін тигізеді. Сондықтан Сіз өзіңіздің дәрігер жазып бермеген препараттарды

(бұл бас ауырған кездегі қабылдайтын аспирирге де қатысты) қабылдамауыңыз керек.

Алкоголь

Жүктілік негізінде және баланы емізген алкоголь ішімдіктерін және құрамында

алкоголь бар кез-келген сусындарды ішуден бас тартыңыз. Жүктілік кезінде алкогольді

пайдалану кездейсоқ түсік тастауға және баланың даму кемістіктеріне, сондай-ақ жаңа

туған нәресте салмағының азаюына әкеліп соғады.

Темекі шегу

Жүктілік кезінде темекі шегу өте қауіпті. Ол мерзімінен бұрын босанудың, кездейсоқ түсік тастаудың және басқа да асқынулардың себебі болуы мүмкін.

Темекі

шегушінің балалары респираторлық аурулармен жиі ауырғыш келеді.

Егер Сіз темекіні көп шегетін болсаңыз, бұл жағымсыз әдетті жүктіліктің 4-аптасының басына дейін міндетті түрде тастау керек.

Лекарственные препараты

Любой лекарственный препарат, кроме витаминно - минеральных комплексов , оказывает

влияние на Вашего будущего ребенка. Именно поэтому Вы не должны принимать препараты, не

предписанные Вашим врачом (это касается даже аспирина, применяемого при головной боли).

Алкоголь

Во время беременности и кормления грудью избегайте алкогольных напитков и любых

препаратов, содержащих алкоголь. Злоупотребление алкоголем во время беременности

приводит к риску спонтанного выкидыша и возникновению пороков развития ребенка, а также

к снижению массы новорожденного.

Курение

Во время беременности курение очень опасно. Оно может стать причиной преждевременных родов, спонтанного выкидыша и других осложнений. Дети курильщиков более

чувствительны к респираторным заболеваниям.

Если Вы заядлая курильщица, обязательно оставьте эту вредную привычку хотя бы до

начала 4-го месяца беременности.

ЖАҒЫМСЫЗДЫҚ ЖАҒДАЙЛАРЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ ЯВЛЕНИЯ ДИСКОМФОРТА И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Жүрек айну және құсу

Көбінесе жүрек айну мен құсу жүктіліктің 1-айында пайда болады және өте ұзаққа созылмайды. Егер танертен төсектен тұрардың алдында аз ғана жүгері ұлпасын немесе құрғақ крекер жесе, онда жеңілдейді.

Күніне аз-аздан 5 рет тамақтаныңыз – сұйықты ас қабылдау кезінде емес, ас қабылдау арасында ішіңіз. Майлы және ащы тамақтан бас тартыңыз.

Үйіңізде ешқандай иістерді болдырауға тырысыңыз. Дәрілерді тек дәрігердің тағайындауы бойынша ғана қабылдаңыз.

Тошнота и рвота

Обычно тошнота и рвота возникают в течение 1-го месяца беременности и продолжаются недолго. Облегчение наступает, если утром до подъема с постели съесть немного кукурузных хлопьев или сухой крекер.

Ешьте 5 раз в день понемногу- Жидкость пейте между приемами пищи, а не во время еды. Избегайте жирной и острой пищи.

Старайтесь, чтобы в Вашем доме не было никаких запахов. Принимайте лекарства только по назначению врача.

Қыжылдау

Ол көбінесе астан кейін, демалу кезінде немесе ұйықтаған кезде пайда болады. Бұл жағдайды жеңілдету

үшін асты күніне 5 рет кішкене ғана порциялармен қабылдау керек, майлы, ащы немесе астың қорытылуына зиян келтіретін тамақтан бас тартқан жөн.

Ұйықтаған кезде жату қалпыңызды өзгертуге тырысыңыз. Сізге басыңыздың астына биіктеу жастық салып жату да көмектеседі.

Изжога

Обычно она возникает после еды, во время отдыха или сна. Чтобы облегчить это состояние, следует принимать пищу 5 раз в день небольшими порциями, избегая жирной, острой или нарушающей пищеварение пищи.

Пытайтесь менять свое положение во время сна. Вам поможет и приподнятое подушками положение головы

ДҰРЫС ТАМАҚТАНЫҢЫЗ ПИТАЙТЕСЬ ПРАВИЛЬНО

Жүктілік кезінде Сіздің ағзаңыз өсіп келе жатқан ұрықтың қажеттіліктерін толықтыру үшін көп жұғымды заттарды қажет етеді. Сіз және сіздің болашақ балаңызға үнемі нәруыздар, көмірсулар, майлар, клетчатка, минералдар мен витаминдер пайдалануды қажет етеді.

Толыққанды тамақтану және теңестірілген витаминдер мен минералдардың қажетті мөлшерін алу үшін Сіз күнделікті тамақ өнімдерінің төрт негізгі тобын алуыңыз керек: сүт және сүт өнімдерін, нәруыздар, нан және дәндер, жемістер және көкөністер, 6 – 8 стакан сұйықтық ішуге, поливитаминді кешендер

кабылдау. Дұрыс тамақтану жүкті әйелдің денсаулығына жағымды әсер етеді және баланың жақсы өсуі мен жатырда дамуы үшін қажетті жұғымды элементтерді береді.

Негізгі қағида: тамақ әр түрлі болуы керек, көбінесе табиғи мол болып, жасанды түрде қайта өңделген өнімдер неғұрлым аз болуы керек.

Жүктіліктің бірінші үшайлығында көп көкөністерді, жемістерді, сусындар мен көкшөптерді қамтитын тамақтану режимін сақтау керек. Дәні бұзылмаған жармаларды пайдалану керек.

Жүктіліктің екінші үшайлығы ең жайлы мерзім болып табылады. Осы кезде ас салыстармалы түрде құнарлы болуы мүмкін. Ас мәзірінде жемістер, көкөністер, көкшөптер ғана емес, сондай-ақ ет, сүт өнімдері, жаңғақтар, жұмыртқалар, бұршақ тұқымдастары болуы мүмкін. Бұл кезде ұн өнімдері де қажет: қара нан, кебектер және тазартылмаған күріш қосылған нан.

Жүктіліктің үшінші үшайлығы – бала үшін ең маңызды кезең. Осы мерзімде калорияс аз тамақ болуы керек. Майлы және ұн өнімдерін, кондитер бұйымдарын пайдаланудан алып тастау керек немесе шектеу керек. Әсіресе бұл артық салмағы бар әйелдерге қатысты.

Босану кезінде майлы тіндер емес, бұлшық еттер қызмет етеді.

Жүктіліктің соңғы айларында етті пайдалануды шектеу қажет, бұл тіндердің созылмалылығын арттырады да, ол жыртылудың алдын алады және босану кезінде ауырсынуды азайтады.

Жүктіліктің бірінші мерзімінде тамақтану режимі әдеттегідей, күніне 4 рет болуы мүмкін. Екінші мерзімде жүкті әйел күніне 5 – 6 рет тамақтануы керек. Алайда қыжылдау (асқазанда қызу), кекіру немесе іштің кебуі сияқты жағымсыз жағдайлар болмау үшін порциялары өте үлкен болмауы керек.

Во время беременности Ваш организм требует больше питательных веществ, чтобы удовлетворить Ваши потребности растущего плода. Вы и Ваш будущий ребенок постоянно нуждаетесь в белках, углеводах, жирах, клетчатке, витаминах и минералах.

Чтобы получить полноценное питание и сбалансированное количество витаминов и минералов, Вы должны ежедневно получать *четыре основные группы пищевых продуктов*: молоко и молочные продукты, мясо, цельнозерновые (горох, фасоль, кукуруза), хлеб грубого помола и крупы, фрукты и овощи, выпивать 6-8 стаканов жидкости, принимать поливитаминные комплексы. Правильное питание благоприятствует здоровью беременной и поставляет питательные элементы, необходимые ребенку для хорошего роста и внутриматочного развития.

Основной принцип: питание должно быть разнообразным, максимально натуральным и содержать минимальное количество искусственно переработанных продуктов.

В *первый триместр беременности* рекомендуется соблюдать режим питания, включающий много овощей, фруктов, соков и зелени. Необходимо использовать цельные крупы.

Второй триместр беременности считается самым спокойным периодом. В это время пища может быть относительно калорийной. В меню должны быть включены не только фрукты, овощи, зелень, крупы, но также мясо, молочные продукты, орехи, яйца, бобовые. Мучные продукты также необходимы: черный хлеб, хлеб с отрубями и неочищенным рисом.

Третий период беременности - очень важный период для ребенка. В этот период пища должна быть малокалорийной. Следует исключить или ограничить потребление жирных и мучных продуктов, кондитерских изделий. Особенно это важно для беременных женщин с лишними килограммами.

В родах участвуют мышцы, а не жировая ткань.

Следует ограничить потребление мяса в последние месяцы беременности: это повысит эластичность тканей, что послужит хорошей профилактикой разрывов и уменьшит болевые ощущения во время родов.

В первый период беременности режим питания может остаться обычным, 4 раза в день. Во второй период беременная женщина должна питаться 5-6 раз в день. Но порции должны быть не слишком большими, чтобы избежать таких неприятных ощущений, как: изжога (жжение в желудке), отрыжка или вздутие живота.

КҮНДЕЛҚТІ РАЦИОНДЫ ЖАСАУ КЕЗІНДЕ "ТАМАҚТАНУ ПИРАМИДАСЫН" БАСШЫЛЫҚҚА АЛУ ҚАЖЕТ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ЕЖЕДНЕВНОГО РАЦИОНА НЕОБХОДИМО РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ "ПИРАМИДОЙ ПИТАНИЯ"

- Тағамыңыздың құрылымы пирамида ретінде болуы керек: негізгі бөлігі " базисі" қатты бидай наны, дәнді дақылдар, жарма ботқалары мен макарон бұйымдарынан тұрады. Сізге осы тағамдарды басқаларға қарағанда көбірек жеу керек. Жеміс-жидектер қажетті тамақтанудың екінші орынды алады. Үшінші, сүт тағамдарын, сондай-ақ ет, бұршақ жұмыртқалары мен жаңғақтарды пайдалану керек. Пирамиданың басында майлар мен тәттілер орналасқан, оларды ең төмен мөлшерде қабылдау керек. Егер Сізде дұрыс тамақтануға қатысты сұрақтар болса , дәрігердің көмегіне жүгініңіз.

- По структуре Ваше питание должно напоминать пирамиду: наиболее широкая часть, "базис", состоит из хлеба грубого помола, зерновых культур, крупчатых каш и макаронных изделий. Вам следует есть этих продуктов больше, чем каких-либо других. Фрукты и овощи образуют вторую по величине группу необходимых продуктов питания. Третью, еще меньшую группу составляют молочные продукты, а также мясо, бобовые яйца и орехи. На верхушке пирамиды находятся жиры, масла и сладости, которые рекомендуется есть в минимальных количествах. Если у Вас возникают какие-либо вопросы относительно здорового питания, обратитесь за помощью к врачу.



Майлар, тәттілер
Жиры, сладкое
Сыыр еті, тауык еті,
жидектер, балық,
сүт өнімдері – күніне 2-3 рет
Говядина, куриное мясо,
рыба, ягоды, молочные продукты –
2-3 раза в день

Жемістер – күніне 2-4 рет
Көкөністер - күніне 3-5 рет
Фрукты – 2-4 раза в день
Овощи – 3-5 раз в день
Нан, жармалар, күріш,
ұн өнімдері – күніне 5 рет
Жаңадан дайындалған
шырындар – шектеусіз
Свежие соки – без ограничений

ЖЕКЕ ГИГИЕНА ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА

Тісті күту

Өзіңіздің жүкті екеніңізді білген соң, ұзаққа созбай тіс дәрігеріне барыңыз. Дәрігерге өзіңіздің жүктілігіңіз туралы айтыңыз.

Күн сайын таңертең және ұйықтар алдында тісіңізді тазалаңыз, әрбір ас қабылдағаннан кейін аузыңызды шайыңыз.

Ағзаға тістің сақталуына қажет кальцийдің түсуін қамтамасыз ететін сүт өнімдерін ішіңіз.

Уход за зубами

Узнав, что Вы беременны, безотлагательно нанесите визит к стоматологу. Предупредите врача о своей беременности.

Ежедневно чистите зубы по утрам и перед сном, полощите рот после каждого приема пищи.

Употребляйте в пищу молочные продукты, обеспечивающие поступление в организм кальция, необходимого для сохранения зубов.

Шомылу

Күнделікті ванна немесе душ Сізді сергітеді және көтеріңкі көңіл-күй береді. Шат арасын жақсылап жуыңыз. Жүктіліктің соңғы айларында ванна қабылдау туралы дәрігермен кеңесіңіз.

Купание

Ежедневная ванна или душ освежат Вас и придадут хорошее самочувствие и настроение. Хорошо промывайте область промежности. Проконсультируйтесь с врачом относительно приема ванн в течение последнего месяца беременности.

Киім және аяқ киім

Сіздің киіміңіз кең болуы және қозғалысыңызға кедергі болмауы керек. Аяқ киім ыңғайлы және функциялы болуы тиіс.

Одежда и обувь

Ваша одежда должна быть свободной и не стеснять движений. Одежда должна быть из натуральных, в основном, хлопчатобумажных тканей. Одеваться надо тепло, соответственно погоде. Обувь должна быть удобной и функциональной, желательно из натуральных материалов.

Жұмыс

Егер Сіздің қызметіңіздің түрі ауыр еңбекпен немесе зиянды заттармен байланысты болмаса және егер дәрігер жұмысты жүктілік бойынша демалысқа дейін тоқтату қажет деп санамаса, Сіз оны ресімдегенге дейін еңбек етуді жалғастыра аласыз.

Работа

Если род Вашей деятельности не связан с тяжелым физическим трудом или с контактом с вредными веществами и если врач не сочтет необходимым для Вас прекратить работу до декретного отпуска, Вы можете продолжать трудиться вплоть до его оформления.

Жыныстық қатынастар

Жүктілік мерзімі кезіндегі жыныстық қатынастар, сіздің болашақ балаңызға қандай да бір қауіпсіз, жұбайыңыз екеуіңіз қанша қаласаңыз, сонша жиі болуы мүмкін. Шектеу тек түсік тастау қаупі болған жағдайда ғана болуы мүмкін. Бұл кезде дәрігер Сіздерге жүктіліктің бірінші 3 айында жыныстық қатынастан бас тартуды сұрауы мүмкін. Кейбір дәрігерлер босану мерзіміне дейін бірнеше апта қалған кезде жыныстық қатынасты тоқтатуды талап етуі мүмкін. Бұл мәселені дәрігермен талқылау өте маңызды.

Половые контакты

Сексуальные контакты на протяжении почти всей беременности могут быть столь частыми, как того хотите Вы с мужем, без какого - либо риска для будущего ребенка. Исключение должно быть сделано лишь в случае угрозы выкидыша. В этом случае врач попросит Вас воздержаться от контактов в течение первых 3 месяцев беременности. Некоторые врачи настаивают на прекращении половых контактов за несколько недель до срока родов. Очень важно обсудить этот вопрос с врачом.

СҮТ БЕЗДЕРІН КҮТҮ

УХОД ЗА МОЛОЧНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ.

Егер сіз мықты төсемдері бар бюстгальтер киеңіз - өзіңізді ыңғайлы сезінесіз . Егер сіздің омырауыңыз үлкен болса, ұйықтаған кезде де бюстгальтерді шешпеңіз. Шамамен жүктіліктің ортасында емізіктерден түссіз немесе сарғылт түсті сұйықтық – уыз шығуы мүмкін. Егер уыз қатып қалса, ол сүт бездері сүттің пайда болуына дайындалып жатқанын білдіреді. Егер уыз қатпарланып қатып

қалса, оны жылы сумен жуып кетіріңіз (сабын тітіркендіруі мүмкін). Бюстгальтерге сұйықты бойына сіңіретін мақта тампон салып алыңыз.

Вы почувствуете себя комфортно, если будете носить бюстгальтер с плотными прокладками. Если у Вас большая грудь, не снимайте бюстгальтер во время сна. Примерно в середине беременности из сосков могут выделяться капли бесцветной или желтоватой жидкости - молозиво. Его появление означает, что молочные железы готовятся к появлению молока. Если молозиво засыхает, образуя корочки, удалите их теплой водой (мыло может вызвать раздражение). Кладите в бюстгальтер ватный тампон, который будет впитывать жидкость.

Перзентханада болуға дайындық

Перзентханада болу үшін барлық қажет нәрселерді босанудың болжанып отырған мерзіміне дейін мүмкіндігінше 3-4 күн бұрын дайындаған жөн.

Подготовка к пребыванию в родильном доме

Желательно собрать все необходимое для пребывания в родильном доме за 3-4 дня до предполагаемого срока родов.

ПЕРЗЕНТХАНАҒА ТҮСЕТІНДЕРГЕ АРНАЛҒАН ЖАДНАМА ПАМЯТКА ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ В РОДДОМ

Өзімен бірге әкелетін заттар: жеке куәлік, жүкті және босанатын әйелдің ауыстырмалы – хабарлау картасы, иіс сабын, тіс щеткасы және пастасы, тарақ, шоколад немесе екі алма, тері тапочка, гигиеналық пакеттер. Барлығын целлофан пакетке салу керек. Өзімен бірге бір адам ілестіріп келу керек. Барлық ақша мен бағалы заттарды (сырға, сақина, сағат) үйде қалдырған жөн. Қол-аяқтың тырнақтарын үйден алып, тырнақтардағы лактарды кетіру керек.

Бала үшін: бас киім, нәскилер, қолғаптар, байкадан тігілген көйлектер, памперстер, шалбарлар. Барлық заттарды жуу және үтіктеу керек.

Иметь при себе: удостоверение, обменную карту беременной и родильницы, мыло туалетное, зубную щетку и пасту, расческу, шоколад или два яблока, тапочки кожаные, гигиенические пакеты. Все сложить в целлофановый пакет. Прийти с сопровождающим. Оставить дома деньги и все ценные вещи (серьги, кольца, часы). Дома подстричь ногти на руках и ногах, снять лак с ногтей.

Для ребенка: шапочка, носочки, варежки, распашонки байковые, памперсы, ползунки. Все вещи нужно постирать и погладить.

ЕМШЕКПЕН ҚОРЕКТЕНДІРУ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Әр ана өз баласын емшегімен емізе алады. Емшек сүті Сіздің балаңыз үшін ең жақсы тамақтану болып табылады. Онда жұғымды заттар, витаминдер,

минералдар мен микроэлементтер тиімді үйлестірілген, емшек сүтінің құрамы баланың қажеттілігіне байланысты өзгеруі мүмкін. 4-6 айға дейін тек емшек сүтімен тамақтанған балалар тамақтануына су немесе басқа қандай да бір сусындарды қажет етпейді. Емшек сүтінің құрамында қорғаныш факторлары бар және өзі де стерильді болып, баланы барлық ішек және т.б. аурулардан сақтайды. Емшекпен емізу құрамында мидың дамуына ықпалын тигізетін витаминдер, гормондар, липидтер бар болғандықтан, балалардың нерв-психикалық дамуына жақсы әсер етеді.

Емшекпен емізу анаға да пайдалы, өйткені ол келесі жүктіліктен сақтауға көмектесіп, келешекте мастопатиядан, сүт бездерінің және анабездің обырынан сақтайды.

Емшекпен емізу экономикалық тұрғыдан да отбасы үшін тиімді: сүт әрқашан болады, ол жылы және стерильді, құрғақ ұнтақты сатып алудың және оны дайындаудың қажеті жоқ. Баланы жасы бойынша қосымша тамақтандыруды 4-6 айдан кейін бастаған дұрыс.

Жас нәрестені бірінші рет тамақты анасының уызымен бірге бала бірінші иммундауды алу үшін немесе басқаша айтқанда, жұқпадан қорғау үшін туған соң жарты сағаттан кейін беру керек. Баланы қажеттілігі бойынша тамақтандыру керек: бала емшекті қаншалықты жиі және ұзақ емсе, анасында соншалықты сүті мол болады.

Үйдегі жағымды жағдай, анасының толыққанды демалысы мен тамақтануы, отбасы мүшелерінің көмегі баланы анасының бір жасқа немесе екі жасқа дейін емізуіне көмектеседі.

Толыққанды емшекпен тамақтандыру Сіздің балаңызға дені сау болуына, дене бітімі мен ақыл-есінің дамуына, ал Сізге ана болу бақытын шынайы сезінуге мүмкіндік береді.

Каждая мать может кормить своего ребенка грудью. Грудное молоко является лучшим питанием для Вашего малыша. В нем идеально сбалансированы питательные вещества, витамины, минералы и микроэлементы, более того, состав грудного молока может меняться соответственно потребностям ребенка. Здоровые дети, находящиеся на исключительно грудном вскармливании до 4 - 6 месяцев, не нуждаются в добавке воды или другого питья и питания. Грудное молоко содержит защитные факторы и, само являясь стерильным, надежно защищает младенца от кишечных расстройств, инфекций дыхательных путей и т. д. Грудное вскармливание положительно влияет на нервно-психическое развитие детей из-за содержания в нем витаминов, гормонов, липидов, способствующих развитию головного мозга.

Кормление грудью полезно и для матери, потому что оно служит естественным методом предохранения от следующей беременности, снижает риск заболевания в будущем мастопатией, раком молочной железы и яичников.

Грудное вскармливание выгодно для семьи и с экономической точки зрения: молоко всегда есть, оно теплое и стерильное, нет необходимости покупать и готовить смеси для ребенка. Прикорм ребенка по возрасту следует начинать после 4-6 месяцев.

Первое кормление новорожденного важно провести в первые полчаса после рождения для того, чтобы вместе с молозивом матери ребенок получил первую иммунизацию, или, другими словами, защиту от инфекций. Кормить малыша необходимо по потребности: чем чаще и дольше ребенок будет сосать грудь, тем больше молока будет у матери. Доброжелательная обстановка в доме, полноценный отдых и питание матери, помощь членов семьи помогут матери кормить ребенка только грудью до 4 - 6 месячного возраста, а в дальнейшем, введя прикорм по возрасту, продолжить грудное вскармливание до одного года или двух лет.

Полноценное грудное вскармливание дает возможность Вашему ребенку быть здоровым, развитым физически и интеллектуально, а Вам испытать истинное чувство материнства.

ЖАС НӘРЕСТЕНІҢ ТЕРІСІН КҮТУ УХОД ЗА КОЖЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО

Жас нәрестенің терісін дұрыс күту үшін:

- Балаларды күтуге арналмаған жуғыш заттарды пайдаланбау
 - Жөргектерде несеп, нәжіс жұғындары, жуғыш заттардың қалдықтары сияқты сыртқы тітіркендіргіштердің әсерін азайту
- Теріні таза ұстау, жөргектер мен жаялықтарды жиі ауыстыру

Үнемі ылғалды сорып алатын және үйкелісті азайтатын, сыртқы тітіркендіргіштермен байланыстан қорғайтын "кедергі" кремдерді, балаларға арналған ұнтақтарды пайдалану

- Үйдегі температура мен ылғалдылықты бірқалыпты ұстау кажет.

Для правильного ухода за кожей новорожденных необходимо:

- Не использовать моющие средства, не предназначенные для ухода за детьми ;
- Уменьшить воздействие внешних раздражителей, таких, как моча, фекалии, остаточные пеленках;
- Поддерживать чистоту кожи, чаще менять пеленки и подгузники;

- Постоянно использовать "барьерные" кремы, защищающие кожу от контакта с внешними раздражителями, детские присыпки, поглощающие влагу и снижающие трение;

- Поддерживать в доме нормальную температуру и влажность.

Баланы күтуде балалар гигиенасы құралдарының рөлі

Балалар терісін күту үшін арнайы әзірленген құралдар дұрыс күтуді және болуы мүмкін тері зақымдануының алдын алуды қамтамасыз етуде атқаратын рөлі зор. Олар өздері қандай да бір түрде осы зақымдардың пайда болуына ықпал етпейді. Мұндай жоғары талаптарға тек бала терісінің ерекшеліктерін ескере отырып, технологиялық стандарттар қатаң сақталған сенімді және қауіпсіз компоненттерден жасалған, сапасы қатаң бақылаудан өткен, сондай-ақ арнайы клиникалық сынақтардан өткен құралдар ғана сәйкес келуі мүмкін.

Роль средств детской гигиены в уходе за ребенком

Специально разработанные средства для ухода за детской кожей играют важную роль в обеспечении правильного ухода и профилактики всевозможных кожных нарушений. Естественно, что они не должны сами каким-либо образом способствовать возникновению этих нарушений. Таким высоким требованиям могут соответствовать только средства, разработанные с учетом особенностей детской кожи, произведенные из надежных и безопасных компонентов при строжайшем соблюдении технологических стандартов, прошедшие строжайший контроль качества, а также специальные клинические испытания.

БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢ ГИГИЕНАСЫ ГИГИЕНА ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Сіз перзентханадан үйге оралғанға дейін пәтеріңізде жалпы тазалық жұмысы жүргізілуі керек.

Босанудан кейінгі кезеңде Сіз күндіз демалуыңыз керек, өйткені Сізге баланы күту үшін түнде тұру қажет болады. Сізге қатты шаршауға болмайды, бұл Сіздің денсаулығыңыз және емшек сүтіңіздің нәрлілігіне әсер етеді.

Сіз өз денеңіздің тазалығына мұқият қарауыңыз керек.

Сүт бездерін бірқалыпты ұстау үшін Сізге чашкелері бар бюстгальтер кию керек, ол кеудені қыспай, керісінше көтеріп тұруы тиіс. Бюстгальтерді күн сайын ауыстырып отырған жөн.

Сіздің асыңыздың құрамында нәруыздар, майлар, көмірсулар, витаминдер, минералдар мен микроэлементтер жеткілікті болу керек. Емізетін ананың толыққанды тамақтануы жас нәрестенің толыққанды тамақтануының кепілі

болып табылады. Емізетін ананың арнайы поливитаминдік кешендерді қабылдауы емшек сүтін өмірлік маңызды заттармен байытуға мүмкіндік береді және жас нәрестенің өсуіне ықпал етеді.

Жыныстық қатынастарға босанғаннан кейін екі айдан кейін және дәрігердің тексеруінен кейін рұқсат етіледі. Емшекпен емізу кезінде жүктіліктің басталуы орынсыз, сондықтан Сізге дәрігерден контрацепция және отбасын жоспарлаудың қазіргі заманғы әдітері туралы кеңес алу керек.

Босанудан кейін алғашқы айларда ауыр жұмыстар жасауға болмайды.

Өзін-өзі нашар сезінген жағдайда әйелдер консультациясына немесе емханаға, ал балаңыз ауырған кезде – балалар емханасына хабарласыңыз.

Үйде емдеу шараларын жасамаңыз.

Перед Вашим возвращением из роддома в квартире должна быть проведена генеральная уборка.

В течение послеродового периода Вы должны отдыхать днем, так как ночью Вам приходится вставать для ухода за ребенком. Вам не следует допускать переутомления, это может сказаться на Вашем здоровье и грудном вскармливании.

Вы должны тщательно следить за чистотой Вашего тела.

Для поддержания молочных желез Вам следует носить бюстгальтер с чашечками, он должен приподнимать, но не сдавливать грудь. Бюстгальтер желательно менять ежедневно.

Ваша пища кормящей матери должна содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минералов и микроэлементов. Полноценное питание кормящей матери является залогом полноценного питания новорожденного. Прием кормящей матерью специальных поливитаминовых комплексов позволит обогатить грудное молоко жизненно важными веществами и будет способствовать росту новорожденного.

Половая жизнь разрешается только через два месяца после родов и после осмотра врача. Наступление беременности во время кормления грудью нежелательно, поэтому Вам необходимо получить совет у врача о современных методах контрацепции и планирования семьи.

Выполнение тяжелых работ в первые месяцы после родов недопустимо.

В случае недомоганий немедленно обратитесь за помощью в женскую консультацию или поликлинику, а при заболевании ребенка – в детскую поликлинику.

Не применяйте домашних способов лечения.

**АНАҒА ҚҰТТЫҚТАУЛАР!
ПОЗДРАВЛЕНИЯ МАМЕ!**

Ана болу әйел алдында үлкен ғажайып әрі беймәлім әлемді ашады. Әр жүктілік бірегей және еш нәрсеге қарамастан, осының барлығын көптеген сансыз отбасыларда көптеген рет болса да, әр жүкті әйел мұндай тәжірибені өзінше өткереді.

Жас нәрестенің дүниеге келуі – үлкен қуаныш. Бұл сонымен қатар барлық отбасы үшін сынақтар кезеңі: үйреніп қалған әдеттер өзгереді, жаңа жұмыстар пайда болады. Ата-ана болу – жас нәрестеге деген жауапкершілік қана емес, бұл – зор бақыт.

"Үлгілі ата-ана" болуға тырысыңыздар. Әрбір бала – қайталанбайтын тұлға. Туған сәттен бастап ол – жеке тұлға. Ең бастысы, Сіз және сәбиіңіз бір-біріңізді жан жүрегіңізбен түсініп, жақсы көруіңіз.

Материнство открывает перед женщиной огромный мир – удивительный и незнакомый. Каждая беременность уникальна, и, невзирая на то, что, это случалось великое множество раз в бесчисленных семьях, каждая беременная женщина переживает этот опыт по своему.

Появление новорожденного – большая радость. Это также и период испытаний для всей семьи: меняется привычный уклад жизни, появляются новые заботы. Быть родителями – это не только чрезвычайная ответственность за новорожденного, но и великое счастье.

Стремитесь стать "идеальными родителями". Каждый ребенок неповторим. С момента рождения он – личность. Главное, чтобы Вы и малыш понимали и любили друг друга всем сердцем.

ЖАС НӘРЕСТЕНІҢ ӘКЕСІНЕ! ОТЦУ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА!

Перзентхана жұмыскерлері Сізді өміріңіздегі ең қуанышты сәт – балаңыздың дүниеге келуімен шын жүректен құттықтайды!

Сіздердің қамқор және жанашыр ата-ана болатындарыңызға және баланы мықты және дені сау етіп өсіруге барлық күш-жігеріңізді аямайтындарыңызға сенім мол.

Работники родильного дома от всей души поздравляют Вас с радостным событием в Вашей жизни – рождением ребенка!

Мы уверены, что Вы будете заботливыми и внимательными родителями, сделаете все зависящее от Вас, чтобы вырастить малыша крепким и здоровым.

Приложение 23
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 2

Форма

| | |
|---|---|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 088-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма 088-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907 |

Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы Журнал регистрации и реабилитации инвалидов

| Р/ с № № п/ п | Күні Дата | ТАӘ ФИО | Туған күні, жасы Дата рождения , возраст | Үйінің мекенжайы және телефоны Домашний адрес и телефон | Жұмыс орыны Место работы | Мүге- дектік тобы Группа инва- лидности | Клиникалық диагнозы Клиничес- кий диагноз | Куәландыру үлгісі бастапқы (1) салдарлық (2) Тип освиде- тельств- ования первичное (1) повторное (2) | Қорытынды Заключение Мүгедектік тобы Группа инвалидности (1) Есептен алынған тобы Группа снята (2) Еңбекке жарамсыз парағы ұзартылды Продлен больничный лист (3) | Оңалту Реабилитация Тәуліктік стационар Круглосуточный стационар (1) Емханадағы күндізгі стационар Дневной стационар в поликлинике (2) Амбулатория (3) Санаториялық- курорттық ем Санаторно – курортное лечение (4) Үйдегі стационар Стационар на дому (5) Реконструктивтік хирургия |
|------------------------------|--------------|------------|---|---|-----------------------------------|--|---|---|---|---|
|------------------------------|--------------|------------|---|---|-----------------------------------|--|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|------------------------------|
| | | | | | | | | | | | Реконструктивна хирургия (6) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| <p>Медициналық оналтудың нәтижесі Результат медицинской реабилитации Орындалмаған Неисполнение(1) Аяқталмаған (жартылай) Незавершенное (частичное) (2) Толық Полное(3) Жаксарған Улучшение(4) Сауыққан Выздоровление(5) Нашарлаған Ухудшение (6) Динамикасыз Без динамики (7)</p> | <p>Қайтыс болған мүгедек Умерло инвалидов</p> |
| 12 | 13 |
| | |

Приложение 24
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 2
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| <p>A4 форматы Формат A4</p> | <p>ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО</p> |
| <p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p> | <p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 103/е нысанды медициналық құжаттама</p> |
| <p>Ұйымның атауы Наименование организации</p> | <p>Медицинская документация Форма 103/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907</p> |

ИКСИ ЭКҰ ШАРАСЫН ӨТКІЗУ ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ ЭКО ИКСИ

ТАӘ (ФИО) Жасы (Возраст)..... Бедеулік түрі
(Форма бесплодия)
Цикл күні (День цикла).....
..телефон.....
Стимуляциялау кестесі (Схема стимуляции).....

.....
Стимуляциялау дәрігері (Врач стимуляции)
Стимуляция №.
(№ стимуляции).....
Аспирация № (№ аспирации)

Фолликулдар пункциясы (Пункция фолликулов)

Күні (Дата) Хирург

.....
Фолликулдар саны (Количество фолликулов).....
Уақыты (Время) сағат (час) минут (минута)
ЭмбриологОоциттердің барлық саны (Количество ооцитов
всего).....

Анастезиолог.....
Фолликулдарды жуу (Промывание фолликулов): иә (да) жоқ (нет)
Жуу үшін орта көлемі (Объем среды для промывания) мл.
Пайдаланылатын құралдар (Используемые инструменты):
Вакуумдық сорғышы бар пункциялық жүйелер (Пункционные системы с вакуумным отсосом) Wellace Cook
Шишалар (Флаконы) - Falcon
Ооциттерді іздеуге арналған шыныаяқтар (Чашки для поиска ооцитов) - Falcon
Ооциттерді жууға арналған шыныаяқтар (Чашки для отмывания ооцитов) -Falcon
Ооциттерді жууға арналған орта (Среда для отмывания ооцитов) -
Flushing medium+IVF

Шәуетті өңдеу (Обработка спермы)

Шәует (табиғи, мұздатылған): (Сперма) (нативная, размороженная): **М**
Д № Эякулят, тест, биопсия.

| | Өңдеуге дейін До обработки | Өңдеуден кейін После обработки |
|--|-------------------------------|---|
| Жалпы концентрациясы (млн/мл) (Общая концентрация (млн/мл) | | |
| А және В қозғалмалы сан. концентр (Концентрация подвижных кат. А и В) | | |
| Морфология (норма %) | | |

Жуу ортасы: *Sperm preparation medium* (Среда отмывания: *Sperm preparation medium*)

Центрифугалау: жай немесе градиентте-*Supra sperm* (Центрифугирование: простое или в градиенте- *Supra sperm*)

Қалқып шығу уақыты (Время всплытия) минут

Шәуетті өңдеу эмбриологы (Эмбриолог обработки спермы):.....

.....

ИКСИ-ға арналған микроқұралдар (Микроинструменты для ИКСИ):

Сорғыш (Присоска): Cook Numagen

Инъекциялық ине (Инъекционная игла): Cook Numagen

Ооциттерді ұрықтандыру және егу (Оплодотворение и культивирование ооцитов)

| | | |
|--|---|--|
| Ұрықтандыру ЭКҰ/ИКСИ (Оплодотворение | ооциттер жетілуінің дәрежесі (степень зрелости ооцитов) : M2- | Ұрықтандырылған жасушалардың саны Қосымша хетчинг(ВХ) : иә жоқ 2PN ____ Аномальдық ұрықтандыру ____ ВХ өткізуге көрсетілімдер: Ұрықтанған жоқ _____ - қайталанатын бағдарлама |
|--|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| ЭКО/ИКСИ) | | Сапалы ұрықтардың саны _____ - жас ≥ 37 Бластоцисттердің қалыптасу - ФСГ жоғары деңгейі жиілігі _____ Бөлшектеу жиілігі _____ - ZP ≥ 18 мкм |
| Күні(Дата) 2012 | M1- | Фрагменттерді алып тастау: иә жоқ |
| Уақыты (Время) сағат (час) минут (минута) | GV- Дегенеративтік жасушалар (Денеративные клетки): | Количество оплодотворенных Вспомогательный хетчинг(ВХ): клеток 2PN _____ да нет Аномальное оплодотворение _____ Показания к проведению ВХ: Нет оплодотворения _____ - повторная программа Количество качественных - возраст ≥ 37 эмбрионов _____ Частота формирования бластоцист _____ - высокий уровень ФСГ Частота дробления _____ - ZP ≥ 18 мкм |
| Ұрықтандыру ортасы (Среда оплодотворения) : | | Удаление фрагментов: да нет |
| Ұрықтандыру эмбриологы (Эмбриолог оплодотворения) : | | |

Ұрықтарды егу (Культивирование эмбрионов)

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|
| Ооциттің (эмбрионның) реттік нөмірі (Порядковый номер ооцита (эмбриона) | 0-күн (день) Күні (Дата)..... 2012 жыл (год) Уақыты (Время): сағат (час) минут (минута) Ұрықтандыру ортасы (среда оплодотворения) Эмбриолог: _____ | | | | | |
| | Ооцит жетілуінің сатысы (Стадия зрелости))ооцита | Цитоплазманың аномалиясы (Аномалия цитоплазмы) | P V аномалиясы (Аномалия PV) | P S аномалиясы (Аномалия PS) | Z P аномалиясы (Аномалия ZP) | Нысан аномалиясы (Аномалия формы) |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| | | | | | | |

Ұрықтарды бағалаудың ең жоғарғы баллы – 7. Кез келген аномалия бар болған жағдайда 0,5

балл алынып тасталады. Әр аномалияның барлығы бір рет қана есепке алынады.

Максимальная оценка эмбрионов 7 баллов. При наличии любой аномалии отнимается 0,5

балла. Наличие каждой аномалии учитывается только один раз.

Пациенттің ТАӘ (ФИО пациентки)

Ұрықтарды тасымалдау (Перенос эмбрионов)

Күні (Дата) 2012 жыл (год).....

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

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

Дәрігер (Врач).....

Эмбриолог.....

Мейіргер (Медсестра).....

Тасымалданатын ұрықтардың сипаттамасы - болған жағдайда (бұдан әрі – ҰС)

(Характеристика переносимых эмбрионов – при наличии (далее - ПЭ)

| Даму сатысы (Стадия развития) | ҰС саны Количество ПЭ | ҰС сапасы Качество ПЭ |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Катетер түрі (Тип катетера): ТҰ түрі (селективті/ селективті емес)

Cook, Wellace

Катетерге қайта жинау (Вид ПЭ (селективный/ неселективный))

(Повторный набор в катетер)):

иә (да) жоқ (нет)

Катетерде ұрықтардың тұрып қалуы Түсініктеме (Комментарии).....

(Задержка эмбрионов в катетере):

иә (да) жоқ (нет).

Асқынулар (Осложнения): жоқ (нет),

пулевкалар (пулевки), зонд

Тасымалдау ортасы (Среда

переноса).....

Тасымалдау ортасының көлемі
(Объем среды переноса).....

Ұрықтарды қайта тасымалдау (Повторный перенос эмбрионов)

Себебі (Причина).....

.....

Күні (Дата).....2012 жыл (год)

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

Ұзақтығы (Продолжительность) минут (минута)

Катетердің түрі (Тип катетера).....

.....

Тасымалдау ортасы (Среда переноса).....

.....

Тасымалдау ортасының көлемі (Объем среды переноса).....

.....

Ұрықтарды мұздату және сақтау (Замораживание и хранение эмбрионов)

Күні (Дата) 2012 ж. (г.)

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

Мұздатылды (Заморожено): ОО 2PN 2-4 бл. 6-8 бл. > 8 бл. бластоцист
(бластоциста) морулалар (морула) барлығы (всего)

.....

Сабан саны (Число соломок) _____ Сабан түсі

(Цвет соломки) _____ Таңба (Маркировка) _____

Дюар _____ Контейнер

_____ Шөміш (Ковш) _____

Мұздату эмбриологы (Эмбриолог заморозки)

.....

Қысқартулар/Сокращение: ИКСИ – сперматозоидтың интрацитоплазмалық
инъекциясы (ИКСИ -

Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида)

ЭКҰ - экстракорпоралдық ұрықтандыру (ЭКО - экстракорпоральное
оплодотворение)

(Оплачено донорство) (Подпись) _____

Ұрықтарды криоген консервациялау Күні (Дата) _____ Қолы

(Подпись) _____

(Криоконсервация эмбрионов)

Пункция алдындағы

ЖАДЫНАМА

ПАЦИЕНТКЕ:

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

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

3. Душ қабылдау, қынапқа кіреберістегі шашты қыру қажет.

4. Өзімен бірге халат, шәрке, іш көйлек, шұлық, төсеніш болуы тиіс.

5. **Назар аударыңыз!** Наркоз берілетін болса – емшара қолдану күнінің алдындағы кешінде ғана тамақтану, дәрі-дәрмекті немесе сұйықтықты, оның ішінде су ішу қажет! Таңертең ЕШТЕҢЕ ішуге, жеуге, дәрі-дәрмекті қабылдауға, сағызды шайнауға болмайды! (асқынуларды болдырмау үшін). Пункция жасау күні декоративтік опа-далапты пайдалануға болмайды!

6. Өзімен бірге болуы тиіс: _____

7. Ақы төлеуге: _____

ЖҰБАЙЫНА:

1. 3-5 күн ішінде жыныстық қатынастан тартыну қажет.

2. Пункция жасау күні - сағат _____ келу қажет.

Дәрігер _____ Дәрігер-анестезиолог _____ Пациент _____

Танысу күні _____

ПАМЯТКА

перед пункцией

ПАЦИЕНТКЕ:

8. Ваша пункция назначена на " __ " _____ 20__ г., время _____

9. Сделать инъекцию _____ внутримышечно/подкожно в переднюю стенку живота _____ ед, дата " __ " _____ время _____.

10. Принять душ, побрить волосы при входе во влагалище.

11. Иметь с собой халат, тапочки, ночную рубашку, носки, прокладку.

12. Внимание! Если предполагается наркоз - последний прием пищи, лекарств или жидкости, в том числе воды - накануне вечером! С утра ничего НЕ пить, НЕ принимать пищу, таблетки, НЕ употреблять жевательную резинку! (во избежание осложнений). В день пункции не пользоваться декоративной косметикой!

13. Принести с собой: _____

14. На оплату: _____

СУПРУГУ:

1. Половое воздержание 3-5 дней.

2. Прийти в день пункции к _____ часам.

Врач _____ Врач-анестезиолог _____

Пациент(ка) _____

Дата ознакомления _____

Приложение 25-1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 2
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|---|--|
| Формат А4 | Код организации по ОКПО _____ |
| Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Медицинская документация Форма 103/у-12 Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907 |
| Наименование организации | |

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ № ____

(выдается для предоставления в регистрирующие органы)

Дата выдачи "....." 20 г.

1. ФИО матери

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН _____

2. Адрес (место постоянного жительства матери): Республика
_____ Область/Город республ. значения (ГРЗ)

Район/Город обл.значения (ГОЗ)/Район в ГРЗ

Округ/Поселк.акимат /Район в ГОЗ/Акимат города район.значения

Населенный пункт _____

_____ (город -1,

село – 2) ул. _____ дом № _____ кв. № _____

3. Дата рождения матери: _____ число _____ месяц _____ год.

4. Национальность матери _____

5. Семейное положение матери: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2,

вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5.

6. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее

– 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.

7. Дата родов: _____ час. _____ число _____ месяц _____ год.

8. Место родов: _____ в стационаре - 1, на дому -

2, в др. месте - 3 9. Пол ребенка: мужской - 1, женский - 2

9-1. Ребенок родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни

- 3, при других многоплодных родах - 4

9-2. Ребенок родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переносимый - 3

9-3. Масса ребенка при рождении _____ (грамм), _____ рост (см).

9-4. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений)

10. Ф.И.О. врача (среднего медработника) _____

Печать медицинской организации Подпись медицинского работника, или физического лица, занимающегося выдавшего свидетельство частной медицинской практикой _____

К сведению родителей

В соответствии со ст. 189 Кодекса РК "О браке (супружестве) и семье" регистрация

ребенка в регистрирующих органах обязательна. Заявление о рождении ребенка должно быть

сделано не позднее двух месяцев со дня рождения ребенка.

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ К ФОРМЕ № 103/у-12 № _____

(остается в медицинской организации)

Дата выдачи "....." 20 г.

1. Ф.И.О. матери _____

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН _____

2. Адрес (место постоянного жительства матери): Республика _____

Область/Город республ.значения(ГРЗ) _____

Район/Город обл.значения (ГОЗ)/Район в ГРЗ _____

Округ/Поселк.акимат /Район в ГОЗ/Акимат города район.значения _____

Населенный пункт _____ (город -1, село – 2)

ул. _____ дом № _____ кв. № _____

3. Дата рождения матери: _____ число _____ месяц _____ год.

4. Национальность матери _____

5. Семейное положение матери: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2,

вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5.

6. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее

– 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.

7. Дата родов: _____ час. _____ число _____ месяц _____
год.
8. Место родов: _____

- в стационаре - 1, на дому - 2, в др. месте - 3 (указать)
9. Имя ребенка _____

10. Пол ребенка: мужской - 1, женский - 2
11. Ребенок родился при сроке беременности _____
полных недель
12. Которая по счету беременность _____, роды _____

13. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность
живорождений) _____
14. Ребенок родился при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2,
вторым из двойни -
3, при других многоплодных родах - 4.
15. Масса ребенка при рождении _____ (грамм), _____
_____ рост (см).
16. Оценка по шкале Апгар _____ 1 мин., _____
_____ 5 мин.
17. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация
пуповины - 3,
произвольное сокращение мускулатуры - 4

18. Медицинские факторы риска настоящей беременности:

| | |
|--|----|
| Анемия | 01 |
| Болезни системы кровообращения | 02 |
| болезни органов дыхания | 03 |
| Инфекционные и паразитарные | |
| болезни матери | 04 |
| Гипертензия кардиоваскулярная | 05 |
| Гипертензия почечная | 06 |
| Вызванная беременностью гипертензия | 07 |
| Сахарный диабет | 08 |
| Болезни почек | 09 |
| Гидрамнион (многоводие) | 10 |
| Экстракорпоральное оплодотворение (вспомогательная репродуктивная технология) | 11 |
| Индукцированная беременность (стимуляция) | |

| | |
|--|----|
| овуляции, ЭКО, ВРТ) | 12 |
| Олигогидрамнион | 13 |
| Эклампсия/Преэклампсия тяж. ст. | 14 |
| Кровотечение в ранние сроки беременности | 15 |
| Инфекция мочеполовых путей | 16 |
| Злокачественные новообразования | 17 |
| ВИЧ/СПИД | 18 |
| Сифилис | 19 |
| Недостаточность питания при беременности | 20 |
| Генитальный герпес | 21 |
| Недостаточность плаценты | 22 |
| Rh-сенсibilизация | 23 |
| Крупный плод | 24 |
| Гипотрофия плода | 25 |
| Другие (указать) | 26 |
| Не было | 00 |

19. Прочие факторы риска во время беременности:

| | |
|------------------------------------|----|
| Курение | 01 |
| Употребление психоактивных веществ | 02 |

20. Осложнения родов:

| | |
|---|----|
| Гипертермия во время родов | 01 |
| Предлежание плаценты | 02 |
| Преждевременная отслойка плаценты | 03 |
| Индукцированные роды | 04 |
| Стремительные роды | 05 |
| Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 06 |
| Кровотечение во время родов | 07 |
| Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 08 |
| Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 09 |
| Другие (указать) | 10 |
| Не было | 00 |

21. Акушерские процедуры

| | |
|-------------------------------|----|
| Амниоцентез | 01 |
| Мониторинг плода | 02 |
| Биопсия хориона (кардоцентез) | 03 |

| | |
|------------------|----|
| Ультрасонография | 04 |
| Другие (указать) | 05 |
| Не производили | 00 |

22. Осложнения периода новорожденности:

| | |
|-----------------------------------|----|
| Анемия | 01 |
| Фатальный алкогольный синдром | 02 |
| Синдром мекониевой пробки | 03 |
| Легочная вентиляция до 30 мин. | 04 |
| Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 |
| Другие (указать) | 06 |
| Нет осложнений | 00 |

23. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)

| | |
|---------------------------------|----|
| Анэнцефалия | 01 |
| Спинно-мозговая грыжа | 02 |
| Энцефалоцеле | 03 |
| Гидроцефалия | 04 |
| Расщелина неба | 05 |
| Тотальная расщелина губы | 06 |
| Атрезия пищевода | 07 |
| Атрезия ануса | 08 |
| Эписпадия | 09 |
| Редукционные пороки конечностей | 10 |
| Омфалоцеле | 11 |
| Синдром Дауна | 12 |
| Другие (указать) | 13 |
| Не было | 00 |

24. Социальные факторы

| | |
|---------------------------------|------|
| Мать взята под наблюдение | |
| В первой половине беременности | 01 |
| Во второй половине беременности | 02 |
| Причины поздней явки: | |
| - оплата за мед. услуги | 02.1 |
| - отсутствие работы | 02.2 |
| - отсутствие прописки | 02.3 |
| - по незнанию | 02.4 |
| - по другим причинам | 02.5 |

25. Методы родоразрешения:

| | |
|--|----|
| Естественный путь родоразрешения | 01 |
| Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракции, наложение акушерских щипцов) | 02 |

26. Ф.И.О. медицинского работника, выдавшего свидетельство о рождении _____

_____ **Подпись** _____ **27. Свидетельство получено (кем)** _____
 _____ **Подпись** _____

Приложение 25-2
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 31 июля 2012 года № 514
 Приложение 2
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 23 ноября 2010 года № 907

| Форма | |
|---|--|
| Формат А4 | Код организации по ОКПО _____ |
| Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Медицинская документация Форма 106/у-12 Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907 |
| Наименование организации | |

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ № _____ Дата выдачи " _____ " _____ 20 ____ г. (предварительное, окончательное, взамен предварительного, окончательного № _____)

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____
- (в соответствии с документами, удостоверяющими личность)
- 1-1. ИИН _____
2. Пол: мужской - 1, женский – 2.
3. Дата рождения: _____ число, _____ месяц, _____ год.
4. Дата смерти: _____ число, _____ месяц, _____ год.

5. Для детей, умерших в возрасте до 1 года: доношенный - 1, недоношенный - 2;

масса (вес) при рождении _____ грамм (1), рост _____ см (2), число месяцев и дней жизни (3), по счету _____

ребенок у матери (4), возраст матери _____ (5)

5-1. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3,

произвольное сокращение мускулатуры – 4.

6. Место последнего жительства умершего: Республика _____

Область/ ГРЗ _____

Район/ГОЗ/Район в ГРЗ _____

Округ _____

Юридический адрес _____ (город - 1, село - 2)

Улица _____, дом _____, корпус _____

квартира _____

7. Место смерти:

а) Область/ГРЗ _____

Район/ГОЗ _____

Округ _____

Населенный пункт _____ (город - 1, село - 2)

Улица _____, дом _____, корпус _____ квартира _____

8. Смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3

9. Национальность _____

10. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова -

3, разведена - 4, неизвестно – 5.

11. Образование: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее - 4,
среднее специальное - 5, незаконченное высшее - 6, высшее - 7, неизвестно - 8.

12. Место работы и должность _____

13. Причина смерти: заболевание - 1, несчастный случай вне производства - 2, несчастный

случай на производстве - 3, убийство - 4, самоубийство - 5, не установлено - 6

14. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы:

а) дата травмы (отравления): год _____ месяц _____
_____ число

_____;

б) при несчастных случаях вне производства вид травмы: бытовая - 1, уличная, кроме

дорожно-транспортной - 2, дорожно-транспортная - 3, школьная - 4, спортивная - 5,

прочее - 6;

в) место и обстоятельства, при которых произошла травма, отравление (указать подробно)

15. Причина смерти установлена: врачом, только констатировавшим смерть - 1, лечащим

врачом - 2, средним медицинским работником - 3, патологоанатомом - 4,

судебно-медицинским экспертом - 5

16. Я, _____

_____ (фамилия, имя, отчество)

_____ (должность)

удостоверяю, что на основании осмотра трупа - 1, записей в медицинской документации -

2, предшествующего наблюдения - 3, вскрытия - 4 мною определена последовательность

патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая

причина смерти.

| 17. Причина смерти | Код МКБ-10 | Дата (болезни) | |
|--|------------|----------------|------------|
| | | начало | оконча-ние |
| 1) а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти) | | | |
| б) _____ (патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины) | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| в) _____ (основная причина смерти указывается последней) | | | | | | | | | |
| г) _____ (внешние причины при травмах и отравлениях) | | | | | | | | | |

2) Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

18. В случае смерти женщины:

18.1 умерла беременной (независимо от продолжительности и локализации беременности)

18.2 в процессе родов (аборта)

18.3 в течение 42 дней после родов (аборта)

18.4 в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов

19. Наименование организации здравоохранения, выдавшей свидетельство, его адрес

20. Фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника, выдавшего свидетельство

Печать медицинской организации Подпись медицинского работника, или физического лица, занимающегося выдавшего свидетельство частной медицинской практикой _____

* для детей, умерших в возрасте до 1 года, заполняется в отношении матери

-----Линия отреза -----

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ

К ФОРМЕ №106/у-12 № _____ Дата выдачи " _____ "

_____ 20 ____ г.

(предварительное, окончательное, взамен предварительного, окончательного
№ _____)

1. Фамилия, имя, отчество _____

_____ (в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН _____

2. Место постоянного жительства умершего: Республика _____

_____ Область/ ГРЗ _____

_____ Район/ГОЗ/Район в ГРЗ _____

_____ Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/Акимат города районного значения _____

_____ Населенный пункт _____ (город -1, село – 2)

_____ Улица _____ дом № _____ квартира № _____

_____ 3. Дата рождения _____ 4. Дата смерти _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

4. Смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3

Для детей умерших в возрасте до 1 года:

5. Дата рождения: _____ число, _____ месяц, _____ год.

6. Дата смерти: _____ число, _____ месяц, _____ год,
масса (вес) при рождении _____ (грамм), _____ рост (см).

6-1. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3,

произвольное сокращение мускулатуры – 4.

Подпись получателя _____

Приложение 25-3
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 2
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|---|--|
| Формат А4 | Код о ОКПС |
| Министерство здравоохранения РК | Меди Форм Утвер Мини Респу "23 " № 90' |
| Наименование медицинской организации | |
| МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ № _____ (окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____) Дата выдачи "....." 20 г. 1 - Мертворожденный 2 - Умер на 1-й неделе жизни | |
| | 1. Фам |
| | 2. Пол: (подчерк) |
| | 3. Дата час |
| | 4. Дата |
| | 5. Мес: Област Район/ Округ/ значен |
| Место для шифра | Населе |
| 1 | ул. ____ |
| 2 | б) смеж в стац дома - |
| 3 | 6. Фам |

| | | |
|------|--|--|
| 4 | | 7. Числ |
| 5 | | 8. Нац |
| 6 | | 9. Сем браке - Для со Фамил (сведе слов м: |
| 7 | | 10. Ме (мертв Респуб |
| 8 | | Област Район/ Округ/ значен |
| 9 | | Населе ул. ____ |
| 10 | | 11. Об средне незако |
| 11 | | 12.1. М указати |
| 12.1 | | 12.2. Д |
| 12.2 | | 13. Как |
| 13 | | 14. Как |
| 14 | | 15. Пре рожде мертво самопр |
| 15 | | искусс 16. Да Продол недель |
| 16 | | 17. Род др. лип |
| | | 18. Ср |

| | |
|----|--|
| 17 | |
| 18 | |
| 19 | |
| 20 | |
| 21 | |
| 22 | |
| 23 | |
| 24 | |
| 25 | |
| 26 | |
| 27 | |
| 28 | |
| 29 | |
| 30 | |

врачу-
нед. - 2
не обр:

19. Где
СВА, у
облрод

20. Заб
настоя
(указат
.....
.....

21. Заб
береме
основн
.....
.....

22. Осл
(указат
.....
.....

23. Оп
с цель
(указат
.....

24. Реб
родах -
др. мнс
25. Ма

26. Рос

27. Реб
недоно
27-1. К
пульса

28. Реб
мацери

29. См
родово
после р

30. См
заболе
- 3, род

31

31. При

1) а) _____
основы
(плода
(указы

б) _____
другие
(плода

в) _____
основы
(состо
смерти

32.а

г) _____
другие
(состо
ребенк

32.б

д) _____
другие

33

32. При
а) врач
приним
ребенк
судебн
фельди
32. б) _____
медици
наблю

33. Сви
а) наим
.....
б) Фам
медици
.....
.....
Печать

фамили

34. Удс

35. Под

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА

О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ К ФОРМЕ №106-2/у-12е

№ _____

(окончательное, предварительное, взамен предварительного № ____)

Дата выдачи " ____ " _____ 20 __ г.

Наименование медицинской организации

Мертворожденный - 1, умер на 1-й неделе жизни - 2 (подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество матери

.....

2. Дата рождения матери: число, месяц, год.

3. Национальность матери

4. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно - 5.

5. ФИО мужа

6. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мртворожденного): Республика _____ Область/ ГРЗ _____ Район/ ГОЗ/Район в ГРЗ _____ Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/Акимат города

районного значения _____

Населенный пункт _____ (город -1, село - 2) ул. _____ дом № _____ кв. № _____

7. Место работы матери (если не работает, указать на чьем иждивении находится)

.....

Должность или выполняемая работа.....

8. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее - 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее - 6, высшее - 7, неизвестно - 8.

9. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка

10. Пол: мужской - 1, женский - 2, не определен - 3.

11. Дата рождения (мртворождения): мин., час., число, месяц, год.

12. Дата смерти: мин., час., число, месяц, год.

13. Место смерти (мртворождения): а) республика, область район город - 1, село - 2

б) смерть (мртворождение) произошла: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3 (вписать)

14. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений)

.....

15. Какие по счету роды; беременность

16. Продолжительность настоящей беременности полных недель

17. Из предшествующих беременностей: число закончившихся живорождением - 1, мртворождением - 2, самопроизвольным выкидышем - 3, медицинским абортom - 4,

в том числе по мед. показаниям - 5

18. Последняя из предшествующих беременностей закончилась:

рождением живого ребенка - 1, мртворождением - 2, самопроизвольным выкидышем - 3, медицинским абортom - 5, в том числе по мед. показаниям - 6.

19. Число посещений врача (фельдшера, акушерки)

20. Роды принял: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо – 4.

21. Осложнения родов:

| | |
|---|----|
| гипертермия во время родов | 01 |
| предлежание плаценты | 02 |
| преждевременная отслойка плаценты | 03 |
| неудачная попытка стимуляции родов | 04 |
| стремительные роды | 05 |
| затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 06 |
| гипертензия, вызванная беременностью | 07 |
| кровотечение во время родов | 08 |
| роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 09 |
| роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 10 |
| другие (указать) | 11 |
| не было | 00 |

22. Операции и оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения: не было - 1, были - 2 (указать какие)

.....
.....

23. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, других многоплодных родах – 4.

24. Ребенок (плод) родился: доношенным - 1, недоношенным - 2, переносимым – 3.

25. Ребенок (плод) родился: мертвым - 1, мацерированным - 2, в асфиксии – 3.

26. Масса ребенка (плода) при рождении грамм.

27. Рост ребенка (плода) см.

28. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры – 4.

29. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3, неизвестно – 4.

30. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, род смерти не установлен – 4.

31. Оценка по шкале Апгар: через 1 мин. баллов, через 5 мин. баллов.

32. Медицинские факторы риска

настоящей беременности:

| | |
|--|----|
| Анемия | 01 |
| Болезни системы кровообращения | 02 |
| Болезни органов дыхания | 03 |
| Инфекционные и паразитарные болезни матери | 04 |
| Гипертензия кардиоваскулярная | 05 |
| Гипертензия почечная | 06 |
| Вызванная беременностью гипертензия | 07 |
| Сахарный диабет | 08 |

35. Акушерские процедуры

| | |
|------------------|----|
| Амниоцентез | 01 |
| Мониторинг плода | 02 |
| Стимуляция плода | 03 |
| Ультрасонография | 04 |
| Другие (указать) | 05 |
| Не производили | 00 |

**36. Осложнения периода
новорожденности:**

| | |
|-----------------------------------|----|
| Анемия | 01 |
| Фатальный алкогольный синдром | 02 |
| Синдром мекониевой пробки | 03 |
| Легочная вентиляция до 30 мин. | 04 |

| | | | |
|---|----|---|------|
| Болезни почек | 09 | Легочная вентиляция свыше 30 мин. | 05 |
| Гидрамнион (многоводие) | 10 | Другие (указать) | 06 |
| Олигогидрамнион | 11 | Нет осложнений | 00 |
| Эклампсия | 12 | 37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения) | |
| Кровотечение в ранние сроки беременности | 13 | Анэнцефалия | 01 |
| Инфекция мочеполовых путей | 14 | Спинно-мозговая грыжа | 02 |
| Недостаточность питания при беременности | 15 | Энцефалоцеле | 03 |
| Генитальный герпес | 16 | Гидроцефалия | 04 |
| Недостаточность плаценты | 17 | Расщелина неба | 05 |
| Rh-сенсibilизация | 18 | Тотальная расщелина губы | 06 |
| Крупный плод | 19 | Атрезия пищевода | 07 |
| Гипотрофия плода | 20 | Атрезия ануса | 08 |
| Другие (указать) | 21 | Эписпадия | 09 |
| Не было | 00 | Редукционные пороки конечностей | 10 |
| 33. Прочие факторы риска во время беременности: | | Омфалоцеле | 11 |
| Курение | 01 | Синдром Дауна | 12 |
| Употребление алкоголя | 02 | Другие (указать) | 13 |
| 34. Осложнения родов: | | Не было | 00 |
| Гипертермия во время родов | 01 | 38. Социальные факторы | |
| Предлежание плаценты | 02 | Мать взята под наблюдение | |
| Преждевременная отслойка плаценты | 03 | В первой половине беременности | 01 |
| Стремительные роды | 04 | Во второй половине беременности | 02 |
| Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | 05 | Причины: - оплата за мед. услуги | 02.1 |
| Кровотечение во время родов | 06 | - отсутствие работы | 02.2 |
| Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) | 07 | - отсутствие прописки | 02.3 |
| Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 08 | - по незнанию | 02.4 |
| Другие (указать) | 09 | - по другим причинам | 02.5 |
| Не было | 00 | Не наблюдалась у врача | 03 |
| | | 39. Методы родоразрешения: | |
| | | Естественный путь родоразрешения | 01 |
| | | Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) | 02 |

| 40. Причина перинатальной смерти: | Код МКБ-10 | Дата (болезни) | |
|---|------------|----------------|-----------|
| | | начало | Окончание |
| 1) а) _____ основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание) | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| б) _____ другие заболевания или состояния у ребенка (плода) _____ | <table border="1"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| в) _____ основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода) | <table border="1"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| г) _____ другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода) | <table border="1"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Фамилия, имя, отчество врача (среднего медработника),
 выдавшего свидетельство о смерти

.....

Запись акта о рождении: № от "....." 20 года

Запись акта о смерти: № от "....." 20

года

Наименование регистрирующего органа

.....

Дата "___" _____ 20 г.

Подпись сотрудника регистрирующего органа _____

Приложение 25-4
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 31 июля 2012 года № 514
 Приложение 2-1
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 23 ноября 2010 года № 907

**Методические рекомендации
 по заполнению, выдаче медицинской документации,
 удостоверяющей случаи рождения, смерти, перинатальной смерти**
1. Общие положения

1. Настоящая инструкция разработана в соответствии с Кодексами Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" и "О браке (супружестве) и семье" и определяет единые требования по заполнению и

выдаче форм первичной медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения (форма № 103/у-12), смерти (форма № 106/у-12) и перинатальной смерти (форма № 106-2/у-12).

2. Основные понятия, используемые в настоящей инструкции:

1) роды - полное изгнание или извлечение (экстракция) мертвого или живого плода от матери весом более 500 грамм, независимо от срока беременности, либо при сроке 22 полные недели и выше;

2) физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой - частная медицинская практика физических лиц с медицинским образованием соответствующего профиля при наличии лицензии на занятие медицинской, врачебной и фармацевтической деятельностью, направленной на оказание медицинской помощи и медицинских услуг;

3) медицинская организация – организация здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи;

4) мертворождение (мертворожденный плод) - смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, а также отсутствие после такого отделения признаков жизни (сердцебиения, дыхания, пульсации пуповины или явных произвольных движений мускулатуры);

5) причины смерти - все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы;

6) перинатальный период - начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 гр.) и заканчивается спустя 7 полных дней после рождения;

7) живорождение - полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента;

8) выкидыш - случайная потеря плода до родов, в результате его смерти в сроке до 22-х недель беременности;

9) регистрирующие органы - государственные органы регистрации актов гражданского состояния - отделы регистрации актов гражданского состояния, а в местностях, где таковых нет, - местные исполнительные органы, либо должностные лица аппаратов акимов поселков и сельских округов.

3. Настоящая инструкция обязательна к применению во всех медицинских организациях, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, а также физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

4. Бланки медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, и их корешки брошюруются в отдельные книги свидетельств. В конце книги прописью указывается количество листов. Книги прошнуровываются, скрепляются печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, и хранятся у руководителя медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой.

5. Корешки медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, используемые для составления отчета медицинской организации, подлежат хранению по месту выдачи медицинских свидетельств в течение 5 лет по окончании календарного года, в котором выдано свидетельство, после чего подлежат уничтожению.

6. Нумерация медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, в книгах регистрации свидетельств начинается с первого номера и ведется последовательно в течение года - с первого января по тридцать первое декабря (включительно).

7. Испорченный бланк медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, перечеркивается, делается запись "испорчено" и оставляется в книге бланков. Номер свидетельства, проставленный на испорченном бланке, на следующий бланк не переносится.

8. В случае утери медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, по письменному обращению заявителя оформляется новое врачебное (медицинское) свидетельство в точном соответствии с первоначальным экземпляром (оригиналом) с указанием его номера и даты выдачи с пометкой "дубликат".

9. Все графы бланков заполняются исчерпывающими ответами, без сокращения отдельных слов, чернилами или шариковой пастой четким разборчивым почерком. Помарки и подчистки не допускаются.

Графы, в которых на вопросы даются отрицательные ответы, заполняются словом "нет". При отсутствии необходимых сведений указывается соответственно "не известно", "не установлено" и прочее.

10. Контроль за правильностью заполнения и своевременной выдачей медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и

перинатальной смерти, должны обеспечить руководители медицинских организаций и физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой

11. Контроль за правильностью кодировки причин смерти осуществляется уполномоченными лицами, определенными приказом местных органов государственного управления здравоохранением.

2. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о рождении (форма № 103/у-12)

12. Для регистрации рождения в регистрирующих органах представляется учетная форма первичной медицинской документации № 103/у-12 "Медицинское свидетельство о рождении", удостоверяющая факт рождения.

Регистрации подлежат все случаи рождения живых новорожденных с массой тела 500 грамм и выше и с гестационным сроком 22 недели и выше.

13. Медицинское свидетельство о рождении оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.

14. В случае выкидыша, мертворождения медицинское свидетельство о рождении не оформляется.

15. Медицинское свидетельство о рождении выдается при выписке матери из стационара всеми медицинскими организациями, в которых произошли роды или родильница с ребенком была госпитализирована после родов, независимо от того, имеют ли эти организации акушерские койки или нет, во всех случаях живорождения.

16. В случае рождения ребенка вне медицинской организации медицинское свидетельство о рождении выдается медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, принявшим роды на дому.

17. При многоплодных родах медицинское свидетельство о рождении оформляется на каждого родившегося ребенка в отдельности в порядке их рождения.

18. В случае регистрации рождения найденного, брошенного (отказного) ребенка медицинской организацией оформляется справка о возрасте ребенка и производится регистрация в регистрирующих органах медицинской организацией, в которую помещен ребенок, не позднее семи суток со дня обнаружения, отказа или оставления.

19. Медицинское свидетельство о рождении для регистрации в регистрирующих органах выдается родителям, а в случае отсутствия таковых -

опекунам, усыновителям (удочерителям), попечителям или администрации детского учреждения, в котором ребенок будет находиться на воспитании.

20. Запись о выдаче медицинского свидетельства о рождении с указанием его номера, серии, даты выдачи, регистрирующего органа, где произведена регистрация рождения, номера, и даты записи акта рождения указываются в учетной форме первичной медицинской документации № 097/у "История развития новорожденного".

21. В медицинском свидетельстве о рождении врач или средний медицинский работник делает отметку о дате выдачи медицинского свидетельства о рождении (или дате передачи его в регистрирующий орган, в случае регистрации рождения организацией), указывают наименование медицинской организации, его почтовый адрес, свою фамилию, имя, отчество.

22. Лица, заполняющие медицинское свидетельство о рождении, удостоверяют факт рождения живого ребенка, место рождения (название медицинской организации или указывают, что ребенок родился на дому, в дороге и так далее), дату рождения, пол ребенка, массу тела, рост. Также указываются сведения о матери ребенка: фамилия, имя, отчество (в соответствии с документами, удостоверяющими личность), образование и постоянное место проживания.

23. В корешке делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах медицинского свидетельства о рождении. Кроме того, для проведения более глубокого анализа при создании регистра новорожденных, в корешок вносятся такие сведения о матери, как дата рождения, национальность, место жительства (в соответствии с документами, удостоверяющими личность), семейное положение, которая по счету беременность, роды, срок беременности, при котором произошли роды, а также сведения о ребенке, при каких родах родился (одноплодных, первым или вторым из двойни, при других многоплодных родах), оценка по шкале Апгар, наличие критериев живорождения. Округлением соответствующих кодов отмечаются наличие факторов риска (медицинских и социальных) при беременности, осложнений родов, акушерских процедур, осложнений периода новорожденности.

24. Медицинское свидетельство о рождении заверяется печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой и подписью медицинского работника, оформившего свидетельство.

25. Записи в корешке медицинского свидетельства о рождении должны быть полностью идентичны записям в самом свидетельстве о рождении.

26. Получатель отрывного медицинского свидетельства о рождении расписывается в его получении в корешке свидетельства.

3. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о смерти (форма № 106/у-12)

27. Для регистрации смерти в регистрирующих органах медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, представляется учетная форма первичной медицинской документации № 106/у-12 "Медицинское свидетельство о смерти", удостоверяющая факт смерти.

28. В случаях мертворождения, смерти новорожденного в течение от 0 до 7 суток после рождения оформляется медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

29. Медицинское свидетельство о смерти выдается родственникам умершего или лицам, проживающим вместе с умершим, в случае отсутствия таковых - органам внутренних дел, обнаружившим труп.

30. Медицинское свидетельство о смерти оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.

31. В случае назначения в установленном законодательством порядке судебно-медицинской экспертизы, медицинское свидетельство о смерти оформляется судебно-медицинским экспертом с учетом результатов экспертизы.

32. Медицинское свидетельство о смерти не оформляется заочно, без личной констатации медицинским работником факта смерти.

33. Медицинское свидетельство о смерти выдается врачом (средним медицинским работником) медицинской организации или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, на основании осмотра трупа, записей в медицинской документации, предшествующего наблюдения за больным или результатов вскрытия.

34. В случае смерти в медицинской организации выдача трупа осуществляется после оформления медицинского свидетельства о смерти. В случае, когда захоронение умершего производится медицинской организацией, последнее заполняет медицинское свидетельство о смерти и производит регистрацию в регистрирующих органах в пятидневный срок.

35. В случае проведения патологоанатомического вскрытия медицинское свидетельство о смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия с учетом его результатов.

36. В целях обеспечения достоверности регистрируемых причин смерти и для того, чтобы не задерживать регистрацию смерти в регистрирующих органах и

погребения, медицинские свидетельства о смерти выдаются с отметкой "предварительное", "взамен предварительного", "окончательное" или "взамен окончательного".

37. Медицинское свидетельство о смерти с отметкой "предварительное" выдается в случаях, если для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования, или к моменту выдачи свидетельства род смерти (несчастный случай вне производства или в связи с производством, самоубийство, убийство) не установлен, но в дальнейшем может быть уточнен.

После уточнения причин смерти и рода смерти составляется новое медицинское свидетельство о смерти и с отметкой "взамен предварительного" пересылается медицинской организацией или тем физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, которым выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган не позднее, чем через месяц.

Если было выдано медицинское свидетельство о смерти с пометкой "окончательное", но в дальнейшем выявилась ошибка в записи диагноза, составляется новое медицинское свидетельство о смерти с надписью, сделанной от руки "взамен окончательного" медицинского свидетельства о смерти № " _____ " и направить непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган.

38. Допускается выдача медицинского свидетельства о смерти врачом, установившим смерть, только на основании осмотра трупа, при отсутствии подозрения на насильственную смерть.

В исключительных случаях, связанных с экологическими или техногенными катастрофами (землетрясение, авиационные, транспортные, шахтные и другие травмы с массовыми человеческими жертвами), и по согласованию с проводящими предварительное расследование правоохранительными органами разрешается выдача медицинского свидетельства о смерти судебно-медицинским экспертом на основании наружного осмотра трупа.

39. Руководителем медицинской организации обеспечивается контроль достоверности заполнения медицинских свидетельств о смерти, своевременности их выдачи родственникам умершего, а также регистрации в регистрирующих органах медицинских свидетельств о смерти в случаях захоронения умершего медицинской организацией.

40. Номер и серия свидетельства, дата его выдачи, причина смерти, регистрирующий орган, где произведена регистрация, номер и дата записи акта смерти указываются в соответствующих учетных формах первичной

медицинской документации - №025/у "Медицинская карта амбулаторного больного", №003/у "Медицинская карта стационарного больного", либо № 096/у "История родов".

41. В бланке медицинского свидетельства о смерти указывается его характер путем подчеркивания соответствующего обозначения - "предварительное", "взамен предварительного", "окончательное" или "взамен окончательного".

42. Пункты 1-5 заполняются согласно обозначениям, причем фамилия, имя и отчество заполняется в соответствии документами, удостоверяющими личность.

В пунктах 6-7 сведения о месте жительства и смерти указываются по действующему административно-территориальному делению, а в случаях, когда это не представляется возможным установить, - по ранее существовавшему административно-территориальному делению.

В пункте 8 подчеркивается соответствующее обозначение.

В пункте 9 национальность указывается по документу, удостоверяющему личность, а в случае отсутствия в нем записи о национальности - не указывается.

При регистрации смерти иностранного гражданина кроме национальности указывается название государства, гражданином (подданным) которого он является, а также его гражданство.

Лицам без гражданства национальность указывается с добавлением слов: "лицо без гражданства".

В пунктах 10-11 подчеркивается соответствующее обозначение.

В пункте 12 указывается наименование предприятия, учреждения, организации, где работал умерший, его должность или выполняемая работа;

в отношении военнослужащих - наименование воинской части или учреждения согласно документам, удостоверяющим личность военнослужащего;

в отношении пенсионера указывается "пенсионер" и прежнее основное занятие.

В пунктах 13-15 подчеркиваются соответствующие обозначения.

В пункте 16 указывается фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника, заполняющего медицинское свидетельство о смерти, и далее подчеркиваются соответствующие обозначения.

В пункте 17 обязательно указывается первоначальная причина смерти, код (шифр) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10), рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения и даты начала и окончания болезни (число, месяц, год). В случае травм и отравлений обязательно указывается дополнительно внешние причины смерти и код по МКБ-10.

Записи причины смерти производятся в двух частях пункта 17, по которым отслеживается цепь взаимоувязанных и последовательных причин смерти.

Часть 1 состоит из 4 строк: "а)", "б)", "в)", "г)".

Строка "а)" предназначена для записи и кодировки только одной причины смерти (заболевание, травма или другое патологическое состояние), непосредственно приведшей к смерти.

Строка "б)" предназначена для записи и кодировки промежуточной причины смерти, т.е. промежуточного патологического состояния, приведшего к возникновению непосредственной причины смерти.

Строка "в)" предназначена для записи и кодировки основной (первоначальной) причины смерти, т.е. того заболевания, травмы или состояния, которые явились началом цепи патологических процессов, приведших к смерти.

Строка "г)" предназначена для записи и кодировки внешних причин, приведших к смерти.

Часть 2 предназначена для записи и кодировки прочих важных заболеваний и состояний, способствовавших смерти, но не связанных непосредственно с основной (первоначальной) причиной смерти. Например, объем и дата хирургического вмешательства, срок беременности и прочее.

В случаях смерти от заболеваний для записи причин смерти используются только первые три строки: "а)", "б)" и "в)", а строка "г)" остается свободной.

Кодированию подлежит только основная (первоначальная) причина смерти.

В случаях смерти от травм, отравлений их вид или характер, а также цепь патологических процессов, приведших к смерти, указываются в строках "а)", "б)", "в)" соответственно, а внешняя причина - в строке "г)".

В этом случае кодированию подлежат две строки: одна строка, где указывается основная (первоначальная) причина смерти от травмы, отравления по ее виду или характеру (XIX класс МКБ-10), вторая строка - это всегда строка "г)", где указывается внешняя причина травмы или отравления (XX класс МКБ-10).

Если не удастся установить полностью или частично цепь патологических процессов, приведших к смерти, то запись основной (первоначальной) причины смерти указывается в строке "а)", когда собственно заболевание, травма явились основной (первоначальной) причиной смерти.

Если установлен частичный механизм патологических процессов, приведших к смерти, запись заканчивается в строке "б)".

В каждой строке указывается только один диагноз, а строки заполняются сверху вниз.

Пример 1. 1) а) Гнойный менингит.

б)

в)

г)

2)

При кодировке основной причиной смерти считается "Бактериальный менингит неуточненный" (G00.9).

Пример 2. 1) а) Пневмония.

б) Корь.

в)

г)

2)

При кодировке основной причиной смерти считается "Корь, осложненная пневмонией" (B05.2).

Пример 3. 1) а) Уремия.

б) Атеросклеротический нефросклероз.

в) Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек.

г)

2)

При кодировке основной причиной смерти считается "Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью" (I12.0).

Пример 4. 1) а) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда.

б)

в)

г)

2) Генерализованный атеросклероз.

При кодировке основной причиной смерти считается "Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда" (I21.0).

При кодировке основной причины смерти учитываются все критерии, характерные для каждой частной патологии.

Так, в случае смерти по причине травмы указывается точная локализация, вид или характер травмы. В строках: "а)", "б)", "в)" указывается цепь причин, приведших к смерти, по характеру травмы, а в строке "г" указывается внешняя причина смерти.

Пример 5. 1) а) Травматический отек головного мозга.

б) Закрытый перелом основания черепа.

в)

г) Нападение на улице с применением тупого предмета.

2)

При кодировке основной причиной смерти считается "Перелом основания черепа, закрытый" (S02.10). Одновременно проставляется второй код по внешней причине "Нападение на улице с применением тупого предмета" (Y00.4).

Пример 6. 1) а) Сепсис.

б) Хронический остеомиелит бедренной кости.

в) Последствия перелома правого бедра.

г) Последствия падения с балкона квартиры.

2) Сахарный диабет инсулиннезависимый.

При кодировке основной причиной смерти считается "Последствия перелома бедра" (T93.1) и указывается код в строке "в)". Одновременно указывается второй код внешних причин "Последствия других несчастных случаев" (Y86.9) в строке "г)".

Понятие "последствия" включает состояния, описанные как таковые или как отдаленные проявления, развившиеся через год или более после произошедшего события.

Пример 7. 1) а) Травматический шок.

б) Множественные переломы костей скелета, разрывы внутренних органов.

в)

г) Лицо, находившееся в автобусе и пострадавшее при его столкновении с поездом.

2) Беременность 28 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается "Другие уточненные травмы с вовлечением нескольких областей тела" (T06.8), а по внешней причине "Лицо, находившееся в автобусе и пострадавшее при его столкновении с поездом" (V75.6).

При кодировке основной причины смерти учитываются все критерии, характерные для каждой частной патологии.

Так, в случае смерти по причине травмы указывается точная локализация, вид или характер травмы. В строках: "а)", "б)", "в)" указывается цепь причин, приведших к смерти, по характеру травмы, а в строке "г)" указывается внешняя причина смерти.

В случае смерти беременной, роженицы, родильницы записи производятся следующим образом.

В случае смерти в результате акушерских осложнений беременности, родов или послеродового периода, а также в результате медицинских вмешательств, неправильного ведения родов и прочее, сведения о причине смерти указываются в части 1 в строках "а)", "б)", "в)".

Запись должна четко указывать на связь с беременностью, родами, послеродовым периодом и отражать характерную патологию для каждого периода, в котором наступила смерть. Например: "Угрожающий аборт на 20-ой неделе беременности", "Острая сердечная недостаточность при анестезии во время родов", "Послеродовой сепсис".

Пример 8. 1) а) Кровотечение.

б) Афибриногенемия.

в) Медицинский аборт.

г)

2) Беременность 10 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается "Медицинский аборт, осложнившийся кровотечением" (O04.6).

Пример 9. 1) а) Тромбоэмболия легочной артерии.

б) Тромбоз глубоких вен дородовый.

в)

г)

2) Беременность 32 недели.

При кодировке основной причиной смерти считается "Глубокий флеботромбоз во время беременности" (O22.3).

В случае смерти беременной, роженицы или родильницы от ранее протекавшей болезни или болезни, возникшей в период беременности (сахарный диабет, сердечно-сосудистое заболевание, туберкулез и др.), руководствоваться следующим.

Если болезнь не связана с непосредственной акушерской причиной, но отягощена физиологическим воздействием беременности или отягощается течение беременности, сведения о причине смерти записываются в части 1 в строках "а)", "б)", "в)", но при этом в части 2 производится запись о беременности и ее сроке.

Во всех случаях смерти после родов (в период до 1 года) в части II производится запись: послеродовой период (указать количество дней).

Пример 10. 1) а) Отек легких.

б) Митральный стеноз (ревматический).

в)

г)

2) Беременность 28 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается "Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период" (O99.4).

Пример 11. 1) а) Острая дыхательная недостаточность.

б) Правосторонняя вирусная бронхопневмония.

в) Грипп (вирус не идентифицирован).

г)

2) Беременность 40 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается "Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период" (О99.5).

В пункте 18 подчеркивается соответствующий заголовок.

Материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее разрешения от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в период, превышающий 42 дня после родов, но менее чем 1 год после родов.

В пункте 19-20 указывается наименование медицинской организации или фамилия, имя, отчество физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, выдавших медицинское свидетельство о смерти, их почтовый адрес.

43. Медицинское свидетельство о смерти заверяется круглой печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой и подписью медицинского работника, оформившего свидетельство.

44. Записи в корешке медицинского свидетельства о смерти должны полностью соответствовать аналогичным записям самого свидетельства.

Для детей, умерших до 1 года:

в пункте 5 указывается дата рождения;

в пункте 6 указывается дата смерти, число месяцев и дней жизни;

в пункте 7 указывается место рождения с указанием наименования медицинской организации и его адреса;

в пункте 8 указывается полная фамилия, имя, отчество матери.

45. Получатель отрывного медицинского свидетельства о смерти расписывается в его получении в корешке свидетельства.

4. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-12)

46. Регистрация мертворождения и смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни в регистрирующих органах производится на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-07).

47. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти составляется всеми медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися

частной медицинской практикой, на каждый случай мертворождения или смерти ребенка на первой неделе жизни (от 0 до 7 суток или 168 часов после рождения), с массой тела 500 грамм и более (если масса тела при рождении не известна, при длине тела 25 см и более или гестационном сроке беременности 22 недели и более).

48. Каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, регистрируется в регистрирующих органах не позднее пяти суток с момента мертворождения или наступления смерти новорожденного:

1) медицинской организацией, где произошло мертворождение или наступила смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни;

2) медицинской организацией, медицинским работником которые констатировали мертворождение или смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни, вне медицинской организации;

3) физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, констатировавшим мертворождение или смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни, вне медицинской организации;

4) центром судебной медицины при судебно-медицинской экспертизе.

49. В случае смерти новорожденного в течение 168 часов после родов на основании медицинского свидетельства о рождении новорожденный регистрируется в регистрирующих органах сначала как родившийся, а затем на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти как умерший.

50. Для регистрации мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, в регистрирующие органы представляется учетная форма первичной медицинской документации № 106-2/у-12 "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти", удостоверяющая факт мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.

51. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.

52. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется всеми медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой на каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.

53. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти не оформляется заочно, без личного установления врачом (средним медицинским работником) факта мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.

54. При многоплодных родах медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется на каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, в отдельности.

55. В случае произведения вскрытия в централизованном патологоанатомическом отделении медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия с учетом его результатов

Для регистрации в регистрирующих органах медицинское свидетельство о перинатальной смерти передается в те медицинские организации, откуда доставлены мертворожденные или новорожденные, умершие на первой неделе жизни.

56. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти направляется в регистрирующие органы с отметкой "предварительное", "взамен предварительного", "окончательное" или "взамен окончательного".

57. В случае необходимости получения дополнительных сведений о причинах смерти допускается выдача предварительного медицинского свидетельства о перинатальной смерти с отметкой "предварительное". В последующем оформляется новое свидетельство с дополненными сведениями, которое с отметкой "взамен предварительного" направляется непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, где выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи.

58. В случае выдачи медицинского свидетельства о перинатальной смерти с отметкой "окончательное", но при установлении в дальнейшем дополнительных уточняющих сведений, оформляется новое свидетельство с дополненными сведениями и с отметкой "взамен окончательного" направляется непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, где выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи.

59. Номер и серия медицинского свидетельства о перинатальной смерти, дата его выдачи, причина смерти, регистрирующий орган, где произведена регистрация, номер и дата записи акта перинатальной смерти или рождения указываются в соответствующих учетных формах первичной медицинской документации: в случае мертворождения - №096/у "История родов", в случае перинатальной смерти - №097/у "История развития новорожденного".

60. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия, клинические данные о патологии матери, ребенка (плода) во время беременности и родов берутся из медицинской документации (история родов - ф. № 096/у, история развития новорожденного - ф. № 097/у).

61. Пункты 1-5 заполняются с учетом сведений из истории родов. Указывается ФИО умершего ребенка (мертворожденного), его пол (если пол не определен, указывается пол по желанию родителей), дата и время рождения умершего в перинатальном периоде или мертворождения, дата и время перинатальной смерти (в случае мертворождения - не заполняется). Указывается место смерти ребенка (мертворожденного): адрес (республика, область, район, город, село) и место, где произошла смерть (стационар, дом или другое место).

62. В пунктах 6-12 указываются сведения о матери:

Ф.И.О. матери, год рождения, национальность (в соответствии с документами, удостоверяющими личность). Сведения о семейном положении матери, в отношении состоящих в браке - на основании свидетельства о браке или с ее слов записывается дата заключения брака (регистрации в регистрирующих органах) и указывается фамилия, имя, отчество мужа. При этом путем подчеркивания соответствующего текста: "на основании записей в свидетельстве о браке" или "со слов матери" указывается источник информации. Если мать указанных сведений не сообщает, то следует подчеркнуть "не состоит в браке".

Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного), образование. Указывается место работы матери и ее занятие (должность или выполняемая работа). При заполнении этого пункта следует указать полное название предприятия, учреждения или организации. В том случае, если мать не работает, следует указать источник существования (находится на иждивении мужа, отца и т.д.).

63. В пунктах 13-23 указываются сведения о предыдущих беременностях, о сроках, течении и осложнениях данной беременности и родов.

64. В пунктах 24-30 указываются сведения о ребенке, вносимые из истории родов.

65. Полная и детальная форма записи причины перинатальной смерти необходима для того, чтобы определить истинную причину перинатальной смертности.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти составляется в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и предусматривает запись как причин смерти ребенка (плода), так и патологии со стороны материнского организма, оказавшей неблагоприятное воздействие на плод.

Запись причины смерти ребенка (мертворожденного) производится в пяти разделах пункта 31 и кодировка по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10):

обозначенных буквами от "а" до "д":

в строку "а" вносится основное заболевание или патологическое состояние новорожденного (плода), обусловившее наступление смерти;

в строку "б" - другие заболевания или патологические состояния у ребенка (плода), способствующие наступлению смерти;

в строку "в" - основное заболевание (или состояние матери), которое оказало наиболее выраженное неблагоприятное воздействие на новорожденного (плод);

в строку "г" записываются другие заболевания матери (или состояние матери, последа), которые могли способствовать смерти ребенка (плода);

строка "д" предусмотрена для констатации обстоятельств, которые оказали влияние на наступление смерти, но не могут быть классифицированы как болезнь или патологическое состояние матери или ребенка. В этой строке могут быть записаны операции, оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения.

В строку "а" и "в" записывается только один диагноз. Если установить заболевание (состояние) матери или состояние последа, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка (плод), не представляется возможным, в строках "в" и "г" записывается - "не известны", "не установлены".

При смерти от внешней причины в строке "а" указывается непосредственная причина смерти ребенка, например, переохлаждение, ожог, закупорка дыхательных путей пищей, перелом свода черепа, в строке "в" - обстоятельства, вызвавшие непосредственную причину смерти.

66. Следующие примеры иллюстрируют порядок записи причины перинатальной смерти и отбора их для статистической разработки:

1) Женщина с резус-отрицательной группой крови до беременности страдала ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Во время беременности явлений декомпенсации не наблюдалось. При сроке беременности 12 недель появились антитела, титр которых нарастал. Самопроизвольные роды в 35 недель мертвым плодом. Сердцебиение плода перестало прослушиваться с началом родовой деятельности.

Запись о причине мертворождения:

а) гемолитическая болезнь

б) ---

в) резус-отрицательная кровь у матери с высоким титром антител

г) ревматический порок сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана.

д) ---

Для шифровки отбираются: гемолитическая болезнь, обусловленная резус-несовместимостью. 2) Женщина до наступления беременности страдала мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом. Во время 1-ой

половины беременности было обострение пиелонефрита. При сроке беременности 38 недель повторное обострение пиелонефрита с высокой температурой. На 1-е сутки заболевания констатирована внутриутробная смерть плода. На 2-е сутки - самопроизвольные роды мертвым плодом с массой 2600 грамм. На вскрытии - антенатальная асфиксия на фоне гипотрофии.

Запись о причине мертворождения:

- а) антенатальная асфиксия
- б) внутриутробная гипотрофия
- в) хронический пиелонефрит
- г) почечно-каменная болезнь
- д) ---

Для шифровки отбираются: антенатальная асфиксия, хронический пиелонефрит.

3) Женщина, 21 года, в анамнезе один медицинский аборт. Беременность протекала без осложнений. Размеры таза нормальные. Во 2-ом периоде родов зарегистрирована слабость родовой деятельности, произведена родостимуляция. В связи с начавшей гипоксией плода наложены полостные щипцы. Извлечен мертвый мальчик, рост 53 см, масса 3500 грамм. Меры реанимации эффекта не дали.

На вскрытии: разрыв намета мозжечка, кефалогематома.

Причины перинатальной смерти:

- а) родовая травма
- б) начавшаяся асфиксия
- в) слабость родовой деятельности
- г) ---
- д) родостимуляция, полостные щипцы.

Для шифровки отбираются: родовая травма, слабость родовой деятельности.

4) У женщины с гестозом беременных произведено кесарево сечение в 32 недели беременности в связи с кровотечением из-за предлежания плаценты. Извлеченный ребенок с массой тела 1480 граммов умер через 16 часов. На вскрытии установлена болезнь гиалиновых мембран. В свидетельстве указывается:

- а) болезнь гиалиновых мембран
- б) недоношенность
- в) предлежание плаценты
- г) гестоз беременных
- д) кесарево сечение

При кодировке основной причиной смерти считается "предлежание плаценты

".

67. Записи на корешке медицинского свидетельства о перинатальной смерти должны полностью соответствовать аналогичным записям самого свидетельства. Дополнительно, для более детального анализа причин смерти (мертворождений) при создании регистра новорожденных, в форму вносятся сведения о матери: число посещений врача (фельдшера, акушерки), чем закончились беременности, предшествующие данной, осложнения родов (обвести соответствующие коды в тексте), медицинские и социальные факторы риска настоящей беременности, акушерские процедуры. А также сведения о ребенке: который по счету родившийся ребенок у матери, наличие критериев живорождения, оценка по шкале Апгар, осложнения периода новорожденности, врожденные аномалии. В корешок вносятся номера и даты актов записей о рождении ребенка и его смерти в случае живорождения, и номер и дата актовой записи о смерти в случае мертворождения.

68. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти заверяется печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, и подписью медицинского работника, выдавшего свидетельства. Получатель отрывного медицинского свидетельства о перинатальной смерти расписывается в его получении в корешке свидетельства.

Приложение 26
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 3
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

| Форма | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-2/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма 003-2/ у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

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

(керектісінің астын сызыңыз)

**КАРТА больного дневного стационара (поликлиники, больницы),
стационара на дому
(нужное подчеркнуть)**

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

2. Туған күні (Дата рождения) / ____ / ____ / ____ /
кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

3. Жынысы (Пол): ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Ұлты (Национальность) _____

5. Тұрғыны (Житель): қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

6. ЖСН (ИИН) _____

7. Медициналық тіркеу нөмірі

(Регистрационный медицинский номер)

8. Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства) _____

_____ елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный район)

_____ елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

9. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер

(рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 -

зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7

– жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занят.индивид.трудом), 8- табынушы (служитель

культы), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

10. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ)– 2,

интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид

детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған

адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9;
қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 99. _____

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

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

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

14. Емді бастаған күні (Дата начала лечения) _____ / _____ / _____
кк/аа/жж (дд/мм/гг)

15. Емді аяқтаған (қайтыс болған) күні (Дата окончания лечения (смерти) _____ / _____ / _____
кк/аа/жж (дд/мм/гг)

16. Өткізген күндері (Проведено дней) _____ 17. МЭХ (МЭП) № _____

17. ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

| Тағайындалды (астын сызыңыз) Назначено (подчеркнуть) | Орындалды (күні, қолы) Выполнено (дата, подпись) |
|---|--|
| ЭКГ _____ | _____ |
| Эндоскопиялық зерттеу (Эндоскопическое исследование) | _____ |
| Ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование) | _____ |
| Ро – скопия (графия) _____ | _____ |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| диагноз | | |
| Патологоанатомиялық диагнозы | | |
| Патологоанатомический диагноз | | |

19. Уақытша еңбекке жарамсыздық парағы (Листок временной нетрудоспособности)

(с) _____ бастап (по) _____
дейін

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): cf1 сауығумен (выздоровление) – 1, жақсарумен

(улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс

болу (смерть)-5, стационарға ауыстыру (қай стационарға екенін көрсету)
перевод в

стационар (указать какой)

20 __ жыл (год) " ____ " _____

Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача) _____

Приложение 27
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 3
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| A4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-3/е нысанды медициналық күжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма 001-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Стационарға*, күндізгі стационарға емдеуге жатқызуға
ЖОЛДАМА**

(керектісінің астын сызыңыз)

НАПРАВЛЕНИЕ

на госпитализацию в стационар*, в дневной стационар **

(нужное подчеркнуть)

Код _____

Жіберуші медициналық ұйымының атауы (Наименование направляющей
медицинской

организации)

Жіберілді (Направляется в) _____

МҰ атауы, бөлімше (наименование МО, отделение)

Науқастың ТАӘ (ФИО больного (ой)) _____

Туған күні (Дата рождения) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының № _____

(№ медицинской карты амбулаторного пациента)

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы) _____

Диагнозы _____

АХЖ-10 коды (код по МКБ-10) _____

20 ___ жылы (года) " _____ " _____

Дәрігер (Врач) _____ ТАӘ, дәрігердің коды (ФИО, код врача) _

қолы (подпись)

* Стационарға науқасты жоспарлы емдеуге жатқызуға дербес медициналық
ұйымдардың

жіберуге құқығы бар (на плановую госпитализацию больных в стационар
имеют право

1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (кк/аа/жжжж) (Дата рождения) (дд/мм/гггг) _____ / _____ / _____

3. Жынысы (Пол): 1- ер (муж), 2 – әйел (жен)

4. Мекенжайы (Место жительства) _____

5. Бекітілген тұрғын (Прикрепленный житель): 1 – иә (да), 2 – жоқ (нет).

5.1. Тұрғыны (Житель): 1 – қаланың (города); 2 – ауылдың (села)

5.2. Оралман: 1 – иә (да), 2 – жоқ (нет).

6. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): 1 – бюджет; 2 – ЕМС (ДМС);

3 – ақылы қызмет (платные услуги).

6.1. Сақтандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании) _____

Сақтандыру полисінің № (№ страхового полиса) _____

7. Жеңілдік алушылар категориясы (Категории льготников) 1–ҰОСМ (ИОВ); 2–ҰОСҚ (УВОВ);

3– интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист); 4–бала кезінен мүгедек (инвалид

детства); 5–ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию); 6 – басқа жеңілдік

алушылар (прочие льготники)

8. Қаралу себебі (Повод обращения): ауру (заболевание); профилактикалық тексеріп-қарау

(профилактический осмотр); диспансерлеу (диспансеризация); екпе (прививка);

медициналық-әлеуметтік (медико-социальный); басқалар (прочие); зақым (травма) (тек бір

себепті сызыңыз) (подчеркнуть только один повод);

8.1. Зақым түрі (Вид травмы): 1- Өндіріспен байланысты (Связанная с производством):

өнеркәсіпте, ауыл шаруашылығында, жол-көліктік, басқалар (в промышленности, в сельском

хозяйстве, дорожно-транспортная, прочая); 2- Өндіріспен байланыссыз (Не связанная

с производством): тұрмыстық, көшеде, жол-көліктік, спорттық, мектепте, басқалар

(бытовая, уличная, дорожно-транспортная, спортивная, школьная, прочая);

8.2. Кім жіберді (Кем направлен): 1- ОДА (СВА); 2 – жедел жәрдем (скорой помощью); 3 –

стационар (стационаром); 4 - өздiгiнен (самостоятельно).

9. Келуі (Посещения):

| Күні Дата | Келу * түрі Вид * посещения | Дәрігер коды Код врача | Күні Дата | Келу * түрі Вид * посещения | Дәрігер коды Код врача | Күні Дата | Келу * түрі Вид * посещен | Дәрігер коды Код врача |
|--------------|--------------------------------------|---------------------------------|--------------|--------------------------------------|---------------------------------|--------------|------------------------------------|---------------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

- Е (П) – Емхана (Поликлиника); Ү (Д) – үйінде (на дому); ҮҚ (А) – үйінде карау

(актив на дому); М (Ш) – мектепте (балабақшада) (в школе (детском саду));

- Ұ (О) – ұйымда (в организации); Б - күндізгі стационар (дневном стационаре); ҮС

(С) – үйдегі стационар (в стационаре на дому).

10. Стационарда өткізген төсек-күндері (Проведено дней в стационаре):

күндізгі (дневном) _____ үйіндегі (на дому) _____

| | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------|
| ауруы бойынша (по заболеванию) | АХЖ-10 коды (Код МКБ-10) | Түрі (Тип) 1,2,3*) |
| АХЖ-10 коды (код МКБ-10) _____ | | |
| 11. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) | | |
| | | |
| | | |

*) Диагноздардың әрқайсысы үшін (Для каждого из диагнозов): 1- ушыққан ауру (острое

заболевание); 2 - өмірінде бірінші рет анықталған созылмалы немесе бірінші рет

анықталған (впервые в жизни зарегистрированный хронический или установленный впервые);

3- бұрыннан белгілі созылмалы (известное ранее хроническое).

12. Диспансерлеу (Диспансеризация)

| | | | | |
|--|----------|---------|--|--|
| | 1-алынды | Есептен | | |
|--|----------|---------|--|--|

| Диагнозы | АХЖ-10 коды (Код МКБ-10) | (взят) 2-есепте (состоит) 3- шығарылды (снят) | шығарылу себебі * (Причина снятия с учета *) | Келесі келу күні (Дата следующей явки) | Дәрігер- дің коды (Код врача) |
|----------|-----------------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

*) 1-жазылу (выздоровление); 2-15 жасқа толды (достигнуто 15 лет); 3-басқа жаққа кетті

(выезд); 4-қайтыс болды (смерть)

13. Емшаралар мен талдаулар (орындалған) (Процедуры и анализы (выполненные))

| Маманның коды (Код специалиста) | Аттары Названия | Тарификатор бойынша коды (Код по тарификатору) | Саны (Количество) |
|---------------------------------------|--------------------|---|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

14. Қабылдау кезінде және үйінде дәрігердің жасаған операциялары мен манипуляциялары

Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме и на дому:

| Күні Дата | Атауы Наименование | Операция коды Код операции | Дәрігердің коды Код врача |
|--------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

15. Қаралу нәтижесі (Исход обращения): 1- сау (здоров); 2 – жазылды (выздоровление);

3 - өзгеріссіз (без перемен); 4 – жақсарды (улучшение); 5 – ауруханаға жатқызылды

(госпитализация); 6 – медициналық-әлеуметтік сараптамасына - болған жағдайда (бұдан әрі

– МӘС) жіберілді (направлен на медико-социальную экспертизу – при наличии (далее -

МСЭ); 7 – өлім (смерть); 8 – наукастың бас тартуы (отказ больного); 9- басқа жаққа

кетуі (выезд); 10 – егілді (привит); 11 – басқалар (прочие); 12 – Емханалық каралу

оқиғасы - болған жағдайда (бұдан әрі – ЕҚО) жалғасуы (продолжение случая поликлинического обращения – при наличии (далее - СПО); 13 – КДЕ (КДО) жолданды

(направлен в КДП (КДЦ).

16. ЕҚО (СПО): 1 – аяқталды (завершен); 2 - аяқталмады (не завершен)

17. Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) _____

Код _____ Қолы (Подпись) _____

18. ЕҚО аяқталған күн (Дата завершения СПО) _____ жылғы (год) " _____ " _____

Приложение 29
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 3
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А5 форматы Формат А5 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-8/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма 025-8/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Амбулаториялық картаның № (№ амбулаторной карты) _____
учаске № (№ участка) _____

Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) үшін АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ПАЦИЕНТТІҢ КАРТАСЫ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА для профилактического медицинского осмотра (скрининга)

1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) /__/__/__/__/__/__/__/__/__/ ж. (г.)

3. Туған жері (Место рождения) _____

4. Жынысы (Пол): 1- ер (муж); 2 – әйел (жен) 5. Ұлты (Национальность) _____

6. ЖСН (ИИН) |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

7. Медициналық тіркеу нөмірі (МТН)

(Регистрационный медицинский номер (РМН)

|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

8. Тұрғыны (Житель): 1 – қаланың (города); 2 – ауылдың (села)

8.1. Оралман: 1 – иә (да), 2 – жоқ (нет).

9. Тұрғылықты жері (Место жительства): облыс (область) _____
_ қала (город)

_____ аудан (район) _____ елді мекен –
кент, ауыл
(населенный пункт - поселок, село) _____

10. Бұл жерде қай уақыттан бері тұрады (С какого времени проживает в данной местности)

_____ (жылын көрсетіңіз) (указать год)

11. Бекітілген медициналық мекеме (Медицинская организация прикрепления)
) _____

12. Бойы (Рост) _____ (см) 12.1 Салмағы (Вес) _____ (кг) 12.2. Кетле
индексі

(Индекс Кетле) _____ (автоматты түрде есептеледі) (подсчитывается
автоматически)

13. Әйелдер туралы мәліметтер (Сведения о женщинах): Сізде байланысты
қан кетулер

бола ма (Бывают ли у Вас контактные кровотечения) 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да)

14. Темекі шегу (Курение): күніне кемінде 1 шылым тартасыз ба (хотя бы
одну сигарету в

день) 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да)

15. Алкогольдік ішімдіктерді қолдану (Употребление алкогольных напитков)
35-65 жастағы

ерлер (мужчины 35-65 лет): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да) (егер иә болса, бір
аптадағы

тұтыну нұсқасын көрсетіңіз (если да, то указать вариант еженедельного потребления):

сыра (пиво): ішпеймін (не употребляю), 4,0 л дейін (до 4,0 л), 4,0 л астам (более 4,0 л); шарап (вино): ішпеймін (не употребляю); 1,7 л (до 1,7 л), 1,7 л астам

(более 1,7 л); арақ және басқа күшті ішімдіктер (водка и другие крепкие напитки):

ішпеймін (не употребляю), 350 мл дейін (до 350 мл), 350 мл астам (более 350 мл).

21-34 жастағы жастар, әйелдер, 65 жастан асқан адамдар (молодые люди 21-34 лет,

женщины, лица в возрасте старше 65 лет): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да) (иә болса, бір

аптадағы тұтыну нұсқасын көрсетіңіз) (если да, то указать вариант еженедельного

потребления): сыра (пиво): ішпеймін (не употребляю), 2,0 л дейін (до 2,0 л), 2,0 л

астам (более 2,0 л); шарап (вино): ішпеймін (не употребляю); 840 мл дейін (до 840 мл),

840 мл астам (более 840 мл); арақ және басқа күшті ішімдіктер (водка и другие крепкие

напитки): ішпеймін (не употребляю), 175 мл дейін (до 175 мл), 175 мл астам (более 175

мл).

16. Артериялық қан қысымы (Артериальное давление) систоликалық/диастоликалық

(систолическое/диастолическое) 1-сі (1-е) ____/____, 2-сі (2-е) ____/____, орташа

(среднее) ____/____

17. Ата-аналарда жүрек аурулары (гипертония, жүректің ишемиялық ауруы) бар ма (Имеются

ли у родителей болезни сердца (гипертония, ИБС): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да)

18. Сізде жүрек ауруы (гипертония, жүректің ишемиялық ауруы) бар ма (Имеются ли у Вас

болезни сердца (гипертония, ишемическая болезнь сердца): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да)

19. Тыныш отырғанда немесе ашуланғанда (психоэмоционалдық, физикалық салмақ түскенде),

Сіздің кеуденің ауыра ма немесе өзіңізді ауыр сезінесіз бе, ал ондай күй өткеннен кейін

10 минутта ауырғаны қойса немесе жүрек ырғағында ауытқулар бола ма (Появляется ли у Вас

боль или другие неприятные ощущения за грудиной в покое или при нагрузке (психоэмоциональная, физическая), проходящие при ее отмене в течение до 10 минут или

перебои в ритме сердца): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да)

20. Сіздің басыңыз ауыра ма (Отмечаются ли у Вас головные боли): 1 – жоқ (нет); 2 – иә

(да)

21. Сізде артериялық қан қысымы көтерілуі байқала ма (Отмечается ли у Вас повышение

артериального давления): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да)

22. Профилактикалық медициналық тексеріп-қараудың нәтижелері (Результаты

профилактического медицинского осмотра):

22.1 – Дені сау (Здоров(-а);

22.2 – Қауіп тобы (Группа риска); 22.3 – Бұрын анықталған созылмалы аурулар (Ранее

установленные хронические заболевания):

_____ АХЖ-10 шифры
(шифр МКБ-10)_____

_____ АХЖ-10 шифры
(шифр МКБ-10)_____

_____ АХЖ-10 шифры
(шифр МКБ-10)_____

23. Дәрігерге жіберілді (Направлен к врачу): педиатрға ; терапевтке ; хирургқа ;

невропатологке ; оториноларингологқа ; кардиоревматологқа ; кардиологқа ; гастроэнтерологке ; нефрологқа ; окулистке ; аллергологқа ; гематологқа ; гинекологқа ; дерматовенерологқа ; онкологқа ; эндокринологқа ; урологқа ; стоматологқа; және басқа (прочие) .

24. Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау өткізілген күн (Дата проведения

профилактического медицинского осмотра): _____ жылғы (год)_____

25. Профилактикалық медициналық тексеріп-қарауды өткізген тұлғаның ТАӘ (ФИО лица,

проводившего профилактический медицинский осмотр) _____

26. Қанайналым жүйесінің ауруларын анықтау мақсатында өткізілген зерттеулердің

нәтижелері (Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения)

26.1 Электрокардиограмма - болған жағдайда (бұдан әрі – ЭКГ) (электрокардиограмма – при

наличии (далее - ЭКГ): 1 – қалыпты (норма), 2 – патология

26.2 Холестерин деңгейі (уровень холестерина): 1. <5,2 ммоль/л, 2. >5,2 ммоль/л,

26.3 Триглицеридтер деңгейі (уровень триглицеридов) 1. =0,5-2,1ммоль/л, 2.>2,1ммоль/л,

26.4 Глюкоза (35 жастан асқан тұлғалар үшін) (для лиц старше 35 лет) 1 =3,88-5,55

ммоль/л, 2. >5,55 ммоль/л,

27. Әйелдерді тексерудің нәтижелері (Результаты обследования женщин):

27.1 Сүртінділердің цитологиялық зерттеуі, 35, 40, 45, 50, 55 және 60 жас

(Цитологическое исследование мазков, 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет): 1 - қалыпты (норма);

2 - LSIL (CIN); ASC-US; 3 - HSIL (CIN II, CIN III), ASC-H, AGC, AIS; 4 - инвазивтік

обыр (инвазивный рак).

27.2 Маммография (50, 52, 54, 55, 56, 58 және 60 жас) (50, 52, 54, 55, 56, 58 и 60

лет): 1 – патология жоқ (без патологии); 2 – сүт безінің қатерсіз ауруы

(доброкачественные заболевания молочной железы); 3 –1 см дейін ісік түйінімен сүт безі

обыры (рак молочной железы с опухолевым узлом до 1 см); 4 – сүт безі обыры 1 см астам

ісік түйінімен (рак молочной железы с опухолевым узлом более 1 см); 5 – ісік түйінісіз

сүт безі обыры (рак молочной железы без тени узла); 6 – сүт безі обырының ісіктік-инфильтративтік түрі (отечно-инфильтративная форма рака молочной железы)

27.3 Кольпоскопия (35, 40, 45, 50, 55 және 60 жас) (35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет): 1 –

өткізілді (проведена), 2 – өткізілмеді (не проведена)

28. Бекітілген тұрғын (Прикрепленный житель): 1 – жоқ (нет); 2 – иә (да)

29. Қаралулар (Посещения):

| Күні (Дата) | Қаралу * түрі (Вид * посеще- ния) | Дә- рігер коды (Код вра- ча) | Күні (Дата) | Қаралу* түрі (Вид * посе- щения) | Дәрі- гер коды (Код вра- ча) | Күні (Дата) | Қаралу* түрі (Вид * посеще- ния) | Дә- рі- гер коды (Код вра- ча) | Күні (Дата) | Қаралу* түрі (Вид * посеще- ния) | Дәрі- гер коды (Код врача) |
|----------------|--|---|----------------|--|---|----------------|--|--|----------------|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

*МСАК (ПМСП); Ү (Д) – үйінде (на дому); ҮҚ (А) – үйінде қарау (актив на дому); М (Ш) –

мектепте (бала бақшада) (в школе (детском саду)); Ұ (О) – ұйымда (в организации); Б -

күндізгі стационарда (дневном стационаре); ҮС (С) – үйдегі стационарда (в стационаре на дому).

30. Консультациялар мен тексеру түрлері (консультации и виды обследования)

| Кабинеттің № № кабинета | Бөлімше Отделение | Зерттеу коды Код исследования |
|----------------------------|---|----------------------------------|
| | Жалпы клиникалық зерттеулер Общеклинические исследования | |
| | Биохимиялық зерттеулер Биохимические исследования | |
| | Флюорография | |
| | Маммография | |
| | ЭКГ | |
| | Көз түбінің тонометриясы Тонометрия глазного дна | |
| | Сүртінділердің цитологиясы Цитология мазков | |
| | Ультрадыбыстық диагностика Ультразвуковая диагностика | |
| | Рентгендиагностика | |
| | Кольпоскопия | |
| | Дәрігер-консультант Врач-консультант | |
| | Дәрігер-консультант Врач-консультант | |
| | | |

| | | |
|--|---|--|
| | Дәрігер-консультант Врач-консультант | |
| | Дәрігер-консультант Врач-консультант | |
| | Дәрігер-консультант Врач-консультант | |
| | Дәрігер-консультант Врач-консультант | |
| | Дәрігер-консультант Врач-консультант | |
| | Дәрігер-консультант Врач-консультант | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 31. Қорытынды диагноз және/немесе мінез-құлықтық қауіп факторы (Заключительный диагноз и/или поведенческий фактор риска) | АХЖ -10 коды (Код МКБ- 10) | Диагноз типi (Тип диаг- ноза) (1,2, 3*) | Дә- рігер коды (Код вра- ча) |
| | | | |
| | | | |

*) Әрбір диагноз үшін (Для каждого из диагнозов): 1 – ушыққан ауру (острое заболевание); 2 – өмірде бірінші рет тіркелген созылмалы ауру немесе бірінші рет

анықталған диагноз, мінез-құлықтық қауіп факторы (впервые в жизни зарегистрированный

хронический или установленный впервые диагноз, поведенческий фактор риска); 3 –

бұрыннан белгілі созылмалы ауру немесе мінез-құлықтық қауіп факторы (известное ранее

хроническое заболевание или поведенческий фактор риска)

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

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------|--|---|--|---|--|--|--------------------------|
| Есепке алынған күн (Дата взятия на | Аурудың диагнозы, қауіп факторы (Диагноз заболевания, | АХЖ-10 коды (Код МКБ-10) | 1 - алынды (взят) 2 - тұр (сос-тоит) 3 - шыға- | Диспансерлік топ (Диспансерная группа) (1,2,3А, | Келесі келу күні (Дата следующей явки) | Денсаулық жағдайы (Состояние здоровья) *) | Сауықтыру өткізілген орын (Место проведения оздоров- | Есептен шығарылу себебі (Причина снятия с учета) | Дәрігер коды (Код врача) |
|------------------------------------|---|--------------------------|--|---|--|---|--|--|--------------------------|

| | | | | | | | | | |
|-------|------------------|--|-----------------|--------|--|--|---------------|------|--|
| учет) | фактор риска) | | рылды (снят) | ЗБ,ЗВ) | | | ления) **) | ***) | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

*) 1 – денсаулықтың жоғарғы тобына ауысу (переход в группу с более высоким уровнем

здоровья); 2 – өзгеріссіз (без изменений); 3 – нашарлауы (ухудшение); 4 – түрленуші

қауіп факторларын жою (устранение модифицируемых факторов риска); 5 – жедел

респираторлық вирустық аурулар жиілігін төмендету (снижение частоты острых

респираторных вирусных заболеваний); 6 – созылмалы аурулардың күшею жиілігін төмендету

(снижение частоты обострений хронических заболеваний); 7 – тәндік және жыныстық даму

өлшемдерін жақсарту (улучшение параметров физического и полового развития); 8 –

клиникалық айғақтарды жақсарту (улучшение клинических показаний); 9 – мүгедектікке шығу

(выход на инвалидность).

***) 1 – амбулаториялық-емханалық ұйымдар (амбулаторно-поликлиническая организация); 2 –

стационар; 3 – санаторийлік-курорттық ұйым (санаторно-курортная организация); 4 – жазғы

сауықтыру лагері (летний оздоровительный лагерь), 5 – басқа орындар (прочих местах).

***) 1 – сауығу (выздоровление); 2 – 15 жасқа жетті (достигнуто 15 лет); 3 – кетіп

қалды (выехал); 4 – өлім (смерть); 5 – 18 жасқа жетті (достигнуто 18 лет).

33. Жасалған емшаралар мен талдаулар (Выполненные процедуры и анализы)

| Маман коды (Код специалиста) | Тарификатор бойынша код (Код по тарификатору) | Атаулары (Названия) | Саны (Количество) |
|------------------------------------|--|---------------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

34. Қабылдауда және үйде дәрігер жасаған операциялар, манипуляциялар (Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме и на дому):

| Күні (Дата) | Атауы (Наименование) | Операция коды (Код опера- ции) | Дәрі- гер коды (Код врача) |
|----------------|----------------------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

35. Қаралу немен аяқталды (Исход обращения): 1 – дені сау (здоров); 2 – сауығу (выздоровление); 3 – өзгеріс жоқ (без перемен); 4 – жақсарды (улучшение); 5 – емдеуге жатқызылды (госпитализация); 6 – МССК жіберілді (направлен на МСЭК); 7 – өлім (смерть); 8 – науқас бас тартты (отказ больного); 9 – кетіп қалды (выехал); 10 – егілді (привит); 11 – басқа (прочие); 12 – ЕҚЖ жалғастырылды (продолжение СПО); 13 – КДЕ

жіберілді (направлен в КДП)

36. ЕҚЖ (СПО): 1 – аяқталды (завершен); 2 – аяқталмады (не завершен)

37. Дәрігер, ТАӘ (Врач, ФИО): _____ Коды (Код) _____
Қолы (Подпись)

38. ЕҚЖ аяқталған күн (Дата завершения СПО)

20 _____ жылғы (года) " _____ " _____

Приложение 30
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 3
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|---|--|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 |

| | |
|---|---|
| Министерство здравоохранения Республики Казахстан | жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030-1/е нысанды медициналық ұжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма 030-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Науқасты бақылайтын медициналық ұйым _____

(Медицинская организация, наблюдающая больного)

**"В" және "С" вирусты гепатиттерге тексерілгендер және ауыратын
науқастарды жеке есепке алу картасы**

**Карта индивидуального учета обследованных и больных вирусными
гепатитами "В" и "С"**

№ _____

Шұғыл түрде хабарлама (Экстренное извещение) № _____ 20 ____ жылғы (20 ____
_ года)

" ____ " _____

1. Тегі (Фамилия) _____ Аты (Имя) _____

Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (күні/айы/жылы) (Дата рождения (день/месяц/год) ____ / ____ / ____

3. Жынысы: 1- ер, 2- әйел (Пол: 1- муж, 2- жен).

4. Ұлты (Национальность) _____

5. Документы, удостоверяющие личность: 1 – паспорт, 2 - жеке куәлігі (удостоверение личности), 3 - туу туралы куәлігі (свидетельство о рождении), 4 - басқалар (прочие)

Сериясы (Серия) _____ Нөмірі (Номер) _____. Берілген күні
(Дата

выдачи) ____ / ____ / ____ жылғы (года) ЖСН (ИНН) | _____

6. Медициналық тіркеу нөмірі cf1 (cf1 Регистрационный медицинский номер)

| _____

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

ГГГ _____,
көшесі (улица) _____ үй (дом) № _____

пәтер (квартира)

№ _____

8. Берілген тұрғылықты орнында қай жылдан бері тұрады _____

_____.

(С какого года проживает в данной местности)

9. Отбасылық жағдайы (Семейное положение): 1- үйленбеген, тұрмыс құрмаған (никогда не

состоял (-а) в браке); 2-үйленген, тұрмыс құрған (состоит в браке); 3- ажырасқан

(разведен (-а); 4- жесір (вдовец (вдова).

10. Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): қызметші (служащий); жұмысшы

(рабочий); ауыл шаруашылық қызметкері (работник сельского хозяйства); зейнеткер

(пенсионер); учащийся (оқушы); үй шаруасында (домохозяйка); жеке еңбекпен

айналысатын адам (лицо, занятое индивидуальным трудом); дін қызметшісі (служитель

культы); жұмыссыз (безработный); басқалар (иное).

11. Білімі (Образование): 1- білімі жоқ (без образования); 2- бастапқы (начальное); 3-

орта білім (среднее); 4- орта арнаулы (среднее спец); 5- аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее); 6- жоғары (высшее).

12. Тұрғындар санаты (Категория населения): 1-жұмыс істеушілер (работающие);

2-жұмыссыздықпен тіркелгендер (зарегистрированные безработные); 3- жұмыссыздықпен

тіркелмегендер (незарегистрированные безработные); 4-ұйымдастырылған балалар

(организованные дети); 5-ұйымдастырылмаған балалар (неорганизованные дети); 6-18 жастан

үлкен күндізгі оқу формасында оқиды (учащиеся очной формы обучения старше 18 лет);

7-бала кезінен мүгедек (инвалиды детства); 8-ауруы бойынша мүгедектер (инвалиды по

заболеванию); 9-ҰОС қатысқандар (участники ВОВ); 10-ҰОС мүгедектері (инвалиды ВОВ);

11-оралман.

Медицина қызметкерлеріне арналған (Для медицинских работников)

13. Жұмыс орны (Место работы): облыс (область) _____ аудан (район)

_____ кент, аул (поселок, село) _____

_____ ұйым

(организация) _____

14. Әкімшілік басқару аппаратының қызметкерлері (Работники административно-управленческого аппарата); Дәрігерлер (Врачи); Орта медицина

қызметкерлері (Средние медработники); Басқалары (Прочие).

15. Жоғары оқу орны (орта арнаулы оқу

орны) _____

Высшее учебное заведение (среднее учебное заведение),

аяқтаған жылы (год окончания) _____.

16. Қазіргі жұмысы бойынша мамандығы (Специальность, по которой работает) _____ осы жұмысы бойынша еңбек өтілі (стаж работы по

ней) _____ жылынаң бастап, оның ішінде осы ұйымда (из них в данной организации)

_____ жылдаң бастап (с _____ года).

17. Ғылыми дәрежесі (Ученая степень): 1 – медицина ғылымының кандидаты - болған

жағдайда (бұдан әрі –МҒК) (кандидат медицинских наук – при наличии (далее - КМН); 2 -

медицина ғылымдарының докторы - болған жағдайда (бұдан әрі –МҒД) (доктор медицинских

наук – при наличии (далее - ДМН).

18. Атқарып жүрген лауазымы (Занимаемая должность) _____, осы бойынша

еңбек өтілі _____ жылдаң бастап (стаж работы по ней с _____ года).

19. Жалпы медициналық еңбек өтілі _____ жылынаң бастап (Общий медицинский стаж с

_____ года).

20. Медициналық еңбек өтілінің үзілісі _____ жылды құрады.

(Перерыв медицинского стажа составил _____ лет).

21. Клиникалық деректері (бір немесе бірнешеуін таңдау)

Клинические данные (выбрать одно или несколько).

1. Қаралған кездегі негізгі шағымдар (Основные жалобы при обращении):
ауыруды сезіну

(боль), оң жақ бүйірде ауырсыну (тяжесть в правом боку), эпигастрияда
ауыруды

сезіну (боль в эпигастрии), әлсіздік (слабость), бас ауыру (головная боль),
жұмысқа қабілеттіліктің төмендеуі (снижение работоспособности), ұйқының
бұзылуы

(нарушение сна), жүрек айну (тошнота), құсу (рвота), іш қату (запоры),
диарея,

салмақ жоғалту (потеря в весе), іш кебу (вздутие живота), сары ауру (желтуха),

қызба (лихорадка), басқа (другое).

2. Бауырдан тыс көріністер (Внепеченочные проявления): телеангиоэктазии,
пальмарлы

эритема (пальмарная эритема), ксантелазма, капиллярит, тері бөртпесі (кожная

сыпь), артрит, тиреоидит, анемия, тромбоцитопения, лейкопения,

криоглобулинемия, түйінді периартериит (узелковый периартериит),
гломерулонефрит,

тестикулярлы жеткіліксіздік (тестикулярная недостаточность), қант диабеті (сахарный

диабет), басқа (другое).

22. Тәуекел тобы (қажеттінің астын сызу) (Группа риска (подчеркнуть
нужное):

1. Жүкті әйелдер (Беременные): 1-имеющие в анамнезе оперативные
вмешательства,

2-имеющие в анамнезе переливание крови и ее компонентов;

2. Науқастар (Больные): 1-гемофилиямен ауыратын науқастар (больные
гемофилией), 2-онкогематологиялық аурулармен ауыратын науқастар (больные
онкогематологическими

заболеваниями), 3-гемодиализдегі науқастар (больные на гемодиализе), 4-с
заболеваниями

крови, 5-больные злокачественными новообразованиями;

3. Медицина бөлімшесінің персоналы (Персонал медицинских отделений): 1-стоматологиялық кабинеттердің (стоматологических кабинетов), 2-хирургия бөлімшелердің (хирургических отделений), 3-акушерлік-гинекологиялық бөлімшелердің (акушерско-гинекологических отделений), 4-гематологиялық бөлімшелердің (гематологических отделений), 5-қан орталықтарының (центров крови), 6-гемодиализ бөлімшелерінің немесе орталықтарының (отделений или центров гемодиализа), 7-зертхананың (лабораторий), 8-басқа бөлімшелердің (других отделений).

4. Тәуекел мінез-құлқындағы адамдар (Лица рискованного поведения): 1-инъекциялық есірткілерді тұтынушылар - болған жағдайда (бұдан әрі – ИЕТ) (потребители инъекционных наркотиков – при наличии (далее - ПИН), 2-гомосексуалистер (гомосексуалы)

3-комерциялық секс қызметкерлері - болған жағдайда (бұдан әрі – СҚ) (работники коммерческого секса – при наличии (далее - РС).

5. Қызмет көрсету саласы (Сфера обслуживания).

6. Басқа да (Другое).

23. Берілу жолы: (қажеттінің астын сызу)

Пути передачи: (подчеркнуть нужное).

1. Жасанды берілу жолы - Медициналық ем-шаралар және манипуляциялар (Искусственные пути передачи - Медицинские процедуры и манипуляции):

1- қан құю және қан ауыстырғыштар (переливание крови и кровезаменителей), 2-гемодиализ,

3-операциялар (операции), 4-катетеризация, 5-протездеу (протезирование), 6-ағзалар мен

тіндерді трансплантациялау (трансплантация органов и тканей), 7-тістерді протездеу және

емдеу (лечение и протезирование зубов), 8- медициналық ұйымдарда иглорефлексотерапия

(иглорефлексотерапия в медицинских организациях), 9-медициналық ұйымдарда сүндетке

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| (Гепатит В) | | | | | | | | | | |
| HBsAg | | | | | | | | | | |
| anti HBs | | | | | | | | | | |
| Total anti HBc | | | | | | | | | | |
| IgM anti HBc | | | | | | | | | | |
| IgG anti HBc | | | | | | | | | | |
| HBeAg | | | | | | | | | | |
| anti HBe | | | | | | | | | | |
| С гепатиті (Гепатит С) | | | | | | | | | | |
| anti HCV | | | | | | | | | | |
| D гепатиті (Гепатит D) | | | | | | | | | | |
| Total anti HDV | | | | | | | | | | |
| IgM anti HDV | | | | | | | | | | |

- + (плюс) - оң нәтиже (положительный результат),
- (минус) - теріс нәтиже (отрицательный результат)

24.2. ПЦР нәтижесі (Результаты ПЦР)

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Күні (күні, айы, жылы Дата (число, месяц, год) | | | | | | | | | | |
| HBV ДНК | | | | | | | | | | |
| HDV РНК | | | | | | | | | | |
| HCV РНК | | | | | | | | | | |

- + (плюс) - оң нәтиже (положительный результат),
- (минус) - теріс нәтиже (отрицательный результат).

24.3. Белсенділік дәрежесі (Степень активности): 1- ең аз

(аланинаминотрансфераза/аспартатаминотрансфераза - болған жағдайда (бұдан әрі –АЛТ/АСТ)

норма шегінде) (минимальная (аланинаминотрансфераза/аспартатаминотрансфераза – при

наличии (далее -АЛТ/АСТ) в пределах нормы), 2- әлсіз (нормадан 1,5 – 3) (слабая (1,5 –

3 нормы), 3 – орташа (нормадан 3,5-9) (умеренная (3,5-9 норм), 4 – айқын (10 және

нормадан артық) (выраженная (10 и более норм).

24.4. Морфологиялық өзгерістер (Морфологические изменения): 0-гистологиялық зерттеулер

жүргізілмеген (гистологические исследования не проводились), 1- F0 фиброзсыз (F0 без фиброза); 2 – F1 айқын емес перипорталды фиброз (F1 слабовыраженный перипортальный фиброз); 3 – F2 портопорталды септасы бар орташа фиброз (F2 умеренный фиброз с портопортальными септами); 4 – F3 портоцентралды септасы бар айқын фиброз (F3 выраженный фиброз с портоцентральными септами); 5 – F4 бауыр циррозы (F4 цирроз печени).

24.5. АИТВ-инфекциясына зерттеу (Исследования на ВИЧ-инфекцию): Күні (Дата) _____

_____ жылғы (года) Результат: теріс (отрицательный) оң (положительный).

25. АИТВ-инфекциясы оң болған кезде қосымша АИТВ орталығында зерттеу (При положительном

ВИЧ дополнительное исследование в Центре СПИД):

Талдау нәтижесінің берілген күні (Дата выдачи результата анализа) _____

_____ жылғы (года). Иммуноблотингтың нәтижесі (Результат иммуноблотинга) - 1-теріс (отрицательный) 2- оң (положительный).

26. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) _____

_____ 10-ХАЖ коды (код по МКБ -10) _____

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

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

29. Есепке алу (Взят на учет): 1- бірінші қойылған диагнозымен (с диагнозом, установленным впервые); 2-бұрынғы қойылған диагнозымен (с ранее установленным диагнозом); 3- ведомстволық емдеу ұйымында есепте тұр (состоит на учете в

| | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|-----|-------|---------------|
| вание) | | | | | мл) | дозу) | суточных доз) |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

34. Науқастың жағдайы туралы деректер (Данные о состоянии больного):

| Келу уақыты белгіленді (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год) | Келу күні (күні, айы, жылы) Дата явки (число, месяц, год) | Пациенттің жалпы жағдайы *) Общее состояние пациента *) | Қаралу жағдайына қорытынды **) Исход обращения **) | Келу уақыты белгіленді (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год) | Келу күні (күні, айы, жылы) Дата явки (число, месяц, год) | Пациенттің жалпы жағдайы *) Общее состояние пациента *) | Қаралу жағдайына қорытынды **) Исход обращения **) |
|---|--|--|---|---|--|--|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*) 1- толық жұмысқа қабілетті (полностью трудоспособен); 2– жеңіл жұмысқа қабілетті

(способен к легкой работе); 3- уақытының 50 %-нан астамын төсекте өткізу, өзіне қарауға

шамасы бар (более 50 % времени проводит в постели, способен обслуживать себя); 4- үнемі

басқа адамның көмегін қажет ететін, төсек тартып жатқан науқас (лежачий больной,

постоянно нуждается в посторонней помощи).

**) 1- ауруынан айыққан (вылечен). 2- жақсарған (улучшение), 3- жақсармаған (без

улучшения), 4- нашарлаған (ухудшение).

35. Вирусқа қарсы терапияның мониторингі (Мониторинг противовирусной терапии):

2.1 вирусологиялық жауабы тез (1 ай) (вирусологический ответ быстрый (1 месяц);

2.2 вирусологиялық жауабы бұрынғы (3 ай) (вирусологический ответ ранний (3 месяц);

2.3 емді аяқтағаннан кейінгі вирусологиялық жауап (вирусологический ответ по окончании лечения);

2.4 емді аяқтағаннан кейін 6 айдан кейінгі вирусологиялық жауап (вирусологический ответ
через 6 месяцев после окончания лечения).

36. Негізгі ауруы бойынша мүгедіктігі (Инвалидность по основному заболеванию): 1 –

1-топтағы мүгедек (инвалид 1-й группы); 2- 2-топтағы мүгедек (инвалид 2-й группы); 3 –

3-топтағы мүгедек (инвалид 3-й группы); 4– мүгедектіктен бас тарту (отказ от инвалидности); 5 – мүгедек емес (нет инвалидности).

37. Асқынуы (Осложнения): бауыр циррозы (цирроз печени), гепатоцеллюлярная
карцинома, басқа (другое).

38. Диспансерлік есептен шығару күні (Дата снятия с диспансерного учета)
____/____/____/ жылы (года).

39. Диспансерлік есептен шығару себебі (Причина снятия с диспансерного учета): 1-

ауруынан айықты (выздоровление), 2- диагнозы расталмаған (диагноз не подтвержден), 3-

сапарға шығып кеткен (выезд), 4- қайтыс болған (умер).

39.1. Қайтыс болу себебі (Причина смерти) (диагноз) _____

_____ 10-ХАЖ
коды (код по МКБ-10)

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

Байланыста болған адамдардың зертханалық тексерілген саны (Количество лабораторно

обследованных контактных) _____ адам (человек) ВВГ, СВГ,
СВВГ - терге оң

нәтиже анықталды (*қажеттінің астын сызу*). (Выявлено с положительными результатами на

ВГВ, ВГС, ВГВС (*подчеркнуть нужное*) _____ адам (человек).

ВВГ-ге қарсы егілуге тиіс байланыста болған адамдардың саны (жанұя,
жыныстық серіктер

және с.с.) (Количество контактных (семья, половые партнеры и т.п.),
подлежащих

прививкам против ВГВ) _____ Егілді (Привито) _____

41. Дәрігер: (ТӘА) (Врач: (ФИО)_____Қолы (Подпись)_____

Ескертпе: Карта барлық тексерілген дені сау және В мен С гепатитімен сырқат адамдарға

толтырылады. Дені сау болып шыққан адамдарға тек 1-24.1 және 26-тармақтар толтырылады.

"Қорытынды диагноз" 26-тармақта дені сау контингентке АХЖ-10 Z11.5 шифрын көрсету керек

(басқа вирустық ауруларды анықтау мақсатында арнайы скринингілік тексерілу).

(Примечание: Карта заполняется на всех обследованных лиц, оказавшимися здоровыми и

больными гепатитом В и С. На обследованных лиц, оказавшимися здоровыми заполняются

только пункты 1-24.1 и 26. В пункте 26 "Заключительный диагноз" на здоровый контингент

указывать шифр МКБ-10 Z11.5 (специальное скрининговое обследование с целью выявления

других вирусных болезней).

Приложение 31
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 3
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| А5 форматы Формат А5 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030-2/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 030-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

жоғары оқу орнында (высшем учебном заведении) --4

басқалар (прочее) --5

оқымайды (не учится) --6

7. Білімі (образование):

жоғары (высшее) --1

аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее) --2

арнаулы орта (среднее специальное))

орта мектепте бітірген сыныбының саны

ақыл-ойы кемдерге арналған мектеп саналмайды

(число оконченных классов средней школы, --3

исключая школу для умственно отсталых)

ақыл-ойы кемдерге арналған мектеп --4

(школа для умственно отсталых)

басқа (прочее) --5

оқымаған (не учился) --6

8. Кім жіберді (астын сызу керек) (кем направлен (подчеркнуть)):

психиатриялық (психоневрологиялық) ұйым --1

(психиатрическая (психоневрологическая) организация)

наркологиялық ұйым (наркологическая организация); --2

басқа медициналық ұйым (другая медицинская организация); --3

медициналық емес ұйым (немедицинская организация); --4

өзідігінен (самостоятельно); --5

басқа (прочее); --6

8.1. Источник выявления заболевания:

8.1.1. Медицинская организация (указать)

8.1.2. Органы образования (подчеркнуть) : областной детский дом, дом
юношества, школа

(профосмотр), администрация школы, ВУЗ, детский приют;

8.1.3. Правоохранительные органы: УИП, ГДН, ЦВИАРН, ОПМ, УДП, СОБР,
УИС, Спецприемник

для административно задержанных лиц, СИЗО;

8.1.4. Экспертиза: СНЭК, медицинское освидетельствование;

8.1.5. Выписные эпикризы: областного наркологического диспансера,
областной

психиатрической больницы;

8.1.6. Военкомат: городской, областной;

8.1.7. Самостоятельное обращение;

8.1.8. Центр временной адаптации и детоксикации. _ _ _ _ _

9. Сырқаты басталған күні (Дата начала заболевания): □□□ □□□□

айы (месяц) жылы (год)

10. Бақылауға алынды (Взят под наблюдение): өмірінде бірінші рет (впервые

В

жизни) қайталануы (повторно);

11. ХАЖ-10 бойынша диагнозы қойылып қайта қаралған күнімен

Диагноз по МКБ-10 с датой установления и пересмотра

| Қойылған және (қайта қаралған) күні айы жылы Дата установления (пересмотра) месяц год | Негізгі және қосалқы сырқаттарының тұжырымдалуы Формулировка основного и сопутствующего диагноза | Негізгі диагнозының коды Код основного диагноза | Қосалқы диагнозының коды Код сопутствующего диагноза |
|---|---|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

12. Қоғамға қауіпті іс-әрекеттері - болған жағдайда (бұдан әрі – ҚҚІӨ)

Общественно-опасные действия – при наличии (далее – ООД)

| ҚҚІӨ түрі Вид ООД*) | Бабы Статья | Кодекс | Жасалған күні Дата совершения | | ҚҚІӨ түрі Вид ООД*) | Бабы Статья | Кодекс | Жасалған күні Дата совершения | |
|---------------------------|----------------|--------|----------------------------------|-------------|---------------------------|----------------|--------|----------------------------------|-------------|
| | | | айы месяц | жылы год | | | | айы месяц | жылы год |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

*) Қылмыстық құқық бұзу (Уголовное правонарушение) – 1; әкімшілік (административное) -

2 өзіне-өзі қол жұмсау (суицидальная попытка) - 3 басқа (прочее) - 8

12.1. Аутоозбырлық мінез-құлық - болған жағдайда (бұдан әрі –АОМ)

Аутоагрессивное поведение – при наличии (далее – АП)

| № | АОМ түрі Вид АП* | Уәжі Мотив** | Аяқталуы Исход** | Жасалған күні Дата совершения | |
|---|---------------------|-----------------|---------------------|----------------------------------|-------------|
| | | | | айы месяц | жылы год |
| | | | | | |

*Өзін-өзі асу (самоповешение) -1, Өзін-өзі кесу (самопорез) -2, өзін -өзі улау (самоотравление) -3, биіктіктен құлау (падение с высоты) -4, өзін-өзі ату (самострел)

-5, құрамды (комбинированное)- 6, басқа (прочие) -7

** сандырақтық (бредовой)-1, ауырғыш анестезия (болезненная анестезия)-2, дауыстардың

бұйыруы ("приказ голосов")- 3, наразылықтың реакциясы (реакция протеста) -4, еліктеу

реакциясы (реакция имитации)-5, тұлғааралық кикілжің (махаббат) (межличностный конфликт

(любовь))-6, өмірден шаршауы ("усталость от жизни")-7, аурудан шаршауы ("усталость от

болезни")-8, құрамды (комбинированный)-9, басқалар (прочие)-10

***Тірі (жеңіл жарақат) (Жив (легкие травмы))-1, Тірі (ауыр жарақат) (Жив (тяжелые

травмы))-2, өлді (умер)-3, тірі (жарақаты жоқ)(жив (травм нет))-4

13. Бақылау динамикасы

Динамика наблюдения

| Бақылау түрі Вид наблюдения (*) | Тобы (**) Группа (**) | Басталған мерзімі Дата начала | | Аяқталған мерзімі Дата окончания | | Бақылау түрі *) Вид наблюдения (*) | Тобы (**) Группа (**) | Басталған мерзімі Дата начала | |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|--|--------------------------|----------------------------------|-------------|
| | | айы месяц | жылы год | айы месяц | жылы год | | | айы месяц | жылы год |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| Аяқталған мерзімі Дата окончания | |
| айы месяц | жылы год |
| | |

*) Бақылау түрі (вид наблюдения): диспансерлік (диспансерное) – 1; кеңестік (консультативное) – 2; профилактикалық (профилактическое) – 3;

***) Арнайы есеп (спеучет) – 8; 1-ден 6 топтарын аймақтың бас психиатрінің (наркологінің) нұсқауымен тағайындайды (с 1 по 6 группы устанавливаются инструкциями

главных психиатров (наркологов) территории; белгісіз (неизвестно) – 9;

13.1. Получает опиизамещающую терапию с _____

Г.

по _____ Г.

13.2. Причина окончания опиизамещающей терапии: 1- добровольное прекращение; 2-в

связи с нарушением контракта: а)исключение из программы б)выписка из программы;

3-выезд; 4-смерть; 5-прочие

14. Дәрімен емдеу (Фармакотерапия)*

| Дәрінің атауы Наименование препарата** | Басталған мерзімі Дата начала | | Аяқталған мерзімі Дата окончания | | Енгізудің тәсілі Способ введения*** | Тәуліктегі ең үлкен мөлшер Максимальная суточная дозировка (мг) | Аяқталған себебі**** |
|--|----------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|--|--|----------------------|
| | айы месяц | жылы год | айы месяц | жылы год | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*) ауруға берген дәрілердің бәрін енгізіледі (вносятся все препараты, назначенные

больному)

***) саудалық атау (торговое название)

****)бұлшық ет ішіне (внутримышечно)-, көктамыр ішіне(внутривенно)-2, ауыз арқылы

(перорально)-3

****) нәтиженің жоқ болуы (отсутствие эффекта)-1, аурудың бас тартуы (отказ больного)-2,

дәрінің жоқ болуы (отсутствие препарата)-3, емдеудің қаламайтын құбылыстары

(нежелательные явления терапии)-4, емдеу курсының аяқталуы (окончания курса

лечения)-5, аллергия-6

15. Емдеудің қаламайтын құбылыстары (нежелательные явления терапии)

| ЕҚЖ түрі Вид НЯ* | Дәрінің атауы Наименование препарата** | Енгізудің тәсілі Способ введения | ЕҚЖ жасаған мөлшерлеме Дозировка, вызвавшая НЯ (мг) |
|---------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |

| № п/п | Код *) | Басталуы Начало | | | Аяқталуы Окончание | | | Күндер саны Число дней | Р/с № п/п | Код *) | Басталуы Начало | | |
|----------|--------|--------------------|--------------|-------------|-----------------------|--------------|-------------|---------------------------------|-----------------|--------|--------------------|--------------|-------------|
| | | күні день | айы месяц | жылы год | күні день | айы месяц | жылы год | | | | күні день | айы месяц | жылы год |
| | | | | | | | | | | | | | |

| Аяқталуы Окончание | | | | | | | Күндер саны Число дней |
|-----------------------|--------------|-------------|--|--|--|--|---------------------------|
| күні день | айы месяц | жылы год | | | | | |
| | | | | | | | |

*) амбулаторлы (амбулаторно) – 1; стационарлы (стационарно) – 2; күндізгі стационар

(дневной стационар) – 3;

20. ЖЫЛ БОЙҒЫ ЖҰМЫСҚА ЖАРАМСЫЗДЫҒЫ ЖАЙЛЫ ЖИЫНТЫҚ МӘЛІМЕТ

СУММАРНЫЕ СВЕДЕНИЯ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗА ГОД

| Жыл Год | Амбулаторлы Амбулаторно | | Стационарлы Стационарно | | Күндізгі стационар Дневной стационар | | Жыл Год |
|------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------|
| | қанша рет число случаев | күндер саны число дней | қанша рет число случаев | күндер саны число дней | қанша рет число случаев | күндер саны число дней | |
| | | | | | | | |

| Амбулаторлы Амбулаторно | | Стационарлы Стационарно | | Күндізгі стационар Дневной стационар | |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|---|---------------------------|
| қанша рет число случаев | күндер саны число дней | қанша рет число случаев | күндер саны число дней | қанша рет число случаев | күндер саны число дней |
| | | | | | |

21. НАУҚАСТЫҢ БАҚЫЛАУ КЕЗІНДЕ АРНАУЛЫ СТАЦИОНАР (КҮНДІЗГІ СТАЦИОНАР)

БӨЛІМДЕРІНДЕ БОЛҒАНЫ ЖАЙЛЫ БЕЛГІЛЕР

ОТМЕТКИ О ПРЕБЫВАНИИ БОЛЬНОГО В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ СТАЦИОНАРЕ (ДНЕВНОМ

СТАЦИОНАРЕ) ПОДРАЗДЕЛЕНИИ ЗА ВРЕМЯ НАБЛЮДЕНИЯ

| | | | | |
|-----------|--|--|--|--|
| Стационар | | | | |
|-----------|--|--|--|--|

| Жылы Год | Бір жылғы келулерінің саны Число посещений за год | Жылы Год | Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год | Жылы Год | Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год | Жылы Год | Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год |
|-------------|--|-------------|--|-------------|--|-------------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

24. МҮГЕДЕКТІК, ПАТРОНАЖ, ҚАМҚОРЛЫҚ ИНВАЛИДНОСТЬ, ПАТРОНАЖ, ОПЕКА

| Код *) | Қойылған күні Дата установления | | Алынған (қайта қаралған) күні Дата снятия (пересмотра) | | Код *) | Қойылған күні Дата установления | | Алынған (қайта қаралған) күні Дата снятия (пересмотра) | |
|--------|------------------------------------|-------------|--|-------------|--------|------------------------------------|-------------|---|-------------|
| | айы месяц | жылы год | айы месяц | жылы год | | айы месяц | жылы год | айы месяц | жылы год |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

*) Мүгедектігі 1 топ (Инвалидность 1 группы) – 1; мүгедектігі 2 топ (инвалидность 2

группы) – 2; мүгедектігі 3 топ (инвалидность 3 группы) – 3; баланың мүгедектігі

(инвалидность ребенка) – 4; патронаж – 5; қамқорлық (опека) – 6; жалпы ауруы бойынша

мүгедектігі (1 және 2 топ) (инвалидность по общему заболеванию (1 и 2 группы)) – 7;

жалпы ауруы бойынша мүгедектігі (3 топ) (инвалидность по общему заболеванию (3 группы))

– 8.

Приложение 32
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 3
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

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

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030-6/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма 030-6/ у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУДЫҢ ТЕКСЕРУ КАРТАСЫ (онко) КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (онко)

№ _____

ЖСН(ИИН) _____

МТН (РМН) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

(ЖЖХХХХХХ, ЖЖ-толтырылу жылы, ХХХХХ - реттік нөмірі (ГГХХХХХХ,
где ГГ - год заполнения,

ХХХХХХ - порядковый номер))

Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация,
наблюдающая
больного) _____

Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой
прикреплен
больной) _____

01. Жеке куәлігі (тууы туралы куәлігі) (Удостоверение личности (свидетельство о

рождении), серия _____, № _____,

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

03. Туған күні (Дата рождения): / _____ / _____ / _____ кк/аа/жжжж (чч/
мм/гггг)

04. Жынысы (Пол): 1 – ер (мужской); 2 – әйел (женский)

05. Ұлты (Национальность) _____

06. Тұрғын (Житель): 1 – қалалық (города); 2 – ауылдық (села)

07. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): обл.

_____, аудан (район) _____

елді мекен (нас. пункт) _____, көше

(улица) _____, үй (дом) № _____, пәтер (кв.) № _____

тел. _____

08. Кәсібі (Профессия): _____

09. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) _____

09.1 (С81-96) –нұскалықтық көрсету (указать вариантность): -L1; -L2; -L3; -L4

;

L5; -M0; -M1; -M2; -M3; -M4; -M5; -M6; -M7

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

(высокая);

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

;

09.4 Қосалқы аурулары (Сопутствующие заболевания) _____

_____ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10) _____

_____ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10) _____

_____ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10) _____

_____ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10) _____

10. Ісік топографиясы (Топография опухоли): _____

АХЖ-О шифры (шифр МКБ-О) _____

11. Ісіктің морфологиялық түрі (Морфологический тип опухоли): _____

АХЖ-О шифры (шифр МКБ-О) _____

12. Ісік процесінің кезеңі (Стадия опухолевого процесса):

13. TNM жүйесі бойынша ісіктің таралуы (Распространенность опухоли по системе

TNM): _____

14. Алыс метастаздардың орналасуы (Локализация отдаленных метастазов):

15. Диагнозды растау әдісі (тек бір негізгі әдісті көрсетіңіз) (Метод подтверждения

диагноза) (указать только один основной метод): 1- морфологиялық (морфологический);

2-цитологиялық (цитологический); 3-рентгенологиялық (рентгенологический); 4- изотоптық

(изотопный); 5-эндоскопиялық (эндоскопический); 6-УДЗ (УЗИ); 7-КТ (ЯМР); 8- тек

клиникалық (только клинический); 9-мәйітті ашу (вскрытие); 10 – ИГХ (ИГХ);

11-миелограмма; 12-иммунофенотиптеу (иммунофенотипирование); 13-иммунологиялық

(иммунологический); 14- цитогенетика (цитогенетика); 15 –цитохимия (цитохимия); 16 -

қандағы/несептегі М-градиент (М-градиент в крови/моче); 17 -көпше миеломедегі Lg (Lg пр

множественной миеломе); 18 – Зертханалық диагностика (Онкомаркерлер) (Лабораторная

диагностика (Онкомаркеры); 19 – ПЭТ-КТ;

16. Ісіктің анықталу жағдайы (Обстоятельства выявления опухоли): 1-өздігінен қаралды

(обратился самостоятельно); 2- әйелдерді (ерлерді) қарау бөлмесінде (в женском

(мужском) смотровом кабинете); 3-профилактикалық қараудың басқа түрлерінде (при других

видах профосмотров); 4- басқа жағдайларда (при других обстоятельствах).

17. Кеш диагностикалау себептері (Причины поздней диагностики): 1- ауру ағымының

астыртын жүруі (скрытое течение болезни); 2- дер кезінде қаралмауы (несвоевременное

обращение); 3- тексеруден бас тартуы (отказ от обследования);

4- толық тексерілмеуі (неполное обследование); 5- дер кезінде диспансерленбеуі

23. Есептен шығарылды (Снят с учета): / ____ / ____ / ____ / (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг).

24. Себебі (По причине): 1-басқа жаққа кетуі (выезд); 2- диагноз расталмады (диагноз

не подтвержден); 3-тері обыры (рак кожи (базалиома)); 4- қайтыс болды (умер);

5- беймәлім кеткен (нет сведений); 6-сауығу (выздоровление).

25. Қайтыс болу себебі (Причина смерти) _____ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10) _____

26. Аутопсия: 1 – өткізілмеді (не проводилась); 2 – өткізілді (проводилась); 3 – өткізілді, нәтиже белгісіз (проводилась, результат неизвестен).

27. Емдеу туралы мәліметтер (Сведения о лечении):

| Емдеу түрі Вид лечения *) | Басталған күні Дата начала | Аяқталған күні Дата окончания | 1-стационарлық стационарно; 2-амбулаториялық амбулаторно | 1-диспансерде в диспансере 2-басқа мекемеде в других организациях 3-ОжРҚҒЗИ в КазНИИОиР | Емдеу түрі Вид лечения *) | Басталған күні Дата начала | Аяқталған күні Дата окончания | 1-стационарлық стационарно; 2-амбулаториялық амбулаторно | 1-диспансерде в диспансере 2-басқа мекемеде в других организациях 3-ОжРҚҒЗИ в КазНИИОиР |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---|--|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---|--|
| | | | | | | | | | |

*) 1- хирургиялық (хирургическое); 2 - сәулелік (лучевое); 3 - химиятерапиялық

(химиотерапевтическое); 4 - біріктірілген (хирургиялық+ сәулелік) комбинированное

(хирургическое+лучевое)); 5 – кешенді (5.1-хирургиялық+химиятерапиялық, 5.2-

хирургиялық+ химиятерапиялық+ сәулелік) комплексное (5.1-хирургическое +химиотерапия,

5.2- хирургическое+химиотерапия+лучевое); 6-химиясәулелі (химиолучевое); 7-симптоматикалық (симптоматическое); 8- гормондық терапия (гормонотерапия); 9-иммундық терапия (иммунотерапия); 10 – таргеттік терапия (таргетная терапия).

28. Өткізілген операциялар (аты) Проведенные операции (название):

_____АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9 ___күні (дата)___/___/___(кк/аа/жжжж)(чч/мм/ттгг) _____АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9 ___күні(дата)___/___/___(кк/аа/жжжж) (чч/мм/ттгг) _____АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9 ___күні (дата)___/___/___(кк/аа/жжжж) (чч/мм/ттгг)

_____АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9 ___күні (дата)___/___/___(кк/аа/жжжж) (чч/мм/ттгг)

29. Сәулелеу тәсілі (Способ облучения): 1- ара қашықтықтық (дистанционное); 2- жабық

сәуле көздерімен (закрытыми источниками); 3- ара қашықтықтық + қуыс ішілік

(дистанционное + внутриволостное); 4 – ара қашықтықтық + тін ішілік (дистанционное+

внутриканальное); 5- қуыс ішілік (внутриполостное); 6- тін ішілік (внутриканальное).

30.Сәулемен емдеу түрі (Вид лучевого лечения):1-рентгендік терапия (рентгенотерапия);

2- жоғарғы энергиялардың тежегіштік сәулеленуі (тормозное излучение высоких энергий);

3-гамматерапия; 4- жылдам электрондар (быстрые электроны).

31. Сәулелеудің ошақтық қосынды дозасы (Суммарная очаговая доза облучения (Гр)): ісікке

(на опухоль) _____; метастаздарға (на метастазы); _____ аймағындағы лимфа түйіндеріне (на

регионарные лимфоузлы) _____ ісікке (на опухоль) _____; метастаздарға (на метастазы); _____

аймағындағы лимфа түйіндеріне (на регионарные лимфоузлы) _____ ісікке (на опухоль) _____;

метастаздарға (на метастазы); _____ аймағындағы лимфа түйіндеріне (на регионарные

лимфоузлы) _____

32. Пайдаланылған дәрілік препараттар (Используемые лекарственные препараты):

тек амбулаториялық науқастар мен мемлекеттік сатып алу бойынша алынған препараттарды

белгілеңіз (отмечать только для амбулаторных больных и препараты по гос.закупу)

| Қабылдау басталған күн Дата начала приема | Препараттың атауы Наименование препарата | Қабылдау аяқталған күн Дата окончания приема | Өлшем бірлігі Ед. измерения | Қосынды доза Суммарная доза | Қабылдау басталған күн Дата начала приема | Препараттың атауы Наименование препарата | Қабылдау аяқталған күн Дата окончания приема | Өлшем бірлігі Ед. измерения | Қосынды доза Суммарная доза |
|---|---|---|-----------------------------------|--------------------------------|--|---|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

33. Химиялық терапия курстары өткізілді (белгілеңіз) (Проведено курсов химиотерапии

(отметить)): 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12

33.1 В гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита В): - химия терапияға дейін (до

химиотерапии); -химия терапия кезінде (На фоне химиотерапии); -химия терапиядан кейін

(После химиотерапии)

33.2 С гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита С): - химия терапияға дейін (до

химиотерапии); -химия терапия кезінде (На фоне химиотерапии); -химия терапиядан кейін

(После химиотерапии)

34. Алғашқы ісікке жүргізілген ем (Проведенное лечение первичной опухоли) : 1-радикалды

(радикальное);

2-паллиативтік (паллиативное); 3-симптоматикалық (симптоматическое);

35. Жүргізілген ем туралы мәліметтер (Сведения о проведении лечения): 1 – емді

жалғастыруда (продолжает лечение); 2- науқастың емделуден бас тартуы (отказ больного от

лечения); 3- арнайы ем жүргізуге соматикалық қарсы көрсетімдер (соматические

противопоказания к проведению спец. лечения); 4-емдеуді аяқтады (закончил лечение); 5-арнайы ем жүргізу кезінде дерттің үдеуі (прогрессирование на фоне спец. лечения);

6-ем жүргізілмеді (лечение не проводилось).

36. Науқас жағдайы туралы деректер (Данные о состоянии больного):

| Қаралу мезгілі (күні, айы, жылы) | Келді (күні, айы, жылы) | Ісік процесінің жағдайы Состояние опухоли | Пациенттің жалпы жағдайы Общее состояние пациента**) | Қаралу мезгілі (күні, айы, жылы) | Келді (күні, айы, жылы) | Ісік процесінің жағдайы Состояние опухоли | Пациенттің жалпы жағдайы Общее состояние пациента**) |
|---------------------------------------|----------------------------|---|--|---------------------------------------|----------------------------|---|--|
| Назначено явиться (число, месяц, год) | Явился (число, месяц, год) | Состояние процесса *) | пациента**) | Назначено явиться (число, месяц, год) | Явился (число, месяц, год) | Состояние процесса *) | пациента**) |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*) 1 - аурудың қайталануынсыз және метастазсыз (без рецидива и метастазов) ; 2 - жеке

орналасқан ісік (локальная опухоль); 3 - ағза ауруының қайталануы (органный рецидив);

4 - аурудың ағзадан тыс қайталануы (внеорганный рецидив); 5 - бірлі-жарым метастаз

(единичный метастаз); 6 - көп санды метастаздар (множественные метастазы) ; 7 - алғашқы

ісіктің дамуы (прогрессирование первичной опухоли); 8 - жүйелік аурудың бәсеңдеуі

(ремиссия системного заболевания); 9 - жүйелік аурудың дамуы (прогрессирование

системного заболевания); 10 - жаңа алғашқы ісік анықталды (выявлена новая первичная

опухоль); 11-толық клиникалық-гематологиялық ремиссия (полная клинико-гематологическая

ремиссия); 12 - қайталану (рецидив); 13 - жартылай клиникалық-гематологиялық ремиссия

(частичная клинико-гематологическая ремиссия).

**) 1 - еңбекке толық қабілетті (полностью трудоспособен); 2 – жеңіл жұмысқа қабілетті

(способен к легкой работе); 3- уақытының 50% төсекте өткізеді, шектелген жеңіл жұмысқа

қабілетті (до 50 % времени проводит в постели, способен к ограниченному легкому труду);

4 - уақытының 50%-нан артығын төсекте өткізеді, өзіне қызмет көрсете алады (более 50 %

времени проводит в постели, способен обслуживать себя); 5 - төсек тартып жатқан науқас,

үнемі басқа адамның көмегіне мұқтаж (лежачий больной, постоянно нуждается в посторонней

помощи); 6 - тірі, жағдайы белгісіз (жив, состояние неизвестно).

37. Есептік жылдың аяғындағы жағдайы (Состояние на конец отчетного года)

| № | Күні (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) | жыл аяғында на конец года | | № | Күні (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) | жыл аяғында на конец года | |
|----|---|---|--|----|--|--|---|
| | | Клиника- лық топ (клиниче- ская группа) | 1-тірі (жив); 2 - қайтыс болды (умер); 3 - басқа жаққа кетті (выехал); 4 - есептен шығарылды (снят с учета); 5-беймәлім кеткен (нет сведений) | | | Клини- калық топ (клини- ческая группа) | 1-тірі (жив); 2- қайтыс болды (умер); 3-басқа жаққа кетті (выехал); 4- есептен шығарылды (снят с учета); 5-беймәлім кеткен (нет сведений) |
| 1 | | | | 16 | | | |
| 2 | | | | 17 | | | |
| 3 | | | | 18 | | | |
| 4 | | | | 19 | | | |
| 5 | | | | 20 | | | |
| 6 | | | | 21 | | | |
| 7 | | | | 22 | | | |
| 8 | | | | 23 | | | |
| 9 | | | | 24 | | | |
| 10 | | | | 25 | | | |
| 11 | | | | 26 | | | |
| 12 | | | | 27 | | | |
| 13 | | | | 28 | | | |
| 14 | | | | 29 | | | |
| 15 | | | | 30 | | | |

38. Негізгі ауруы бойынша мүгедектігі (Инвалидность по основному заболеванию):

1 – 1-топтағы мүгедек (инвалид 1-й группы); 2 – 2-топтағы мүгедек (инвалид 2-й группы);

3 – 3-топтағы мүгедек (инвалид 3-й группы); 4 – мүгедектігі жоқ (нет инвалидности).

Приложение 33
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 3
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

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

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 111/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма 111/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Жүкті және жаңа босанған әйелдің

ЖЕКЕ КАРТАСЫ

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА

беременной и родильницы

№ _____

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

Туған күні (Дата и год рождения) _____

ЖСН (ИИН) _____ Есепке алыну күні (Дата взятия на
учет) _____

Жүкті әйелдің қан тобы (Группа крови беременной) _____

Жүкті әйелдің резус-тиістілігі (Резус принадлежность беременной)

Айқындау күні (Дата определения) _____

Ерінің қан тобы және резус-тиістілігі (Группа крови и резус принадлежность ее мужа) по

показаниям _____

Мекенжайы, телефон (Домашний адрес, телефон) _____

Білімі: бастауыш, орта, жоғары (астын сызыңыз) (Образование: начальное, среднее, высшее

(подчеркнуть)

Жұмыс орны, телефон (Место работы, телефон) _____

Кәсібі немесе лауазымы (Профессия или должность) _____

Күйеуінің аты-жөні, жұмыс орны, телефон (Фамилия и место работы мужа, телефон)

Диагноз: нешінші жүктілік (Диагноз: беременность которая) _____

Босануы (Роды) _____

Осы жүктіліктің асқынуы (Осложнения данной беременности) _____

Экстрагениталдық аурулар (Экстрагенитальные заболевания) диагноз) _____

Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход

беременности: аборт, роды в срок, преждевременные) _____

_____ апта (неделя).

Күні (Дата) _____

Босану ершеліктері (Особенности родов) _____

Нәресте: тірі, өлі, жынысы, масса (салмағы) _____ грамм (Ребенок: живой, мертвый,

пол _____ масса (вес) грамм _____ . Бойы (Рост) _____

_____ сантиметр

(сантиметров).

Перзентханадан шықты, ауруханаға ауыстырылды, перзентханада шетінеді (астын сызыңыз) –

диагнозы (Выписался, переведен в больницу, умер в родильном доме (подчеркнуть) –

диагноз) _____

Жолдама бойынша келді (Обратилась по направлению) _____

Өз бетінше келу (қажеттінің астын сызу) (Самообращение (нужное подчеркнуть)

Шағымдар (Жалобы) _____

Сыртартпа (**Анамнез**)

Тектілік (Наследственность) _____

Шалдыққан ушыққан аурулар (Перенесенные острые заболевания) _____

Гепатит _____

Туберкулез _____

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания) _____

Созылмалы аурулар (бар болса диспансерлік есепте тұра ма, базистік терапияны алады ма)

(Хронические заболевания (если есть, то со стоит ли на диспансерном учете, получает ли

базисную терапию) _____

Жасалған операциялар (Перенесенные операции) _____

Гемотрансфузия _____

Аллергоанамез _____

Рентгенологиялық тексеру (ақырғы тексерістің нәтижесі) (Рентгенологическое обследование (результат последнего обследования) _____

Еттекір функциясы (Менструальная функция):
Менархе _____ жаста (в _____ лет), еттекірдің ұзақтығы (длительность менструации) _____ циклдың ұзақтығы (продолжительность цикла) _____ Мол, қалыпты, сирек (астын сызу) (Обильные, умеренные, скудные (подчеркнуть) Жыныстық қатынасы (Половая жизнь с) _____ жастан (лет) Неке (Брак) _____

Әкесінің денсаулығы туралы деректер (Данные о здоровье отца) _____

Тектілігі (Наследственность) _____

Рентгенологиялық тексерулер (Рентгенологическое обследование) _____

Ескертпе: дәрігерге соңғы жүргізілген тексерулердің нәтижесін беру керек (Примечание:

рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований)

Гинекологиялық анамнез (Гинекологический анамнез) _____

Контрацепция _____

Акушерлік сыртартқы (Акушерский анамнез):
Қанша жүктілік болды (Сколько было беременностей) - Оның ішінде босану (Из них родов)

-, өзінен өзі түсік тастау (самопроизвольных аборт) -, жатырдан тыс жүктілік

(внематочных беременностей) -, медтүсік (медабортов) -.

Бұрынғы жүктіліктерінің, босануларының, босанудан кейінгі кезеңдер ағымының

ерекшеліктері

(Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода)

| Паритет | Жыл Год, дата | Жүктілік қай мерзімде, немен аяқталды Чем закончилась беременность и при каком сроке | | | | Бала тірі, өлі туылды, салмағы Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес) | Босанудың, боҒсанудан кейінгі мерзімнің ерекшеліктері Особенности течения родов, послеродового периода |
|---------|---------------|---|--|--|---------------------------|---|---|
| | | абортпен аборттамы | | босанумен родами | | | |
| | | жасанды искус- ствен- ным (хир., меди- камен) | өздігінен самопроиз- вольным, в том числе замершей | мерзі- мінен бұрын преждевре- менными | мерзі- мінде в срок | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

Жүктілік Беременность спонтанная или индуцированная (стимуляция овуляции, инсеминация

ЭКО) (подчеркнуть).

Іштегі баланың бірінші қозғалуы (Первое движение плода) 20 ____ жылғы(года)

" ____ " _____

Жүкті әйелді бірінші рет қарау (Первое обследование беременной)

Объективті деректер (Объективные данные):

Жалпы жай-күйі (қанағаттандырылған) (Общее состояние) (удовлетворительное) _____.

Бойы (Рост) _____ см. Салмағы (Масса) (вес) _____ кг.

ДМИ (дене массасының индексі) ИМТ (индекс массы тела) _____

Тері қабаты (Кожные покровы) _____

Ісік (Отеки) _____

Сүт бездерінің зерттеу (Исследование молочных желез) _____

Тыныс алу ағзаларының жай-күйі (Состояние органов дыхания) _____

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно - сосудистой системы) _____

АҚК (АД): оң қолында (на правой руке) _____ сол қолында (на левой руке) _____

Іш (жұмсақ, аурусыз) (Живот) (мягкий безболезненный) _____

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка) _____

Солқылдау симптомдары (Симптом поколачивания) _____

Басқа ағзалары (Другие органы) _____

Несеп шығуы (Мочеиспускание) _____ Нәжіс (Стул) _____

Акушериялық мәртебе (Акушерский статус):

Жамбас өлшемдері: (Размеры таза по показаниям (рост менее 150 см и выше 170 см. травмы

таза, врожденные пороки развития таза и конечностей) :

D. Sp. _____ D. cr. _____ D. troch _____ c. ext _____

C. diag _____ C. vera _____

Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование:

высота дна матки) _____ см.

Іш шеңбері (Окружность живота) по показаниям _____ см.

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

Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) _____

Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) _____

Жүктіліктің мерзімі (Срок беременности): Еттекір бойынша (По менструации) _____

УДЗ бойынша (ерте 16 аптаға дейін) (По УЗИ (раннему до 16 недель)) _____

Гинекологиялық зерттеу (Гинекологическое исследование):

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы) _____

Айналарда (На зеркалах): _____

Қынап (Влагалище) _____ Жатыр мойыны (Шейка матки) _____

Жатыр денесі (Тело матки) _____

Қосалқылар (Придатки) _____

Ерекшеліктері (Особенности) _____

ДИАГНОЗ: (жүктілік мерзімі) (Диагноз: (срок беременности)) _____

Болжамды босану мерзімі (Предполагаемый срок родов) _____

Ұсыныстар (Рекоменции): _____

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

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

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

Гравидограмма
ВДМ (СМ)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ядролық Сегментто- ядерные | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Эозинофилдер Эозинофилы | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Базофилдер Базофилы | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лимфоциттер Лимфоциты | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Моноциттер Моноциты | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Несептің жалпы анализі **Общий анализ мочи**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| КҮНІ ДАТА | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Удельный вес | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Жалпак эпителиялары Эпителий плоский | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лейкоциттер Лейкоциты | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Эритроциттер Эритроциты | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Цилиндрлер Цилиндры | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Қант Сахар | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Нәруыз Белок | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Бактериялар Бактерии | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Тұздар Соли | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Басқа зерттеулер (Другие исследования):

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

RW 1 _____

RW 2 _____

АИТВ-1 (ақпараттандырылған келісім бойынша) ВИЧ-1 (с информированного согласия) _____

АИТВ-2 (ақпараттандырылған келісім бойынша) ВИЧ-2 (с информированного согласия) _____

Гепатит В маркерлері (Маркеры гепатита В)

Микроскопия сүртіндісі (көрсетілімдер бойынша) Мазок на микроскопию (по показаниям) _____

Онкоцитологияға сүртінді (көрсетілімдер бойынша) Мазок на онкоцитологию (по показаниям) _____

Пренаталдық скрининг

Пренатальный скрининг

Биохимиялық скрининг

Биохимический скрининг

| Өткізу мерзімі Период проведения | Өткізу күні Дата проведения | Жүктіліктің мерзімі Срок беременности | Тексерудің нәтижелері Результаты обследования | Ескерту примечание |
|---|--------------------------------------|--|---|-----------------------|
| 1 триместр (10-14 апта) 1 триместр (10-14 нед) | | | | |
| 2 триместр (16-20 апта) 2 триместр (16-20нед) | | | | |
| | | | | |

Ультрадыбыстық скрининг

Ультразвуковой скрининг

| Өткізу мерзімі Период проведения | Өткізу күні Дата проведения | Жүктіліктің мерзімі Срок беременности | ХА маркерлері (бар болса) Маркеры ХА (при наличии) | Қорытынды Заключение | Ұсыныстар рекомендации |
|--|--------------------------------|--|---|-------------------------|---------------------------|
| 1 триместр (10-14 апта) 1 триместр (10-14нед) | | | ТВП- ДНК- | | |
| 2 триместр (16-20 апта) 2 триместр (20-22нед) | | | | | |
| 3 триместр (32-34 апта) 3 триместр (32-34нед) | | | | | |

Консультациялар

Консультации

Терапевтің алғашқы қарауы

Первый осмотр терапевта

Шағымдар (Жалобы) _____

Сыртартпа (Анамнез)

Туды және қалыпты дамыды (иә, егер жоқ – туу кезінде және балалық шақта қандай

ауытқулар) Родилась и развивалась нормально (да, если нет- какие отклонения при рождении

и в детстве) _____

Тектілігінде ауыртпалық жоқ (иә болса, қандай аурулар, туыстық дәрежесі)

Наследственность не отягощена (если да, какими заболеваниями, степень родства) _____

Бұрын ауырған аурулары: жалпы (Перенесенные заболевания: общие) _____

Балалар инфекциялары (Детские инфекции) _____

Гепатиты _____ Туберкулез _____

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания) _____

Басқа инфекциялар (Другие инфекции) _____

Бұрын ауырған ушыққан аурулар (Перенесенные острые заболевания) _____

Созылмалы аурулар (Хронические заболевания) _____

Жүрек-тамыр, тыныс алу, нерв жүйесінің, АІЖ, тірек-қозғалыс аппаратының және басқа

аурулар (заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем, ЖКТ, опорно-двигательного аппарата и др.)

Диспансерлік есепке алу (Диспансерный учет) _____

(бар болса, диагноз, бақылау орны, маман, соңғы қабылдау күні, қандай препараттарды

пайдаланады) (если есть, диагноз, место наблюдения, специалист, дата последнего приема

какие препараты принимает) _____

Емдеуге жатқызу (Госпитализация) _____

(сыртартпада бар болса, қандай диагнозбен, күні, медұйымның атауы, шұғыл немесе

жоспарлы) (если была в анамнезе, с каким диагнозом, дата, название медорганизации,

экстренная или плановая)

Бұрын болған операциялар, асқынулар (Перенесенные операции, осложнения)

Бұрын болған жарақаттар және олардың салдары (Перенесенные травмы и их последствия)

Гемотрансфузия _____

Аллергоанамез _____

Объективті деректер:

Объективные данные:

Жалпы жағдайы (қанағаттандырылған) (Общее состояние (удовлетворительное)) _____

Дене құрылысының ерекшеліктері (Особенности телосложения) Нормостеник (астеник, гиперстеник) _____

Тері (Кожные покровы) _____ Температура _____

Ауыз қуысының жағдайы (Состояние полости рта) _____

Аңқа, бадамшабездің жағдайы (Состояние зева, миндалин) _____

Лимфотүйін (Лимфоузлы) _____

Ісік (жоқ, бар, орналасуы) Отеки (нет, есть, локализация) _____

Сүт бездерінің жағдайы (осмотр молочных желез) _____

Тыныс алу ағзаларының жағдайы (Состояние органов дыхания) _____

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно - сосудистой системы) _____

Пульс _____

АҚҚ (АД): оң қолында (на правой руке) _____ сол қолында (на левой руке) _____

Іш (жұмсақ, аурусыз) Живот (мягкий безболезненный) _____

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка) _____

Солқылдау симптомы (Симптом поколачивания) _____

Басқа ағзалары (Другие органы) _____

Несепшығару (Мочеиспускание) _____
Нәжіс (Стул) _____

Диагноз _____

Ұсыныстар (Рекомендации) _____

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

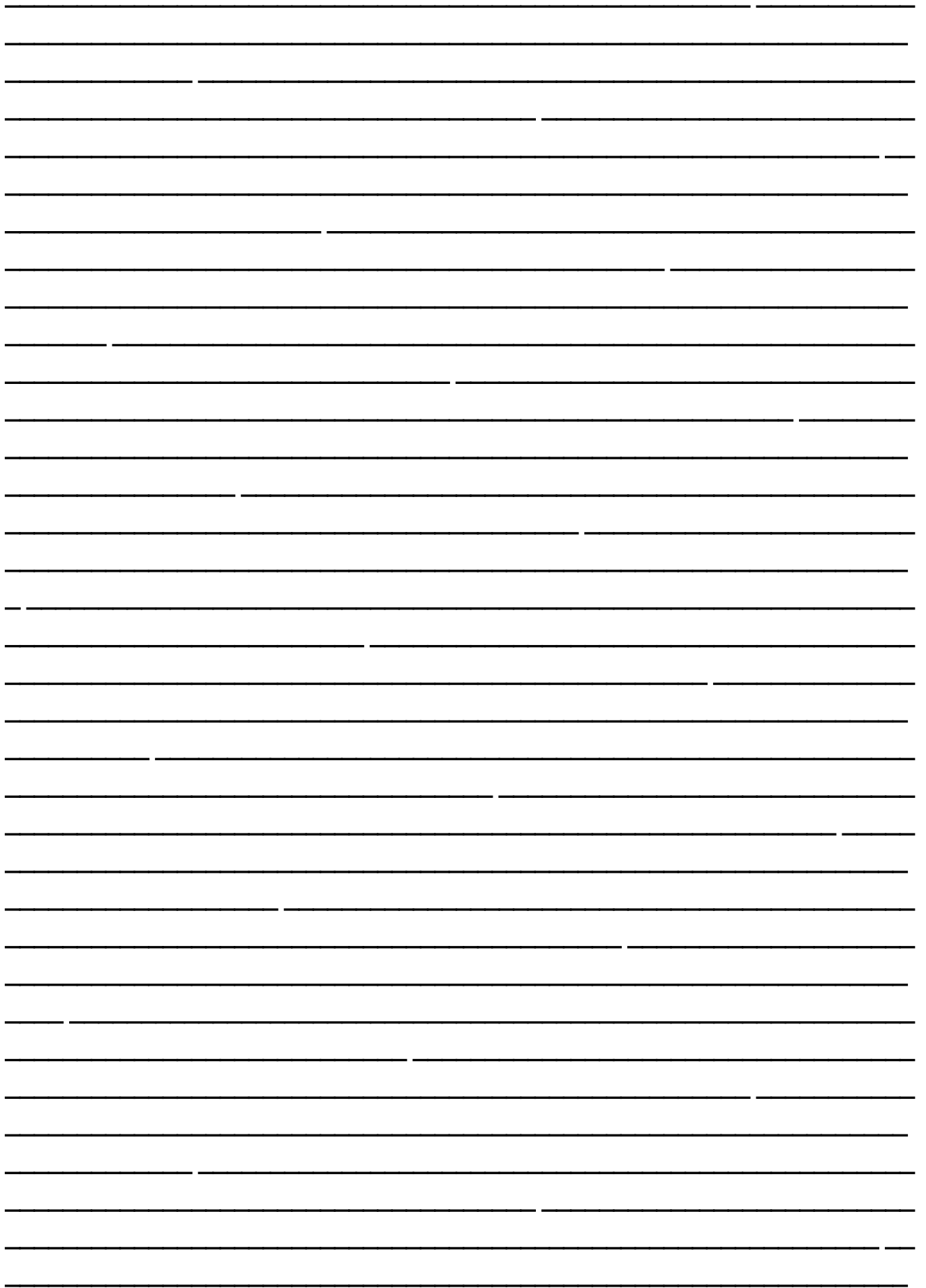
Терапевтің қайтадан тексеруі (Повторные осмотры терапевта) _____

A series of horizontal lines for writing, organized into 10 groups. Each group consists of a long line followed by a shorter line on the left side, creating a margin.

Blank lined area for text entry.

Қосымша тексерулер
Дополнительные обследования

Blank lined area for additional examinations.



Босануға дайындау (Подготовка к родам)

| Ана мектебі | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| Школа подготовки к родам | | | | |
| Күні Дата | Жүктілік мерзімі Срок Беременности | Сабақтардың тақырыбы Тема занятия | Серіктің келуі Посещение партнера | Дәрігердің қолы Подпись врача |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Патронаждық қаралуы (Патронажные посещения)

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Күні (Дата) | | | | |
| Жүктілік мерзімі (Срок беременности) | | | | |
| Шағымы (Жалобы) | | | | |
| Жалпы жағдайы (ісінуі) (Общее состояние (отеки)) | | | | |
| АҚҚ (АД) оң қолында (на правой руке) | | | | |
| сол қолында (на левой руке) | | | | |
| Іштегі баланың орналасуы | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| (Положение плода) | | | | | |
| Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) | | | | | |
| Тұрмыстық жағдайлар (Бытовые условия) | | | | | |
| Әлеуметтік саулы (Социальное благополучие) | | | | | |
| Ұсыныстар (Рекомендации) | | | | | |
| Қолы (подпись) | | | | | |

Педиатр патронажы (Патронаж педиатра) _____

Әлеуметтік қызметкердің патронажы (көрсетілімдер бойынша) (Патронаж соцработника (по показаниям) _____

Акушер-гинеколог дәрігердің қабылдауы

(әрбір қабылдау кезінде толтырылады)

Прием врача акушер-гинеколога

(заполняется при каждом посещении)

Күні (Дата) _____

| | |
|-------|--|
| | Шағымдар(Жалобы) _____ _____ |
| | Жалпы жағдайы (қанағаттандырылған) Общее состояние (удовлетворительное) _____ |
| АҚ | Тері (Кожные покровы) _____ |
| АД | Ісіну (Отеки) _____ |
| Пульс | Іші (жұмсақ, аурусыз) (Живот(мягкий безболезненный) |
| | Жатыр (қалыптытонус, гипертонус) (Матка (в нормотонусе, в гипертонусе) |
| | Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование): |

| |
|---|
| Высота дна матки) _____ см. Ұрықтың орналасуы, (Положение плода) _____ Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) Головное/ тазовое _____ Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) Анық, ырғақты ЖЖЖ мин – қағыс (Ясное, ритмичное ЧСС - ударов в мин) |
| Басқа ағзалары (Другие органы) _____ |
| Несептің шығуы (Мочеиспускание) _____ Нәжіс (Стул) _____ |
| Диагноз: Жүктілік (Беременность) _____ апта (недель). |
| |
| |
| |
| |
| 1) Тексерулер (Обследования): |
| |
| |
| |
| 2) Ұсыныстар (Рекомендации): |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Дәрігердің қолы (Фамилия и подпись врача) _____

Перзентхана көшірмесі (Выписка родильного дома)

Жүктілігіне байланысты демалыс (Отпуск по беременности)

с 20 ____ жылғы(года) " ____ " _____ бастап

по 20 ____ жылғы(года) " ____ " _____ дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № _____

Босануы (Роды) 20 ____ жыл (год) _____ мерзімінде,

бұрын, кейін (в

срок, раньше, позже) на _____ күнге (дней)

Босанды (Роды произошли в) _____

Босану асқынумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс (Послеродовой

дополнительный отпуск при осложненных родах) на _____ күн (дней)

(с) 20____ жылғы (года) " ____ " _____ бастап

(по) 20____ жылғы (года) " ____ " _____ дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № _____

Босанған әйелді бақылау (Наблюдение за родильницей)

| Күні Дата | Шағымы Жалобы | Зерттеу деректері Данные обследования | Кеңестер, тағайындаулар Советы, назначения |
|--------------|------------------|--|---|
| | | 1) флюорография | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Босанудан кейінгі эпикриз

Послеродовый эпикриз

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

Туған күні (Дата и год рождения) _____

Есепке алыну күні (Дата взятия на учет) _____

Тексерілді (Обследована) _____

Жүктілік өтті: экстергениталдық патология барысында (Беременность протекала на фоне:

экстрагенитальной патологии) _____

Осы жүктіліктің асқынуы (Осложнения данной беременности) _____

Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход

беременности: аборт, роды в срок, преждевременные) _____

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

Диагноз _____

Босану ершеліктері (Особенности родов) _____

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

(Рост) _____ сантиметров.

Босанудан кейінгі кезеңнің ағымы (Течение послеродового периода) _____

Флюорография _____

Контрацепция _____

Меңгерушінің қолы (Подпись заведующего) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Приложение 34
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 3
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А5 форматы Формат А5 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 16/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ 16/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

ДИСПАНСЕРЛІК КОНТИНГЕНТТІ БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ

КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДИСПАНСЕРНЫМ КОНТИНГЕНТОМ

Жеке коды/Индивидуальный код _____

Жеке куәлігінің нөмірі/туу туралы куәлігі _____

(Номер удостоверения личности (свидетельства о рождении))

1. Контингент түрі/

Тип контингента

күдікті белсенді ТБ (ТБ сомнительной активности)

белсенді ТБ (ТБ активный)

белсенді емес ТБ (ТБ неактивный)

қатынаста болған (контактный): ТБ КДТ ТБ/МЛУ ТБ КАДТ ТБ /ШЛУ ТБ;

из МБТ(+)

МБТ(-)

нормергия

гиперергиялық әсері (гиперергическая реакция)

БЦЖ жанама әсері (побочная реакция на БЦЖ)

2. Жеке мәліметтері

(Индивидуальные данные)

Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

Туған күні (Дата рождения): _____ / _____ / _____ кк/аа/жжжж/

дд/мм/гггг

Ұлты (Национальность) _____

Жынысы (пол): ер (мужской); әйел (женский)

Нақты тұратын мекенжайы

(Адрес фактического проживания): _____ облысы (область)

_____ қаласы/ауданы _____ елді мекені/

город/район населенный пункт

_____ көшесі/улица ___ үй/дом ___ пәтер/кв

телефоны _____

Тұрғыны (Житель): қала (город) ауыл (село)

Жұмыс орны (место работы) _____

Сауықтырылуы/Оздоровление: санаторийлік топ (санаторная группа)

санаторийлік балабақша (санаторный детский сад)

санаторийлік мектеп-интернат (санаторная школа-интернат)

ТБ санаторийі (ТБ санаторий)

Басталған күні (Дата начала) _____ / _____ / _____ Аяқталған күні (Дата

окончания) _____ / _____ / _____

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**** 1-II топқа ауыстырылғаны/1-Перевод во II группу; 2-басқа мекемеге ауыстырылуы/2-Перевод в другое учреждение; 3-басқа да себептерден н/е ТБ қайтыс болуы/3-Умер от ТБ или других причин; 4-Эпидемиологиялық бақылаудан шығарылуы/4- Снят с эпидемиологического контроля.

Приложение 35
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 3
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 026-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма 026-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ

(балалар үйі үшін) (қыз бала)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА

(для детского дома) (девочка)

Қан тобы

(группа крови) _____

Резус тиістілігі

(резус принадлежность) _____

1. Тегі Аты Әкесінің аты

(фамилия) _____ (имя) _____ (отчество) _____

2. Туған күні айы жылы

(дата рождения): число _____ месяц _____ год _____

3. Туылған жері

(место рождения) _____

4. Ұлты 5. Әлеуметтік жағдайы

(национальность) _____ (статус)

6. Түскен мерзімі: күні _____ айы _____ жылы _____ сағат _____

(дата поступления): (число) (месяц) (год) (время)

7. Кеткен мерзімі күні _____ айы _____ жылы _____ сағ _____

(дата выбытия): (число) (месяц) (год) (время)

8. Қайда ауысты

(адрес выбытия): _____

9. Қанша төсек-күн болды

(проведено койко-дней): _____

10. Жіберген мекеменің диагнозы (диагноз направившего учреждения):

11. Қандай диагнозбен түсті (диагноз при поступлении):

12. Қорытынды диагноз (диагноз заключительный):

**Отбасы туралы мәліметтер
(Сведения о семье)**

| Ата-аналар және басқа балалар (родители и другие дети) Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество) | Туған жылы (дата рождения) | Жұмыс орны, лауазымы, телефоны (бала ұйымы) (где и кем работает, телефон (детские организации)) | Асқынған аурулардың бар-жоғы (наличие запущенных заболеваний) |
|--|----------------------------|---|---|
| Ана (мать) | | | |
| Әке (отец) | | | |
| Басқа балалар (другие дети) | | | |
| | | | |
| | | | |

**Баланың төлқұжаты туралы анықтама
(справка о паспорте ребенка)**

Түскен кезіндегі



| | | | |
|--|--|--|--|
| құжаттар (документы при поступлении) | | | |
| Туу туралы куәлік (свидетельство о рождении) | | | |
| Бас тарту өтініші (заявление об отказе) | | | |
| Баланы тастап кету актісі (акт о подкидыше) | | | |
| № 4 нысан (форма № 4) | | | |
| Қаулы (постановление) | | | |
| Қолдау хат (ходатайство) | | | |

Зертханалық зерттеулер:
(лабораторные исследования):

1. RW _____
2. ВИЧ _____
3. HBSAg и AntiHCV _____

Баланың ауырған аурулары туралы мәлімет (сведения о перенесенных
заболеваниях ребенка):

| Ушыққан инфекциялық аурулар (острые инфекционные заболевания) | Ауырған күні (дата заболевания) | Созылмалы аурулар (хронические заболевания) | Ауырған күні (дата заболевания) |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| Қызылша (корь) | | Туберкулез | |
| Қызамық (краснуха) | | Мерез (сифилис) | |
| Күл ауруы (дифтерия) | | Вирустық гепатиттер (вирусные гепатиты) | |
| Жел шешек (ветряная оспа) | | | |
| Жәншау (скарлатина) | | | |

Туған кездегі салмағы (вес при поступлении) _____

Туған кездегі бойы (рост при поступлении) _____

ДСИ (ИМТ) _____

Бастың шеңбері (окружность головы) _____

Денесінің дамуын бағалау (оценка физического развития):

Жалпы мәлімет

Общие сведения

1. Гинекологиялық анамнез (гинекологический анамнез) _____

2. Әлеуметтік анамнез (социальный анамнез)

Шешесі (мать) _____ Әкесі (отец) _____

Тұрмыстық жағдайы (бытовые условия) _____

Материалдық қамтамасыз ету (материальное обеспечение) _____

3. Акушериялық анамнез (акушерский анамнез) _____

Нәресте мезгілінде туылды (шала туылды) (ребенок родился доношенным (недоношенным)) _____

Босану ағымы қалыпты (қалыпсыз) (течение родов правильное (неправильное)) _____

Операция қолданылды (применение операционного вмешательства) _____

Жансыздандырылды иә, жоқ (обезволивание да, нет) _____

Туылған кезіндегі салмағы (вес при рождении) _____

Ұзындығы (длина) _____

Бастың көлемі (окружность головы) _____

**Рентгент зерттеулерін есепке алу
(учет рентгенологических исследований)**

| Зерттеу күні (дата исследования) | Баланың жасы (возраст ребенка) | Зерттеу сипаты (характер обследования) | Зерттеу саласы (область обследования) |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| | | | |

**Мешелді спецификалық профилактикалауды есепке алу парағы
(лист учета специфической профилактики рахита)**

| Күні (дата) | "Д" витамин мөлшері (Доза витамина "Д") | Күні (дата) | "Д" витамин мөлшері (Доза витамина "Д") | Ультракүлгін сауле - болған жағдайда (бұдан әрі – УКС) (ультрафиолетовое облучение – при наличии (далее - УФО) | | |
|----------------|--|----------------|---|---|-----------------------|----------------------------|
| | | | | Күні (дата) | Арасы (расстояние) | Ұзақтығы (длительность) |
| | | | | | | |

**Антропометриялық деректер
(антропометрические данные)**

| Күні (дата) | Жасы (воз- раст) | Массас (масса) | Бойы (рост) | Басының шеңбері (окруж- ность головы) | Кеудесінің шеңбері (окруж- ность грудной клетки) | Тіс саны (коли- чество зубов) | Физикалық дамуын бағалау (оценка физич. развития) | Психикалық -тірек дамуын бағалау (оценка психо- моторного развития) |
|----------------|------------------------|-------------------|----------------|---|---|---|--|--|
| | | | | | | | | |

**Балалар үйіне түсу кезіндегі алғашқы тексеріп-қарау:
(первичный осмотр при поступлении в Дом ребенка)**

**Тексеріп-қарау міндеттері
(задачи осмотра)**

1. Қауіпті симптомдардың болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)
2. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие)
3. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру (проверить, нет ли врожденных пороков)

развития)

4. Қалыпты бейімделу бойынша ұсыныстар беру (дать рекомендации по нормальной адаптации)

| | |
|--|-------------------------------|
| Тексеріп-қаралу күні (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): ____ Дене қызуы (температура)_____ | |
| Туғандағы дене салмағы (при рождении вес): ____ кг Бойы (рост): ____ см | |
| ИМТ _____ басының шенбері (окружность головы)_____ см | |
| Графиктерді пайдаланып физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики): | |
| Анасының шағымы (жалобы матери): | |
| Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7. Дене қызуының 38 °С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°С); 8. Дене қызуы <35,5 °С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі (бала өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейінгі), білінетін бозару (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы | Иә (да) _____ Жок (нет) _____ |

| | |
|---|--|
| <p>(более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)</p> | |
| <p>СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); басқасы (другое) ...</p> | <p>Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез): Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____</p> |
| <p>Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлексінің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлексстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; автоматтандырылған жүру (автоматической походки) Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица):</p> | |
| <p>(симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы) Тері (кожа): _____ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая) Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____ конъюнктивалар (конъюнктивы) _____</p> | |
| <p>Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус) _____ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "флексорлық қалып") (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза") Көзге көрінетіе туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки) _____</p> | |
| <p>Сүйек жүйесі (костная система) _____ Бас пішіні (форма головы) _____ жігі (швы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ кіші еңбегі (малый родничок) _____ Буынды бағалаңыз (оцените суставы): _____ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы) Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі - болған жағдайда (бұдан әрі – ТЖ) (частота дыхания – при наличии (далее -ЧД) _____ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин) Жүрек-тамыр жүйесі - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖТЖ) органдары (органы</p> | |

сердечно-сосудистой системы – при наличии (далее - ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (частота сердечных сокращений) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____; Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного пульса) _____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) (в норме симметрично с двух сторон)

Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____

Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____

Кіндік (пуповина) _____ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Несеп шығару (мочеиспускание) _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Нәжіс (стул) _____ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

| ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТА ЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ) | ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ) |
|---|--|
| <p>- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жок (Нет) _____</p> <p>- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____</p> <p>- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)</p> | |
| <p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p> | |
| | <p>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені</p> |

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):

Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме?
(кормился ли младенец
грудью в течение последнего
часа?)

емізуді сұраңыз. Емізуді 4
минут

бойы бақылаңыз (если
младенца не
кормили в течение
последнего часа,
попросите мать
приложить его к
груди. Наблюдайте за
кормлением 4
минуты).

- Бала емшекті еме алады
ма?

Тексеру үшін мыналарға
қараңыз

(способен ли ребенок
брать грудь?)

Для проверки
прикладывания,
посмотрите на):

- Иегі емшекке тиеді ме?
(подбородок касается
груди) Иә

(да) ___ Жоқ (нет) ___

- Аузы кең ашылған (рот
широко
раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ
(нет)

- Астынғы еріні сыртқа
айналдырылған (нижняя
губа
вывернута наружу) Иә (да
) ___ Жоқ

(нет) ___

- Ареола ауыздың
астынан емес,
үстінен білінеді (большая
часть
ареолы видна сверху, а не
снизу
рта)

Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___

Емшекке салынбаған (не
приложен
совсем) Толық
салынбаған (приложен
плохо) Жақсы салынған (не
приложен
хорошо)

Нәресте жақсы емеді ме? (не
үзіліспен

| | | |
|---|--|---|
| | <p>баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p> | | <p>Даму проблемалары (проблемы развития)</p> |
| <p>Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца): Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня): 1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ _____</p> | | <p>Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки) _____ Мерзімі (дата) _____</p> |
| <p>Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка) Жайдың гигиенасы (гигиена помещения) _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22 °C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 °C) Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____</p> | | <p>Күту проблемалары (проблемы ухода)</p> |
| <p>Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери): 1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):</p> | | <p>Проблемалар (проблемы)</p> |
| | | <p>Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению)</p> |

| | |
|---|---|
| <p>2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство) 2. терең мұңды (глубокая печаль) 3. жиі жылау (частые слезы) 4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке) 5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины) 6. байбалам ұстамасы (приступы паники) 7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность) 8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) 11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом) 12. секске қызықпау потеря интереса к сексу 13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности) 14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку) | <p>послеродовой депрессии) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности) 2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней) 3. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания) 4. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку) 5. бала туралы ойлау (думать о ребенке) 6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться) 7. жақсы тамақтану (хорошо питаться) 8. өзіне күтім жасау (заботиться о себе) 9. күнделік жүргізу (вести дневник) егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту) |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):</p> | |

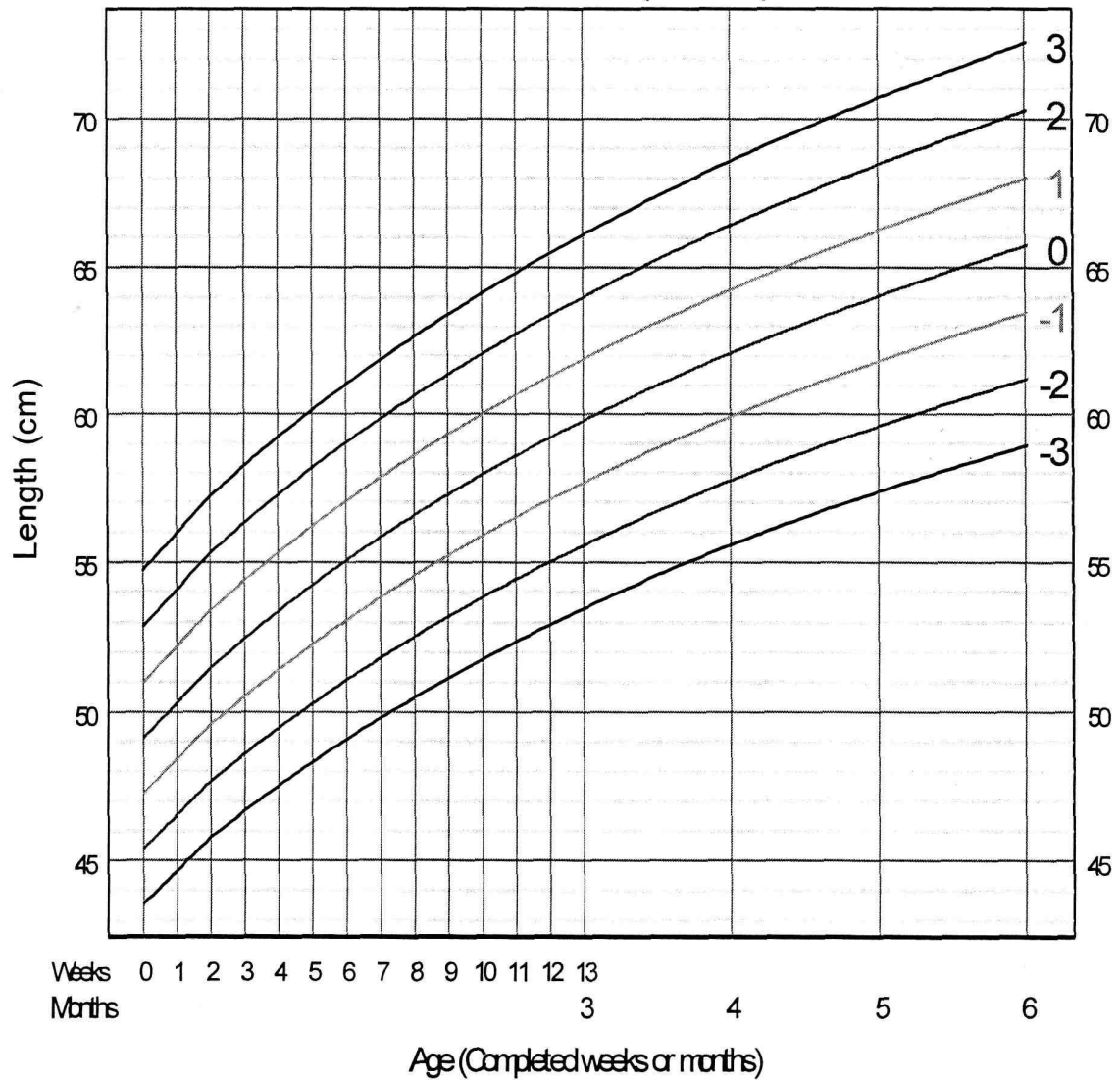
Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания);

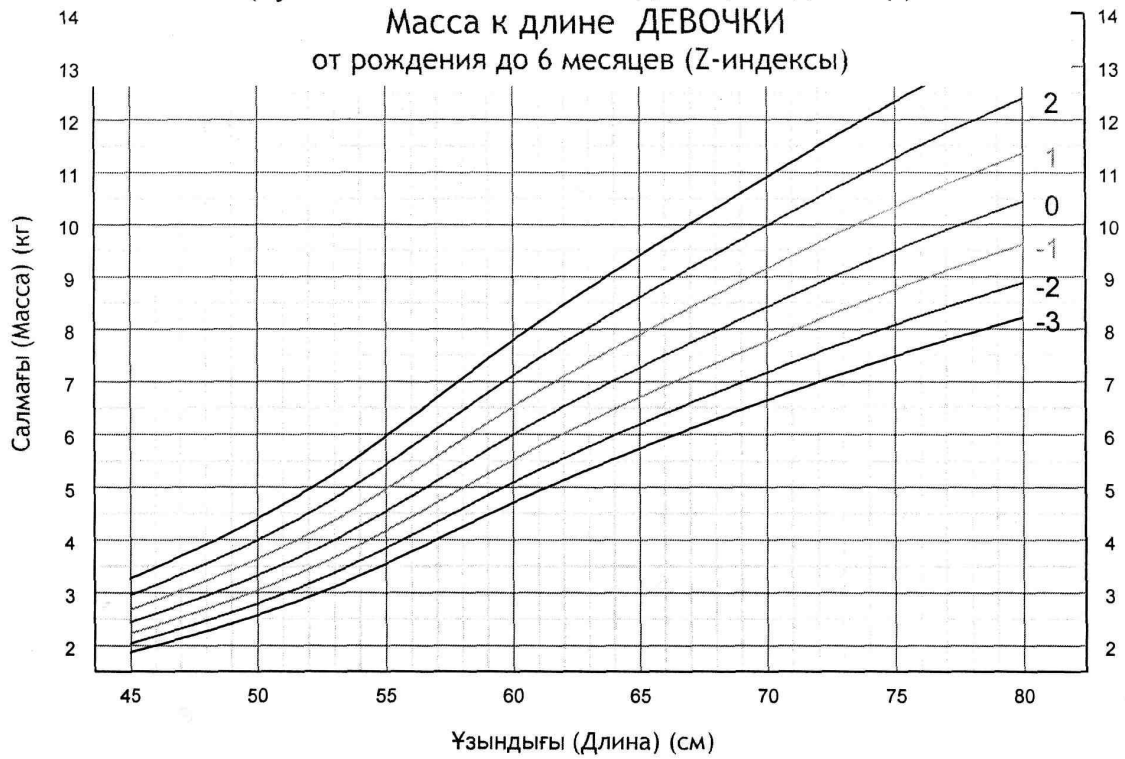
- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания);
- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости));
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери);
- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (требования к помещению и предметам ухода за новорожденным);
- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);
- Нәресте күтімі, серуендеу режимі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны);
- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки));
- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации);
- Дәрігер (врач):

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

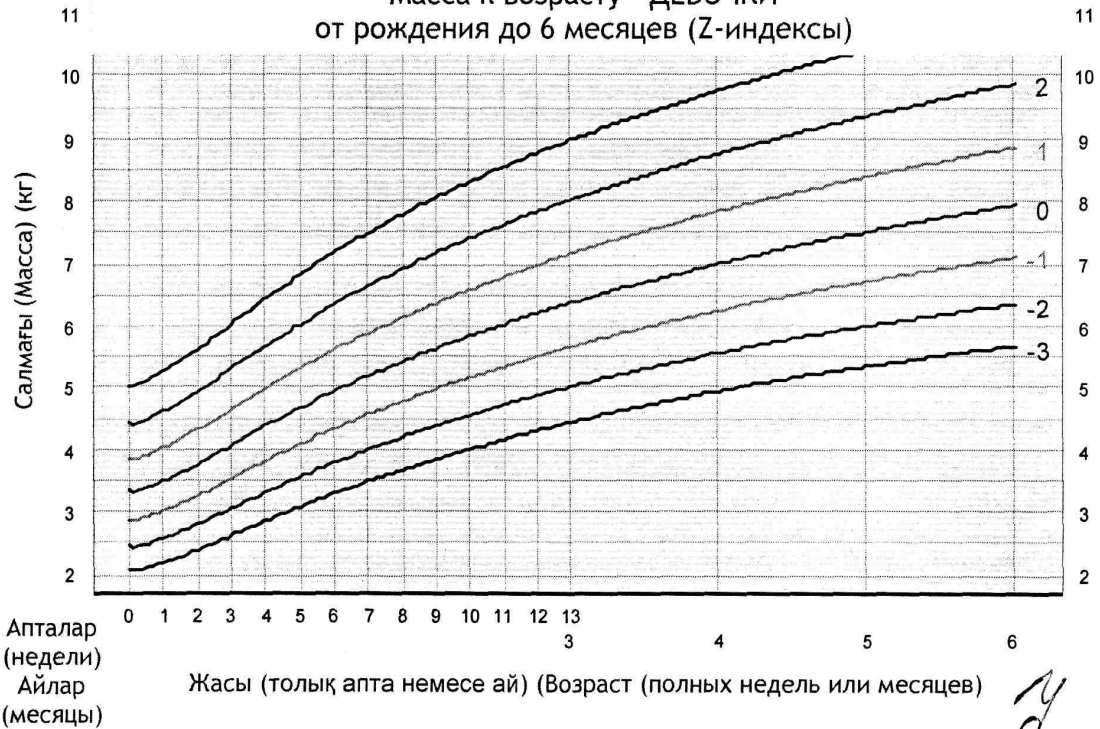
Length-for-age GIRLS Birth to 6 months (z-scores)



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

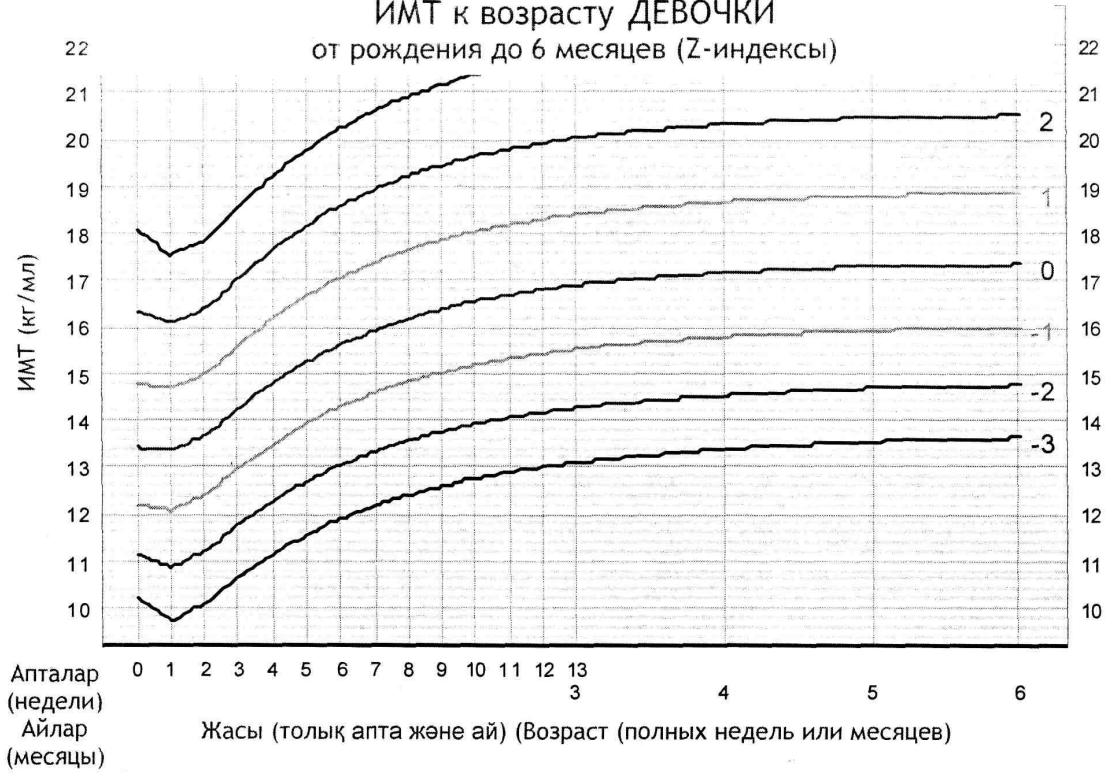


Қыздың жасына қарай дене салмағы
(туғаннан бастап 6 айға дейін)
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)

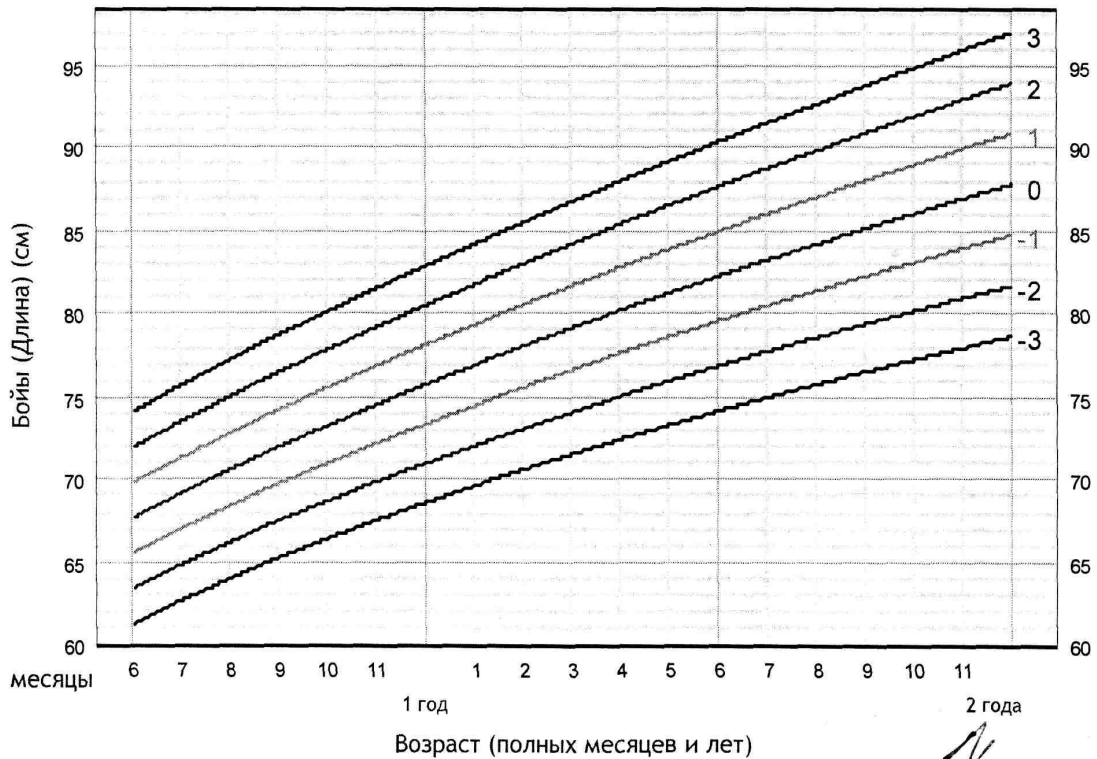


24

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

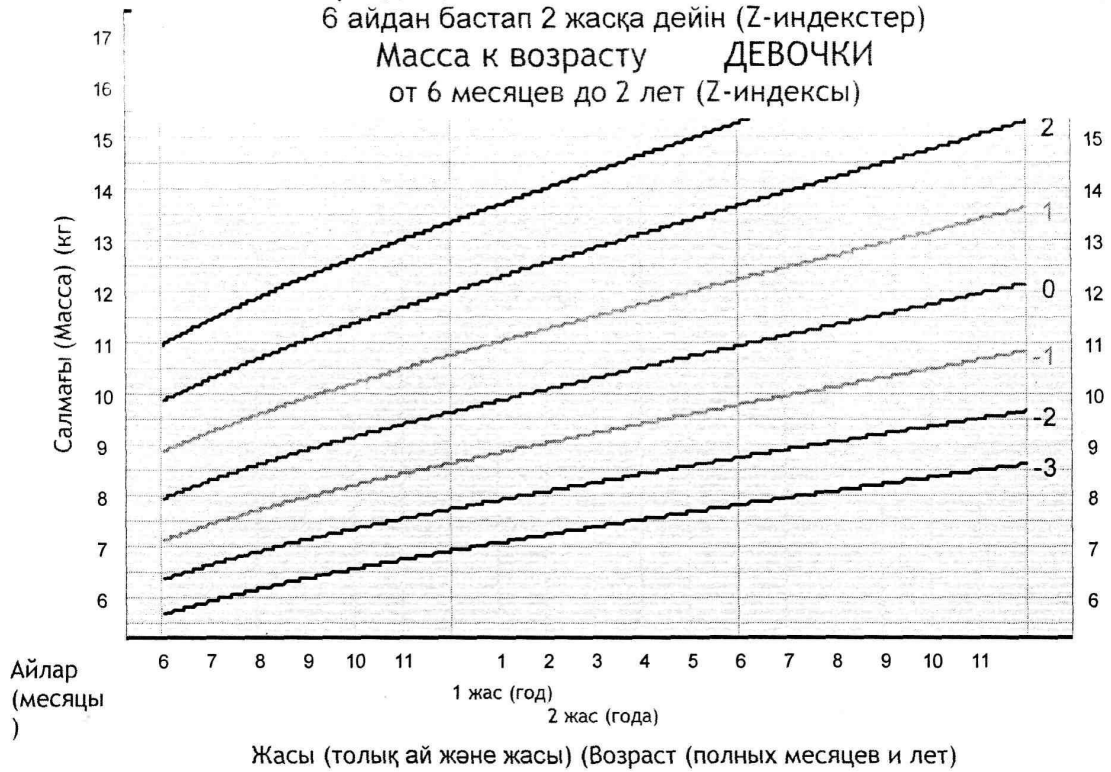


Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)

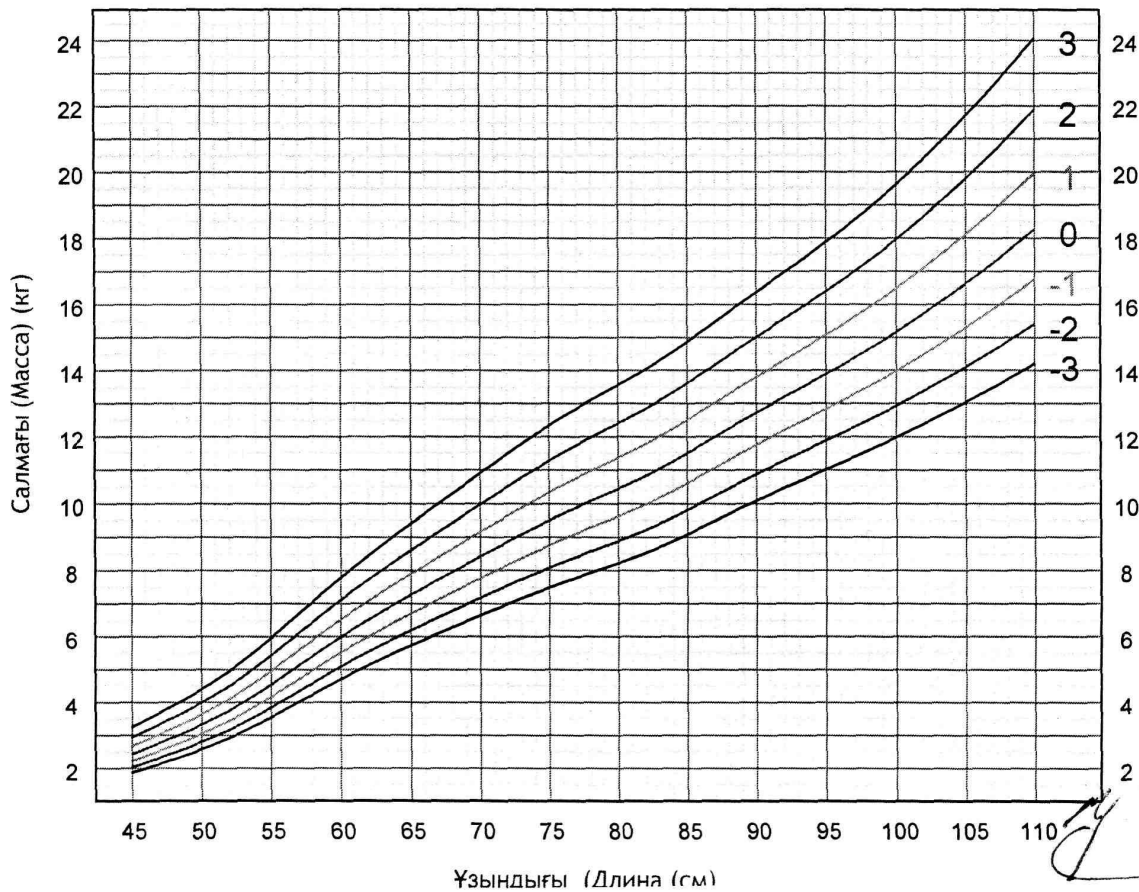


Handwritten signature or mark.

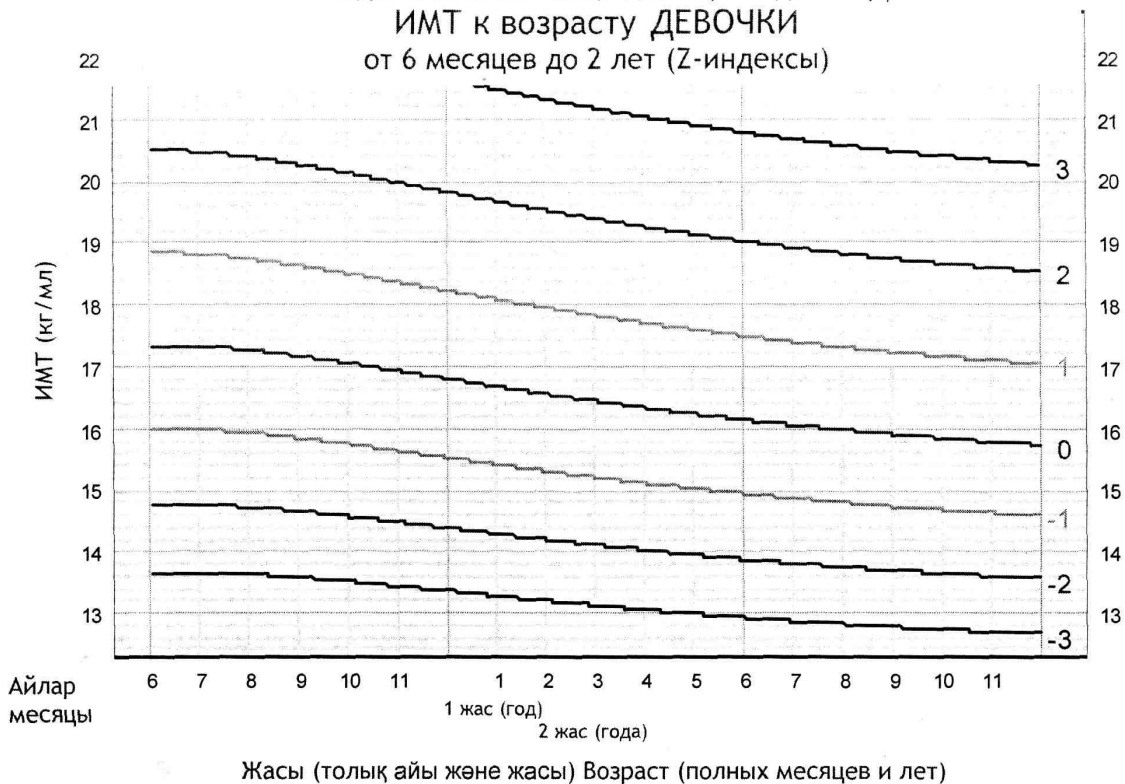
Қыздың жасына сәйкес дене салмағы
6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-индекстер)
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



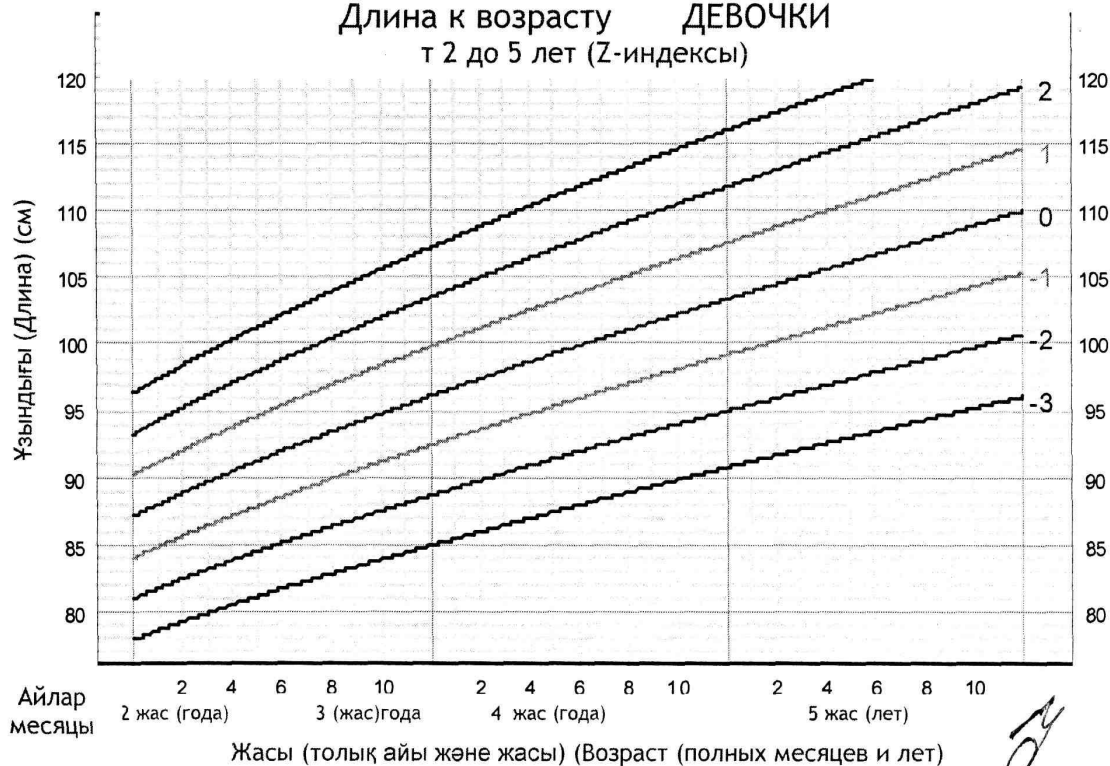
Қыздың жасына байланысты дене салмағы
(Масса к длине ДЕВОЧКИ)



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

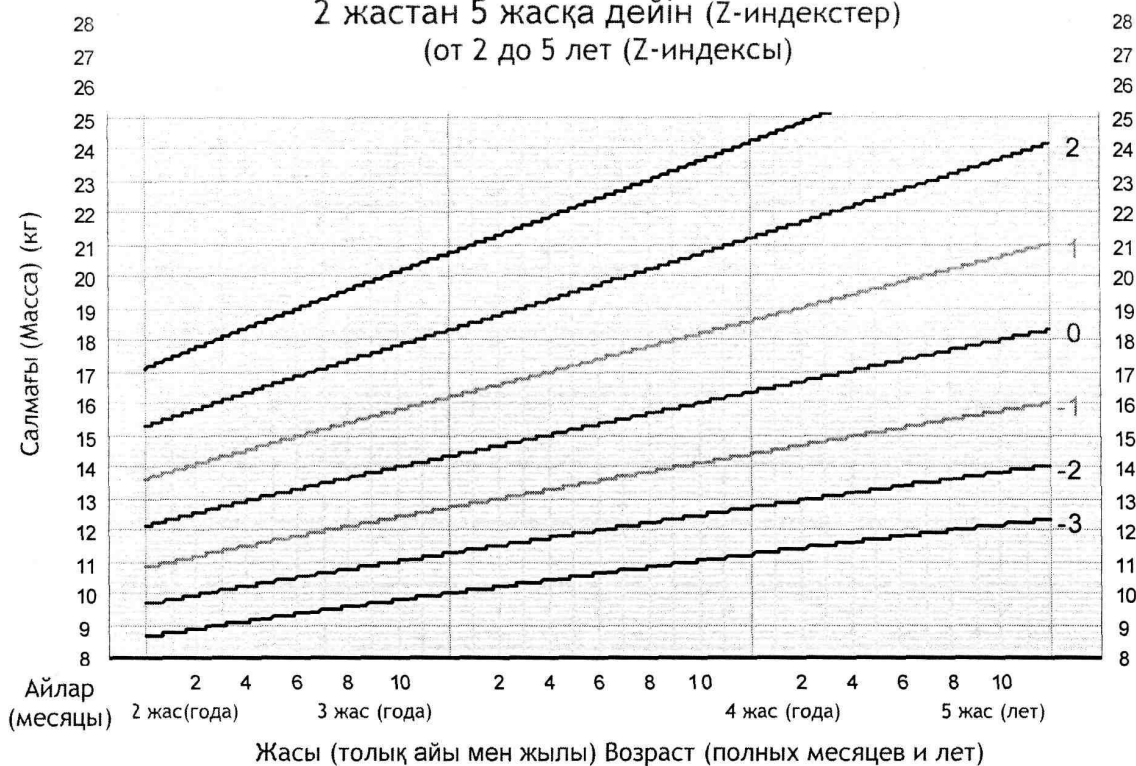


Қыздың жасына сәйкес бойының ұзындығы
 2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-индекстер)
 Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
 т 2 до 5 лет (Z-индексы)

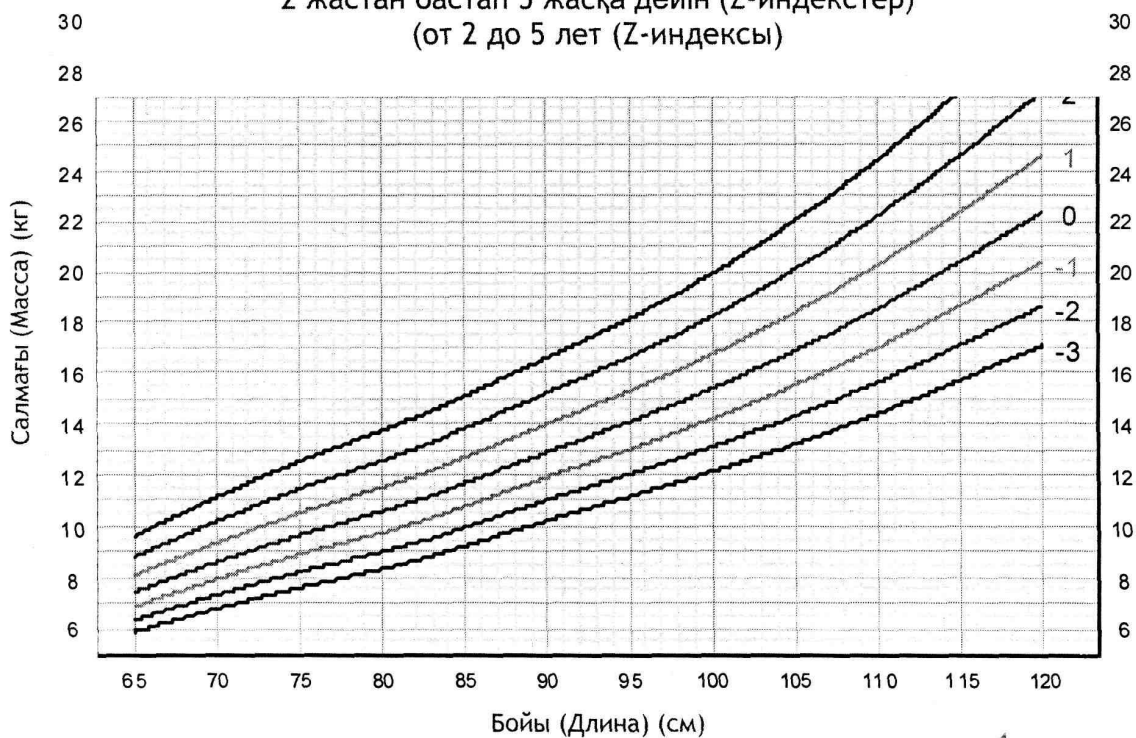


Handwritten signature and initials.

Қыздың жасына байланысты дене салмағы
(масса к возрасту ДЕВОЧКИ)
2 жастан 5 жасқа дейін (Z-индекстер)
(от 2 до 5 лет (Z-индексы))



Қыздың жасына дене салмағы (масса к длине
ДЕВОЧКИ)
2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-индекстер)
(от 2 до 5 лет (Z-индексы))



| | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Туберкулезге (туберку- леза) | ай (результат 1 месяц) | | | | | | | | |
| | Қорытынды 3 ай (результат 3 месяц) | | | | | | | | |
| | Қорытынды 6 ай (результат 6 месяц) | | | | | | | | |
| | Қорытынды 1 жыл (результат 1 год) | | | | | | | | |
| | 1 ревакцинация | | | | | | | | |
| В вирустық гепатитке (Вирусного гепатита В) | Вакцинация | 1 | | | | | | | |
| | | 2 | | | | | | | |
| | | 3 | | | | | | | |
| Полиоми- елитке (Полиоми- елита) | Вакцинация | 1 | | | | | | | |
| | | 2 | | | | | | | |
| | | 3 | | | | | | | |
| 1 ревакцинация | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Күлге, көкжөтелге, сіреспеге (дифтерии, коклюша, столбняка) | Вакцинация | 1 | | | | | | | |
| | | 2 | | | | | | | |
| | | 3 | | | | | | | |
| 1 ревакцинация | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Гемофилиялық инфекцияға (гемофильной инфекции) | Вакцинация | 1 | | | | | | | |
| | | 2 | | | | | | | |
| | | 3 | | | | | | | |
| 1 ревакцинация | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Қызылшаға, паротитке, қызамыққа (кори, паротита, краснухи) | Вакцинация | | | | | | | | |
| | Ревакцинация | | | | | | | | |
| А вирустық гепатитке (Вирусного гепатита А) | Вакцинация | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Күлге, сіреспеге (дифтерии, столбняка) | 1 | | | | | | | | |
| | ревакцинация | | | | | | | | |
| | 2 | | | | | | | | |
| | ревакцинация | | | | | | | | |
| | 3 | | | | | | | | |
| | ревакцинация | | | | | | | | |

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

| Қарсы екпе (прививка против): | Вакцинация немесе (или) ревакцинация | мерзі- мі (дата) | Жасы (воз- раст) | Мөл- шері (доза) | Сериясы (серия) | Енгізу тәсілі (спо- соб введе- ния) | Өндіруші мемлекет (страна произво- дитель) | Реакция | |
|-------------------------------------|--|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|--|--|-----------------------------------|----------------------------|
| | | | | | | | | Жергі- лікті (мест- ная) | Жал- пы (об- щая) |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

МАНТУ РЕАКЦИЯСЫ (РЕАКЦИЯ МАНТУ):

| Манту реакциясы (реакция Манту): | Күні (дата) | Жасы (возраст) | Мөл- шері (доза) | Туберкулин сериясы (Серия туберкулина) | Өндіруші мемлекет (страна- произ- водитель) | Ин- филь- трат көлемі (раз- мер ин- филь- трата) | Нәтиже (ре- зульт- тат) | Фтизиат- рдың қорытын- дысы (Заключе- ние фтизиатра) |
|---|----------------|-------------------|------------------------|---|---|--|----------------------------------|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

Нәрестені тексеріп-қарау міндеттері (задачи осмотра новорожденного):

1. Туғаннан кейін қалыпты бейімделуіне көз жеткізу (удостовериться в нормальной адаптации после рождения);
2. Қатерлі белгілердің болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)
3. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие);
4. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру (проверить, нет ли врожденных пороков развития).

| | |
|---|--|
| Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): ____. | |
| Дене қызуы (температура) _____ | |
| Туғандағы (при рождении): Салмағы (вес): ____ кг Бойы (рост) ____ см ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері (окружность головы) _____ см | |
| Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики): | |
| Шағымдар (жалобы): | |
| <p>Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3 Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7.. Дене қызуының 38 °C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5°C төмен және жылытқанға қарамастан</p> | |

көтерілмеуі (температура тела менее $<35,5^{\circ}\text{C}$ и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозаруы (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11 Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)

Иә (да) _____ Жок (нет) _____

СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); басқасы (другое)

Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез):

Иә (да) _____ Жок (нет) _____

Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлексінің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлекстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; автоматтандырылған жүру (автоматической походки) Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица):

(симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)

Тері (кожа): _____ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая)

Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____ конъюнктивалар (конъюнктивы)

Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус) _____ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "флексорлық қалып") (в норме гипертонус

верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза")
Көзге көрінетін туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки)

Сүйек жүйесі (костная система)

Бас пішіні (форма головы) _____ жігі (швы)

Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ кіші еңбегі (малый родничок) _____

Буынды бағалаңыз (оцените суставы): _____ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы)

Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі

(ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)

ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____; Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного пульса) _____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) (в норме симметрично с двух сторон)

Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____

Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____

Кіндік (пуповина) _____ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Несеп шығару (мочеиспускание) _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Нәжіс (стул) _____ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ
БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТА
ЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)

ТАМАҚТАНДЫРУ
ПРОБЛЕМАЛАРЫ
(ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)

- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жок (Нет) _____

- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____

- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жок (нет) ____

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) ____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой ____ чашкой и ложкой _____)

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

**ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ
БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):**

Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)

Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).

- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь?)

Для проверки прикладывания, посмотрите на):

- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ____ Жок (нет) ____

- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ____ Жок (нет) _

- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ____ Жок (нет) ____

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

Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (не приложен

| | | |
|--|--|---|
| | <p>плохо) Жаксы салынған (приложен хорошо)</p> <p>- Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?)</p> <p>Мүлдем ембейді (не сосет совсем)</p> <p>Жаксы ембейді (сосет неэффективно)</p> <p>Жаксы емеді (сосет эффективно)</p> <p>- Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>Даму максатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)</p> <p>- Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)</p> <p>- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p> | | <p>Даму проблемалары (проблемы развития)</p> |
| <p>Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца):</p> <p>Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня):</p> <p>1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ _____</p> | | <p>Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки) _____</p> <p>Мерзімі (дата) _____</p> |
| <p>Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка)</p> <p>Жайдың гигиенасы (гигиена помещения _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22°C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22°C)</p> <p>Баланың гигиенасы (гигиена ребенка)</p> <p>_____</p> | | <p>Күтім жасау проблемалары (проблемы ухода)</p> |
| <p>Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери):</p> <p>1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):</p> | | <p>Проблемалар (проблемы)</p> |
| | | <p>Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии):</p> <p>10. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау</p> |

| | |
|---|--|
| <p>2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство) 2. терең мұңды (глубокая печаль) 3. жиі жылау (частые слезы) 4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке) 5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины) 6. байбалам ұстамасы (приступы паники) 7. есенгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность) 8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) 11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом) 12. секске қызықпау потеря интереса к сексу 13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности) 14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку) | <p>(позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности)</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней) 12. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания) 13. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку) 14. бала туралы ойлау (думать о ребенке) 15. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться) 16. жақсы тамақтану (хорошо питаться) 17. өзіне күтім жасау (заботиться о себе) 18. күнделік жүргізу (вести дневник) егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту) |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):</p> | |

Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания)
- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания)
- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости))
- Ананың құнарлы тамақтануы (оптимальное питание матери)
- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери)

- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (требования к помещению и

предметам ухода за новорожденным)

- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған

талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы)

(безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и

игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Нәресте күтімі, серуендеу режимі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим

прогулок гигиенические ванны)

- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила

поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).

- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации)

Дәрігер (врач):

Дәрігердің тексеріп-қарауы (15-ші күн) (Осмотр врачом (15-й день))

| | |
|--|--|
| Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ / __ / __ Жасы (возраст): ____ Дене қызуы (температура) _____ | |
| Шағымдар (жалобы): | |
| Қауіп себептерін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 °C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5 °C төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка)); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около | |

| | |
|---|--|
| <p>пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса ірінді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)</p> | <p>Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> |
| <p>Тері (кожа): Кіндік (Пуповина) _____ Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) конъюнктивалар (конъюнктивы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____; Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул) _____</p> | <p>ДИАГНОЗЫ:</p> |
| <p>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)</p> | <p>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)</p> |
| <p>- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жок (Нет) _____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пишу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)</p> | |
| <p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным</p> | |

вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

| | | |
|--|--|--|
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p> | <p>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):</p> <p>- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жок (нет) ___</p> <p>Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо)</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе актандактарды (уылу) ізденіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p> | | <p>Даму проблемалары (проблемы развития)</p> |

| | |
|--|--|
| КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): | КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА) |
| Балаға қатыгез мінез көрсету белгілері (признаки жестокого обращения с ребенком): физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность. | Иә (да) Жоқ (нет) |
| Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіп белгілері (тревожные признаки, требующие специализированной помощи): Есту бойынша (по слуху) Көру бойынша (по зрению) | Проблемалар (проблемы) |
| АНАНЫҢ ҚАУІПТІ АУРУЛАРДЫҢ БЕЛГІСІН БІЛУІ (ЗНАНИЕ МАТЕРИ ОПАСНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ) | Иә (да) Жоқ (нет) |
| АНА ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): | ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) |
| ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ): | |

Ұсыныстар (рекомендации):

1. Тек емшекпен емізуді қолдау (поощрение исключительно грудного вскармливания);
2. Емізетін ананың тиімді тамақтануы және ұйқы/демалу режимі (оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери);
3. Нәресте күтімі (уход за новорожденным);
4. Психоәлеуметтік дамуды ынталандыру (стимуляция психосоциального развития);
5. Қауіпсіз орта (нәресте киіміне, күтім жасау заттарына және ойыншықтарға қойылған талаптар) және жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);
6. Бала сырқаттанғанда күту және мінез-құлық қағидасы (правила поведения и уход в случае болезни ребенка);
7. Баладағы қауіпті аурулардың белгісінде ананың тез арада дәрігерге баруын үйрету:

емшек еме алмайды, әрбір емген немесе су ішкен жағдайда құсу, сіреспе, летаргиялық

немесе ес-түссіз (обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать

немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после

каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания);

8. Басқа (другое).

Дәрігер (Врач):

Дәрігердің баланы 1 айында тексеріп-қарауы (осмотр ребенка 1 месяца жизни врачом)

| | |
|--|--|
| Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20 __ __ / ____ Жасы (возраст): ____ . Дене қызуы (температура) _____ | |
| Салмағы (вес) _____ гр Бойы (рост) ____ см ИМТ _____ Басының шеңбері (окружность головы) ____ см | |
| Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики): | |
| Шағымдар (жалобы): | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА) Тері (кожа): Кіндік (Пуповина) _____ Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____ Аңқа (зев) _____ Конъюнктивалар (конъюнктивы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ Тыныс алу органдары (органы дыхания) _____ Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____ Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____ Нәжіс (стул) _____ | ДИАГНОЗЫ: |
| ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚ АҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ) | ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ) |
| - Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности | |

при кормлении?) Иә (да) _____ Жок (Нет) _____

- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____

- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).

- Бала емшекті еме алады ма?

Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь?)

Для проверки прикладывания, посмотрите на):

- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

БАҒАЛАҢЫЗ - Астыңғы еріні сыртқа (ОЦЕНИТЕ айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):

Нәресте - Ареола ауыздың астынан емес, соңғы сағатта үстінен білінеді (большая часть емшекпен ареолы видна сверху, а не снизу емізілді ме? рта)

(кормился ли Иә (да) _____ Жок (нет) _____

младенец Емшекке салынбаған (не приложен грудью в совсем) Толық салынбаған (приложен течение плохо) Жақсы салынған (приложен последнего хорошо) часа?)

- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему)

| | |
|--|--|
| <p>(эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы емеді (сосет эффективно) - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС): Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня) В гепатиті 1- 0 БЦЖ АҚДС 1 + hib 1 В гепатиті 2 ОПВ-1 АҚДС 2 + hib 2 1 айында _____мм БЦЖ-дан беріштің даму динамикасын бағалау (оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц_____ мм) Және перифериялық лимфотүйіндерді (и периферических лимфоузлов)</p> | <p>Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки) _____ Күні (дата) _____</p> |
| <p>Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p> | <p>Мөлшері (доза) _____ Ұзақтығы (длительность) _____</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРЛЫҚ ДАМУ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ): До= Др= Ра= Рп= Н= Ә= ДАМУ МАҚСАТЫНДА КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p> | <p>Қалмаған (Не отстает) _____ эпикриздік мерзімге қалып қойған Отстает на _____ эпикризный срок ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)</p> |
| <p>КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику) 2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям)</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности):</p> <p>1. Жіі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігін төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 °C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5°C төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5°C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка)); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)</p> | <p>КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)</p> |
| <p>БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком):</p> <p>Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)</p> | <p>ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ықтимал керендік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт) - Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе) - Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия) | <p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)</p> <p>Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию)</p> |

| | |
|---|--|
| <p>(особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит)</p> | <p>узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, жатыр ішіндегі спираль - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, внутриматочная спираль – при наличии (далее - ВМС)</p> | <p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)</p> |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):</p> | |

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
- Жасына сәйкес психоэлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья);
- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы,

екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения,

возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают

прививки);

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету

(Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного

случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

(Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер (Врач):

Дәрігердің баланы 2 айында тексеріп-қарауы (осмотр ребенка 2 месяца жизни врачом)

| | |
|---|-----------|
| Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): ____. | |
| Дене қызуы (температура) _____ | |
| САЛМАҒЫ (ВЕС) _____ гр. БОЙЫ (РОСТ) ____ см. ИМТ _____ Басының шеңбері (Окружность головы) ____ см | |
| Бағандарды пайдаланумен, физикалық дамуын бағалаңыз (Оцените физическое развитие, используя графики): | |
| Шағымдар (жалобы): | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА) Тері (кожа): Кіндік (пуповина) _____ Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) Аңқа (Зев) Конъюнктивалар (конъюнктивы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____ Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ | ДИАГНОЗЫ: |

| | |
|---|--|
| <p>бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____ Нәжіс (стул) _____</p> | |
| <p>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚ АҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)</p> | <p>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)</p> |
| <p>- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жок (Нет) _____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)</p> | |
| <p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):</p> | |
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта</p> | <p>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Аузы кең ашылған (рот широко открыт) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>емшекпен емізді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p> | <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Тольқ салынбаған (приложен плохо) Жаксы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) ізденіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС):</p> | <p>:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня)</p> <p>В 1- 0 В гепатиті БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>2 В гепатиті ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2</p> | <p>Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки) _____</p> <p>Күні (дата) _____</p> |
| <p>Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p> | | <p>Мөлшері (доза)</p> <p>Ұзақтығы (длительность)</p> |
| <p>ПСИХОҚОЗҒАЛЫС ДАМУЫ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ):</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Ә=</p> <p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)</p> <p>- Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)</p> <p>- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p> | | <p>Қалмаған (Не отстает) _____ эпикриздік мерзімге қалып қойған</p> <p>Отстает на _____ эпикризный срок</p> <p>ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)</p> |
| <p>КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):</p> <p>1. 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда</p> | | |

необходимо обратиться к медицинскому работнику)
2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям)

3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности):

1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 °C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5 °C төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение

ПРОБЛЕМЫ УХОДА

БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком):

Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)

ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)

Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи)

- Ықтимал керендік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением)
- Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт)
- Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе)
- Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия

ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)

Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения

| | |
|--|---|
| (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит). | специализированной помощи (психолог, логопед и т.д) |
| <p>АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ):</p> <p>Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)</p> | <p>АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ):</p> <p>Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)</p> |
| ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ): | |

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
- Жасына сәйкес психоэлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья);
- Вакцинация (уақтылы егу, екеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы,

екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения,

возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают

прививки);

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету

(Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного

случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

(Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер (врач):

Дәрігердің 3 айлық баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка 3 месяцев жизни врачом

| | |
|--|--------------------|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА | |
| Терісі: /Кожа: | |
| Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов | |
| Ауыз қуысының шырышы Аңқа | |
| Слизистые ротовой полости Зев | |
| Конъюнктивалары /конъюнктивы | |
| Үлкен еңбек / Большой родничок _____ | |
| Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ | |
| Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ | |
| | ДИАГНОЗ: /ДИАГНОЗ: |

| | |
|---|---|
| <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____</p> <p>Жүрек соғыының ырағы /Сердечный ритм _____</p> <p>Жүрек соғыының дыбысы /Сердечные шумы _____</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару/Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p> | |
| <p>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚ АҢЫЗ/ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</p> | <p>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</p> |
| <p>- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? ___рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>- Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ / _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой</p> | |
| <p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p> | |
| | <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p> | <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сорама)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады</p> <p>- Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АҚДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3 ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов</p> | | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> |
| <p>Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p> | | <p>Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность</p> |
| | | |

| | |
|--|---|
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для</p> |

| | |
|--|--|
| (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит. | выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д) |
| АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи | МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ |
| ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
- Жасына сәйкес психоэлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья);
- Вакцинация (уақтылы егу, екепеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки);
- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету

(Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

(Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 4 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка 4 месяцев жизни врачом

| | |
|---|-------------------|
| Тексеріп қарау күні ______\ 20__ /Дата осмотра ______\ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ | ДИАГНОЗ:/ДИАГНОЗ: |
| ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; | |
| Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ | |
| Несеп шығару /Мочеиспускание _____ | |

| | |
|---|--|
| Нәжіс /Стул _____ | |
| <p>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</p> | <p>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</p> |
| <p>- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? ___рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>- Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ / _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой</p> | |
| <p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p> | |
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ</p> | <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p> | <p>____ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сорама)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) ізденіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АҚДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3 ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов</p> | | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> |
| <p>Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p> | | <p>Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p> | | <p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |

| | |
|--|---|
| <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт.</p> <p>- Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</p> <p>- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <p>- Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>5. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> |

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
- Жасына сәйкес психоэлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья);
- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки);
- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);
- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);
- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

(Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 5 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом

| | |
|--|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы _____ /Температура _____ Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ _____ /ИМТ _____ Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ; Жүрек соғының ырғағы /Сердечный ритм _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ ; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочевыделение _____ Нәжіс /Стул _____ | ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ: |
| ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІНІҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ | ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ |
| - Тамақтандыру кезінде қиыншылықтар туындай ма? Иә _____ Жоқ _____ Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Бала емшек емеді ме? Иә _____ Жоқ _____ | |

Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет ____

- Еметін болса, 24 сағат ішінде қанша рет? _____ рет

Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

- Түнде емшекпен емізесіз бе? Иә ____ Жоқ ____

- Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет ____

- Бала басқа тамақты жейді ме немесе сұйықтықты ішеді ме?
Иә ____ Жоқ ____

Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет ____

- Ішсе және жесе, неше рет? Тәулігіне қанша рет және тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____

- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой ____ чашкой и ложкой

Нәрестенің жасы 1 айлықтан кем болса немесе тамақтандыру кезінде қиыншылықтар туындаса (емшекпен емізу қиындықтары бар; нәресте тәулігіне емшекті 8 реттен кем емсе, басқа да тамақты жесе немесе сұйықтықты ішсе; өзінің жасына салмағы төмен болса)

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормил ли младенец грудью в течение последнего часа?

Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Бала емшекті еме алады ма?
/Способен ли ребенок брать грудь?
Тексеру үшін мыналарға қараңыз
/Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____

- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____

- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____

- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта
Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____

Емшекке салынбаған/Не приложен

| | | |
|---|---|---|
| | <p>совсем Толық салынбаған/Приложен плохо Жаксы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сорама)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) ізденіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АҚДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3 ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов</p> | | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> |
| <p>Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p> | | <p>Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может</p> | | |

| | |
|---|--|
| <p>есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдык қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт.</p> <p>- Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</p> <p>- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <p>- Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

- Ұсыныстар (рекомендации):
- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
 - Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);
 - Жасына сәйкес психоэлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и

- моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);
 - Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);
 - Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья));
 - Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки));
 - Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);
 - Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);
 - Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);
 - Басқасы (Другое).
- Дәрігер/Врач

Дәрігердің 6 айлық баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ______\20__ /Дата осмотра ________ 20__

| | |
|---|--|
| <p>Жасы: _____ /Возраст: _____</p> <p>Температурасы _____ /Температура _____</p> <p>Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр.</p> <p>Бойы _____ см. /Рост _____ см.</p> <p>ДСИ _____ /ИМТ _____</p> <p>Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.</p> <p>Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:</p> | |
| <p>Шағымдар: /Жалобы:</p> | |
| <p>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА</p> <p>Терісі: /Кожа:</p> <p>Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов</p> <p>Ауыз қуысының шырышы Аңқа</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев</p> <p>Конъюнктивалары /конъюнктивы</p> <p>Үлкен еңбек / Большой родничок _____</p> <p>Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____</p> <p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;</p> <p>Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМУ ТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕСІ</p> <p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Ә=</p> | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание

Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____

Жок/Нет _____

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

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью?

Иә/Да _____ Жок/Нет _____

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____

Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____

- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____

- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов:

Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.

- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи?

Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____

Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:

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

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

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

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай?

Иә/Да _____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ___/___ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2

Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки

| | |
|--|--|
| <p>АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>_____</p> <p>Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдык қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт</p> <p>- Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе</p> <p>- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <p>- Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.)/При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген " Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру

қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және

сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/
Прикорм:

правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора,

гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество,

питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего

возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие

соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен

арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям

специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет

үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в

случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью,

режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарыны

іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у
врача.

- Басқа/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 7 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом

| | |
|--|-----------------------------|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар:/Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ | ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ: |
| ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ ; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочевыделение _____ Нәжіс /Стул _____ | |
| ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы | ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ |

| | |
|---|---|
| <p>общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p> | <p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/ _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>қанша күн ____/сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты</p> <p>Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай?</p> <p>Иә/Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____</p> <p>бетелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + кызамық/краснуха + паротит/паротит</p> <p>АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация</p> <p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____</p> <p>мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____</p> <p>мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки</p> <p>_____</p> <p>Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛІ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Аяқ-кол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда</p> |

| | |
|--|---|
| <p>қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <p>- Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха)</p> <p>- Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <p>- Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт</p> | <p>мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "

Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру

қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және тамақты дайындау және сақтаудың

гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного

ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила

приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно

методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25

сентября 2006г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен

арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям

специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у

врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 8 айлық баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра ________20__

Жасы: _____ /Возраст: _____

Температурасы _____ /Температура _____

Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр.

Бойы _____ см. /Рост _____ см.

ДСИ _____ /ИМТ _____

Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивалары /конъюнктивы

Үлкен еңбек/Большой

| | |
|--|--|
| <p>родничок _____</p> <p>Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____</p> <p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;</p> <p>Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____;</p> <p>Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Моченепускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Ә=</p> | <p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее</p> <p>тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных</p> | |

приемов пищи в день? _____

- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____

- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл.

- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____

Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:

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

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

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

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

ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2

Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация

НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация

БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки

Күні/Дата _____

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/
ПРОБЛЕМЫ
УХОДА

| | |
|---|--|
| <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Аяқ-кол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <p>- Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха)</p> <p>- Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <p>- Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "

Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру

қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және

сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/
Прикорм:
правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора,
гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество,
питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего
возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно
возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен
арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям
специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей
тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае
болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим
кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының
іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и
несчастливого случая.
- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у
врача.
Дәрігер/Врач

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

| | |
|--|---|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы _____ /Температура _____ Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ _____ /ИМТ _____ Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек/Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы _____; /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочевыделение _____ Нәжіс /Стул _____ | ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ: |
| ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком? | ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ |
| ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= | Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок |
| ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ | |

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание
Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да
____ Жок/Нет ____

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

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет ____
Тамақтанса, күніне _____ рет
_____ мл./Если Да, _____ мл _____
раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____

- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____

- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов:
Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл.

- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи?
Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____

Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:

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

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

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

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

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня
Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2

| | |
|--|---|
| <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Ише, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной</p> |

| | |
|--|----------------------------------|
| контакт | помощи (психолог, логопед и т.д) |
| АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи | |
| ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген " Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру

қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және

сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/
Прикорм:

правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора,

гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество,

питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего

возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен

арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям

специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастливого случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у

врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 10 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом

| | |
|--|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА | |
| Терісі: /Кожа: | |
| Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов | |
| Ауыз қуысының шырышы Аңқа | |
| Слизистые ротовой полости Зев | |
| Конъюнктивалары /конъюнктивы | |
| Үлкен еңбек/Большой | |
| родничок _____ | |
| Тыныс алу органдары: /Органы | |
| дыхания: _____ | |
| Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания | |
| _____ | |
| ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі | |
| (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; | |
| Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм | |
| _____ ; Жүрек соғуының дыбысы | |
| /Сердечные шумы _____; | |
| Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот | |
| _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка | |

| | |
|---|--|
| <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Ә=</p> | <p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> | |
| <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Емізсеніз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____мл./_____мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____</p> | |

Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:

- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты

Иә/Да ___ Жок/Нет ___ қанша күн ___ /сколько дней

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

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

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай?

Иә/Да ___ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ___ бөтелке ___ шыныаяқ және қасық ___ / ___ бутылочкой ___ чашкой и ложкой ___

ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2

Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит

АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация

НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация

БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____

мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ

_____ мм

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

Балаға ҚАТАЛІ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие,

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки

_____ Күні/Дата _____

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/
ПРОБЛЕМЫ
УХОДА

| | |
|--|---|
| пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность. | ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ |
| Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт | МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д) |
| АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи | |
| ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "

Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру

қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және тамақты дайындау және

сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/
Прикорм:

правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора,

гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество,

питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего

возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
 - Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
 - Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
 - Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
 - Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
 - Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
 - Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.
- Дәрігер/Врач

Дәрігердің 11 айлық баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом

| |
|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ |
| Температурасы _____ /Температура _____ |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: |
| Шағымдар: /Жалобы: |
| |

| | |
|--|--|
| <p>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА</p> <p>Терісі: /Кожа:</p> <p>Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов</p> <p>Ауыз қуысының шырышы Аңқа</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев</p> <p>Конъюнктивалары /конъюнктивы</p> <p>Үлкен еңбек/Большой родничок _____</p> <p>Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____</p> <p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;</p> <p>Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ ;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p> | <p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее</p> <p>тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/ _____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> | |

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____
 Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____
 - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____
 - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____
 - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.
 - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____
 Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:
 - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
 - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
 - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
 - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____ /_____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:
 Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня
 Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2
 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2
 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3
 Қызылша/корь + кызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация
 НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация
 БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

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

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:
 - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Ише, жей алмайды./Не может

| | |
|--|--|
| <p>пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <p>- Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха)</p> <p>- Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <p>- Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген " Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру

қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және

сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/ Прикорм:

правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора,

гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество,

питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего

возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен

арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям

специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у
врача.
Дәрігер/Врач

Дәрігердің 12 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте в 12 месяцев врачом

| | |
|--|---|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы _____ /Температура _____ Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ _____ /ИМТ _____ Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ | ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ: |
| ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____ | |
| ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком? | ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ |
| ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= | Дамуында тежелу жок/ Не отстает Дамуы |

| | |
|---|--|
| Др= Ра= Рп= Н= Ә= | ----- эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на ----- эпикризный срок |
| ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ | |
| Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? ____ рет/____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ | |
| Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день | |
| - Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____ | |
| ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 | Келесі егу үшін қаралу/Визит для |

| | |
|--|---|
| <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы катерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной</p> |

| | |
|--|----------------------------------|
| | помощи (психолог, логопед и т.д) |
| АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи | |
| ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: азық-түліктік терімді кеңейту, тамақты дайындау және сақтаудың
 - гигиеналық қағидалары/Прикорм: расширение продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
 - Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік және моторикалық дамыту/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту
 - Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
 - Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция
 - Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
 - Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
 - Дәрігердің қабылдауында тоқсан сайынғы тексеріп қарау/Ежеквартальный осмотр на приеме у врача
 - Қанның жалпы талдауы, зәрдің жалпы талдауы, гельминттердің жұмыртқаларына нәжіс

талдауы/Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов
- Мамандардың консультациясы - хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог/
Консультация

специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог

Дәрігер/Врач

1 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 1 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың
қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение
педиатра)

1 жыл 3 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 3 месяцев врачом

| | |
|--|-----------------------------------|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____ | ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ: |
| ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? | ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ |

| | |
|--|--|
| <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p> | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/ _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет ____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p> | |
| <p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит</p> <p>АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация</p> <p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки</p> <p>_____</p> <p>Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>К У Т У МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <p>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</p> <p>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</p> <p>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию</p> |

| | |
|--|---|
| | узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д) |
| АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи | |
| ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды

тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое

полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастливого случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай

аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/
Осмотр на приеме у
 врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования,
консультация
 специалистов в 24 и 36 месяцев.
 Дәрігер/Врач

1 жыл 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 6 месяцев врачом

| | |
|--|---|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы _____ /Температура _____ Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ _____ /ИМТ _____ Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар:/Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____ | ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ: |
| ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком? | ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ |
| ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= | Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік |

| | |
|---|--|
| <p>Рп= Н= Э=</p> | <p>мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <hr/> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/ _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная ____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ Сұйық/ Негустая ____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн _____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/ ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки</p> |

| | |
|---|--|
| <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>_____ Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>К У Т У МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <p>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</p> <p>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</p> <p>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по</p> | |

| | |
|------------------------|--|
| планированию семьи | |
| ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды

тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое

полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай

аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/ Осмотр на приеме у

врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация

специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

1 жыл 9 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 9 месяцев врачом

| | |
|---|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар:/Жалобы: | |
| <p>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА</p> <p>Терісі: /Кожа:</p> <p>Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов</p> <p>Ауыз қуысының шырышы Аңқа</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев</p> <p>Конъюнктивалары /конъюнктивы</p> <p>Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____</p> <p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочевыделение _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ</p> <p>МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Ә=</p> | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____</p> <p>эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____</p> <p>эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/ _____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная ____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ Сұйық/ Негустая ____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:</p> <p>- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Балаңызға шай бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> <p>Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p> | |
| <p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит</p> <p>АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация</p> <p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки</p> <p>_____</p> <p>Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за</p> | |

| | |
|---|--|
| <p>ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>К У Т У МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <p>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</p> <p>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</p> <p>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды

тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое

полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай

аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/ Осмотр на приеме у

врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация

специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 2 жастағы баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 2 лет врачом

Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__

Жасы: _____ /Возраст: _____

Температурасы _____ /Температура _____

| | |
|--|--|
| <p>Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ _____ /ИМТ _____ Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: Шағымдар:/Жалобы:</p> | |
| <p>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Ә=</p> | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____</p> | |
| <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/ _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Балаңызға шай бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____ / _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p> | |
| <p>ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за</p> | <p>К У Т У МӘСЕЛЕЛЕРІ</p> |

| | |
|--|---|
| больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) | ПРОБЛЕМЫ УХОДА |
| Балаға ҚАТАЛІ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдык қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность. | ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ |
| Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи | МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д) |
| АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи | |
| ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсынымдар/Рекомендации
Дәрігер/Врач

2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және

педиатрдың қорытындысы)

**2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА**

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

**2 жас 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом**

| | |
|--|---|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар:/Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____ | ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ: |
| ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком? | ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ |
| ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= | Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ |

| | |
|--|--|
| Др= Ра= Рп= Н= Ә= | эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок |
| ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ | |
| Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Емізсеніз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? ____ рет/____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ | |
| - Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная ____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ Сұйық/ Негустая ____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней - Балаңызға шай бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____ | |
| ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм | Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____ |
| КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, | |

| | |
|--|--|
| <p>жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>К У Т У МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт</p> <p>- Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе</p> <p>- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <p>- Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды

тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое

полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания)

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная

инсоляция

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастливого случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36

ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/ Осмотр на приеме у

врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация

специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 3 жастағы баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом

| | |
|--|---|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы _____ /Температура _____ Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. Бойы _____ см. /Рост _____ см. ДСИ _____ /ИМТ _____ Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар:/Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____ | ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ: |
| ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком? | ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ |
| ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= | Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок |
| ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ | |
| Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма?/Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? | |
| Емшекпен емізу/Грудное вскармливание | |

| | |
|---|--|
| <p>1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная _____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ Сұйық/ Негустая _____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней _____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн _____/сколько дней _____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней _____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> <p>Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой _____</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки</p> <p>_____</p> <p>Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>К У Т У МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Ойынға қызығушылығы жоқ/Нет интереса к игре - Жиі құлайды/Часто падает - Кішкентай заттарды ұстауда қиындық туындайды/Трудности с манипулированием мелкими предметами - Жәй сұрақтарды түсіну қиындығы туындайды/Проблемы с пониманием простых обращений. - Қарапайым сөйлемдерді қалыптастыра алмайды/Неспособность формулировать простые предложения. - Тамаққа қызығушылығын жоқтығы немесе қызығушылығының аздығы/Отсутствие или незначительный интерес к еде.</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания)
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная

инсоляция

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36

ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/ Осмотр на приеме у

врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация

специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

АУДАРМАЛЫ ЭПИКРИЗ _____

БАЛАНЫҢ АУРУЫ БОЙЫНША ЖАЗБАЛАР/ЗАПИСИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/Вес (кг) _____

Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/
какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? _____

Қайта қаралу?/Повторный визит? _____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

ЖІКТЕМЕЛЕНІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

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

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:

ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ,
ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ:

- Минутына демалыс санын есептеңіз/ Сосчитайте число дыханий в
минуту _____

- Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если
у ребенка учащенное дыхание _____

- Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное
втяжение грудной клетки

| | |
|--|--|
| <p>- Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма? /Есть ли у младенца судороги?</p> | <p>- Аксилярлық температурасын өлшеңіз/ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру/ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе ірінді шығындылар бар ма?/ Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің ірінді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички</p> |
|--|--|

| <p>САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____</p> | |
|--|--|
| <p>Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?</p> | <p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?</p> |
| <p>Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?</p> | <p>ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____</p> |
| <p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ: Қашаннан бері? __ күн/ Как долго? __ дней Нәжісінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?</p> | <p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)? Ақырын (2 секундкы дейін)/ Медленно (до 2 секунд)?</p> |
| <p>Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?</p> | |
| <p>Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p> | |
| <p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да __ Жоқ/Нет __ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/ Если Да, сколько раз за 24 часа? ____ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да __ Жоқ/Нет __ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто? ____ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца? | <ul style="list-style-type: none"> - Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий ____ Төмен Не низкий емес ____ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/ Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____ |
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:</p> <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p> | <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь ? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да __ Жоқ/Нет __ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да __ Жоқ/Нет __ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да __ Жоқ/Нет __ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да __ Жоқ/Нет __ <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо</p> <p>Жақсы салынған/ Приложен хорошо</p> <ul style="list-style-type: none"> - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? <p>Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады</p> <p>Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p> |
| <p>НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1-0 _____</p> <p>БЦЖ _____</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____</p> <p>Күні/Дата _____</p> |

| | |
|--|--|
| Гепатит В2 _____ АҚДС 1 ____ ____ НІВ 1 _____ АПВ 1 | |
| БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ: | |

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу
(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов
(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/ ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/

Вес (кг) _____ Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/
какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? ___ Қайта қаралу?/Повторный визит? ___

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

ЖІКТЕМЕЛЕНІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

| | |
|---|---|
| Ізденіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ | |
| СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма? /Есть ли у младенца судороги? | ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз. Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін ізденіз/Ищите кожные гнойнички |

| | |
|--|--|
| САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____ | |
| Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/ Если есть желтуха, когда она впервые появилась? | ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды ізденіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп? |
| Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕ ДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ? | ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____ |
| | ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/ Если ДА, СПРОСИТЕ:</p> <p>- Қашаннан бері?__күн/ Как долго?__дней</p> <p>- Нәжісінде қан бар ма?/ Есть ли кровь в стуле?</p> | <p>Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции?</p> <p>Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим?</p> <p>- Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза</p> <p>- Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки</p> <p>Іркіс жазылады/Складка расправляется</p> <p>Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)?</p> <p>Ақырын (2 секундкы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?</p> | |
| <p>Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?</p> | | |
| <p>Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p> | | |
| <p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:</p> <p>- Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жок/Нет__</p> <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?__</p> <p>- Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/ Получает ли младенец другую пищу или жидкость ? Иә/Да__ Жок/Нет__</p> <p>- Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто? _____</p> <p>- Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</p> | <p>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий _____ Төмен Не низкий емес _____</p> <p>- Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)_____</p> | |
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:</p> | <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да __ __ Жок/Нет __</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/ Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да __ Жок/Нет __</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p> | <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p> | |
| <p>НӨРЕСТЕҢІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> | |
| <p>БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:</p> | | |

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/ ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

2 айға дейінгі наукас нәресте жазбасының нысаны/

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/

Вес (кг) _____ Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/
какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? ___ Қайта қаралу?/

Повторный визит? _____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

ЖІКТЕМЕЛЕНІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

| | |
|--|---|
| <p>Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ</p> | |
| <p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма /Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги? | <p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Минутына демалыс санын есептеңіз/ Сосчитайте число дыханий в минуту _ _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма? /Двигается ли он только при стимуляции? |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции?</p> <p>- Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/ Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения?</p> <p>- Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/ Ищите кожные гнойнички</p> | |
| <p>САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ</p> <p>ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____</p> | | |
| <p>Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?</p> | <p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:</p> <p>Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)?</p> <p>Алақандар мен табандар сарғайған ба? /Есть ли желтушность ладоней и стоп?</p> | |
| <p>Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/ Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?</p> | <p>ИӘ _____ ЖОҚ _____</p> <p>ДА _____ НЕТ _____</p> | |
| <p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ:</p> <p>- Қашаннан бері? ___күн /Как долго? ___дней</p> <p>- Нәжісінде қан бар ма?/ Есть ли кровь в стуле?</p> | <p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:</p> <p>- Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца:</p> <p>Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции?</p> <p>Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции?</p> <p>Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим?</p> <p>- Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза</p> <p>- Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию кожной складки</p> <p>Іркіс жазылады/Складка расправляется</p> <p>Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)?</p> <p>Ақырын (2 секундкы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?</p> | |
| <p>Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?</p> | | |
| <p>Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p> | | |
| <p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ</p> <p>:</p> | | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>- Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жок/Нет__</p> <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?__</p> <p>- Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/ Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жок/Нет__</p> <p>- Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто?__</p> <p>- Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</p> | <p>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий____ Төмен Не низкий емес____</p> <p>- Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/ Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)_____</p> | |
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:</p> <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p> | <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо</p> <p>Жақсы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады</p> <p>Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз /Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p> | |
| <p>НӘРЕСТЕҢІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА:</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/ Визит для</p> | |

| | |
|--|--|
| Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____ | следующей прививки _____ Күні/Дата _____ — |
| БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ: | |

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/ ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/ Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

| | |
|---|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20___ /Дата осмотра ___ \ ___ \ 20___ Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес _____ Температурасы/Температура _____ Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный ___ Шағымдар/Жалобы: | Қауіптің жалпы белгілері/ Общие признаки опасности : Иә ___ Жок ___ |
| Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі талтылады ма? 4.Летаргия немесе есінен танған халінде ме? | |

| | |
|---|---------------------|
| Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания? | Да ____ Нет ____ |
| <p>Бала <u>жетеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба?</u> Иә ____ Жоқ ____</p> <p>Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание?</u> Да ____ Нет ____</p> <p>Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны ____ Жиі демалу</p> <p>Как долго? _____ Число дыханий в минуту ____ Учащенное дыхание</p> <p>Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидттық па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз)</p> <p>Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла</p> | |
| <p>Баланың іші өтеді ме? Иә ____ Жоқ ____</p> <p>Есть ли у ребенка диарея? Да ____ Нет ____</p> <p>Қашаннан бері _____ Нәжисінде қан бар ма _____</p> <p>Как долго ____ Есть ли кровь в стуле _____</p> <p>Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба</p> <p>Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим</p> <p>Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді</p> <p>Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо</p> <p>Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.),</p> <p>Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),</p> | |
| <p>Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә ____ Жоқ ____</p> <p>Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ____ Нет ____</p> <p>Қашаннан бері? _____ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба? _____ соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырды ма ____</p> <p>Как долго? _____ Если более 5 дней. Каждый день? _____ Болел ли корью последние 3 месяца ____</p> <p>Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы</p> <p>Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз</p> <p>Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден ірінді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр</p> <p>Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта(Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p> | |
| <p>Баланың құлағы ауыра ма? Иә ____ Жоқ ____</p> <p>Есть ли у ребенка боли в ухе? Да ____ Нет ____</p> <p>Құлағынан ірінді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық</p> <p>Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней</p> <p>Құлағының арты ісіп кеткен бе</p> <p>Есть болезненное припухание за ухом</p> | |
| <p>Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә ____ Жоқ ____</p> <p>Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ____ Нет ____</p> <p>Тамағында ақ өнез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе</p> <p>Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p> | |
| Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз | |

| | |
|--|--|
| <p>Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия График бойынша салмақ: төмен ___ төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма. Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе ___ Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ___</p> | |
| <p>Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса): Оцените питание (если не направляется в стационар): Емшекті еме ме иә ___ жоқ ___ емсе, тәулігіне қанша рет ___ Түнде тамақтандырасыз ба. Иә ___ ___ Жоқ ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә ___ Жоқ ___ Ішсе немесе жесе, қандай тамақты және сұйықтықты _____ _____ _____ Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да, то сколько раз за сутки ___ Кормите ли ночью. Да ___ ___ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости _____ _____ _____ Күніне қанша рет ___ Емізу кезінде нені пайдаланады _____ Бір тамақтану өлшеміннің көлемі _____ Белсенді емізу Иә ___ Жоқ ___ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә ___ Жоқ ___ Өзгерсе, қалай _____ Сколько раз в день ___ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной порции _____ Активное кормление Да ___ Нет ___ Изменилось ли кормление во время болезни Да ___ Нет ___ Если да, то как ___</p> | <p>Тамақтану мәселелері / Проблемы питания</p> |
| <p>Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа _____ орналасу жері _____ қышитын қышымайтын; Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоочечная, папулезная, другая _____ _____ локализация _____ Зудящая Не зудящая; Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы _____ _____ Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ _____ Қайда _____ Көздің конъюнктивасы: гиперемияланған, іріңді бөлінетін, ақ кабық: инъецирленген, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____ _____ Где _____ Конъюнктивга глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные Носовое дыхание затруднено, выделения _____ Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа: _____ Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар _____ ЖСЖ _____ Мойын тамырларының соғуы. Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____ Пulsация вен шеи.</p> | |

Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген ішперде симптомы, басқасы _____

Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____

Бауыр көлемі: _____ Печень размеры: _____

Көкбауыр: көлемі _____ см. Селезенка: размеры _____ см.

Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі _____ см.

Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см.

Бассүйек-ми нервтері жағынан _____

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____

Шала салдану, салдану _____

Парезы, параличи _____

Перифериялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры) _____

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) _____

Дизуриялық көрініс: _____

Дизурические явления: _____

Басқалары _____

Другое _____

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/ Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

| | |
|--|--|
| <p>Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ ___ \ 20__</p> <p>Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес _____ Температурасы/Температура _____</p> <p>Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный ___</p> <p>Шағымдар/Жалобы:</p> | <p>Қауіптің жалпы белгілері/ Общие признаки опасности:</p> |
| <p>Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2.Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3.Сіңірі талтылады ма? 4.Летаргия немесе есінен танған халінде ме?</p> <p>Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2.Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3.Были ли судороги? 4.Летаргичен или без сознания?</p> | <p>Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Да ___ Нет ___</p> |
| <p>Бала жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да ___ Нет ___</p> <p>Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны ___ Жиі демалу</p> <p>Как долго? _____ Число дыханий в минуту ___ Учащенное дыхание</p> <p>Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидтық па па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз)</p> <p>Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла</p> | |
| <p>Баланың іші өтеді ме? Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Есть ли у ребенка диарея? Да ___ Нет ___</p> <p>Қашаннан бері _____ Нәжісінде қан бар ма _____</p> <p>Как долго ___ Есть ли кровь в стуле _____</p> <p>Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба</p> <p>Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим</p> <p>Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді</p> <p>Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо</p> <p>Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.),</p> <p>Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),</p> | |
| <p>Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә ___ Жоқ ___</p> <p>Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___</p> <p>Қашаннан бері? _____ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба? _____ соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырды ма ___</p> <p>Как долго? _____ Если более 5 дней. Каждый день? _____ Болел ли корью последние 3 месяца ___</p> <p>Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы</p> <p>Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз</p> <p>Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден іріңді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта(Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p> | |
| <p>Баланың құлағы ауыра ма? Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка боли в ухе? Да ___ Нет ___ Құлағынан іріңді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней Құлағының арты ісіп кеткен бе Есть болезненное припухание за ухом</p> | |
| <p>Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___ Тамағында ақ өңез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p> | |
| <p>Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия График бойынша салмақ: төмен ___ төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма. Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе ___ Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ___</p> | |
| <p>Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса): Оцените питание (если не направляется в стационар): Емшекті еме ме иә ___ жоқ ___ емсе, тәулігіне қанша рет ___ Түнде тамақтандырасыз ба. Иә ___ Жоқ ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә ___ Жоқ ___ Ішсе немес жесе, қандай тамақты және сұйықтықты</p> | |
| <p>Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да, то сколько раз за сутки ___ Кормите ли ночью. Да ___ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости</p> | <p>Тамақтану мәселелері / Проблемы питания</p> |
| <p>Күніне қанша рет ___ Емізу кезінде нені пайдаланады ___ Бір тамақтану өлшемінің көлемі ___ Белсенді емізу Иә ___ Жоқ ___ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә ___ Жоқ ___ Өзгерсе, қалай ___ Сколько раз в день ___ Чем пользуются при кормлении ___ Объем одной порции ___ Активное кормление Да ___ Нет ___ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ___ Нет ___ Если да, то как ___</p> | |
| <p>Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа ___ кышитын қышымайтын; Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоочечная, папулезная, другая ___ локализация ___ Зудящая Не зудящая ; Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы ___ Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое ___</p> | |

Қайда _____ Көздің конъюнктивасы: гиперемияланған, іріңді бөлінетін, ақ қабық: инъекцияланған, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____

Где _____ Конъюнктивит: гиперемияланған, гнойное отделяемое, Склеры : инъекцияланған, желтушты. Носовое дыхание затруднено, выделения _____

Аускультативті: бронхит, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа: _____

Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шулы бар _____ ЖСЖ _____

Мойын тамырларының соғуы.

Аускультативті: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____

Сердечные тоны: приглушены, шум _____

ЧСС _____

Пульсация вен шеи.

Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген ішперде симптомы, басқасы _____

Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____

Бауыр көлемі: _____ Печень размеры: _____

Көкбауыр: көлемі _____ см. Селезенка: размеры _____ см.

Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі _____ см.

Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см.

Бассүйек-ми нервтері жағынан өзгерістер _____

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____

Шала салдану, салдану _____

Парезы, параличи _____

Перифериялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры) _____

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) _____

Дизуриялық көрініс: _____

Дизурические явления: _____

Басқалары _____

Другое _____

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу
(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов
(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**Клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелерін жапсыру үшін
Для подклеивания результатов клинико-лабораторных обследований
Стационарлар көшірмелерін жапсыру үшін
Для подклеивания выписок из стационара**

Приложение 36
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 3
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А4 форматы КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат А4 Код организации по ОКПО _____

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 026-2/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма 026-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года №907 |

БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ

(балалар үйі үшін) (ұл бала)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА

(для детского дома) (мальчик)

Қан тобы

Группа крови _____

Резус тиістілігі

Резус принадлежность _____

1. Тегі Аты Әкесінің аты

(фамилия) _____ (имя) _____ (отчество) _____

—

2. Туған күні айы жылы

(дата рождения): число _____ месяц _____ год _____

3. Туылған жері

(место рождения) _____

—

4. Ұлты 5. Әлеуметтік жағдайы

(национальность) _____ (статус) _____

6. Түскен мерзімі: күні _____ айы _____ жылы _____ сағ _____

(дата поступления): (число) (месяц) (год) (время)

7. Кеткен мерзімі күні _____ айы _____ жылы _____ сағ _____

(дата выбытия): число _____ месяц _____ год _____ время _____

8. Қайда ауысты

(адрес выбытия): _____

9. Қанша төсек-күн болды

(проведено койко-дней): _____

10. Жіберген мекеменің диагнозы (диагноз направившего учреждения):

—

—

—

—

—

11. Қандай диагнозбен түсті (диагноз при поступлении): _____

—

—

—

—

12. Қорытынды диагноз (диагноз заключительный):

**Отбасы туралы мәліметтер
(Сведения о семье)**

| Ата-аналар және басқа балалар (родители и другие дети) Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество) | Туған жылы (дата рождения) | Жұмыс орны, лауазымы, телефоны (бала ұйымы) (где и кем работает, телефон (детские организации)) | Асқынған аурулардың бар-жоғы (наличие запущенных заболеваний) |
|--|----------------------------|---|---|
| Ана (мать) | | | |
| Әке (отец) | | | |
| Басқа балалар (другие дети) | | | |
| | | | |
| | | | |

**Баланың төлқұжаты туралы анықтама
(справка о паспорте ребенка)**

| |
|--|
| |
|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| Түскен кезіндегі құжаттар (документы при поступлении) | | | |
| Туу туралы куәлік (свидетельство о рождении) | | | |
| Бас тарту өтініші (заявление об отказе) | | | |
| Баланы тастап кету актісі (акт о подкидыше) | | | |
| № 4 нысан (форма № 4) | | | |
| Қаулы (постановление) | | | |
| Қолдау хат (ходатайство) | | | |
| | | | |
| | | | |

Зертханалық зерттеулер:
(лабораторные исследования):

1. RW _____
2. ВИЧ _____
3. HBSAg и AntiHCV _____

**Баланың ауырған аурулары туралы мәлімет
(сведения о перенесенных заболеваниях ребенка):**

| Ушыққан инфекциялық аурулар (острые инфекционные заболевания) | Ауырған күні (д а т а заболевания) | Созылмалы аурулар. (хронические заболевания) | Ауырған күні (д а т а заболевания) |
|---|--|---|--|
| Қызылша (корь) | | Туберкулез | |
| Қызамық (краснуха) | | Мерез (сифилис) | |
| Күл ауруы (дифтерия) | | Вирустық гепатиттер (вирусные гепатиты) | |
| | | | |

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| Жел шешек (ветряная оспа) | | | |
| Жәншау (скарлатина) | | | |

Туған кездегі салмағы (вес при поступлении) _____

Туған кездегі бойы (рост при поступлении) _____

ДСИ (ИМТ) _____

Бастың шеңбері (окружность головы) _____

Денесінің дамуын бағалау (оценка физического развития):

Жалпы мәлімет

Общие сведения

1. Гинекологиялық анамнез (гинекологический анамнез) _____

2. Әлеуметтік анамнез (социальный анамнез)

Шешесі (мать) _____ Әкесі (отец) _____

Тұрмыстық жағдайы (бытовые условия) _____

Материалдық қамтамасыз ету (материальное обеспечение) _____

3. Акушериялық анамнез (акушерский анамнез) _____

Нәресте мезгілінде туылды (шала туылды) (ребенок родился доношенным (недоношенным)) _____

Босану ағымы қалыпты (қалыпсыз) (течение родов правильное (неправильное)) _____

Операция қолданылды (применение операционного вмешательства) _____

Жансыздандырылды иә, жоқ (обезволивание да, нет) _____

Туылған кезіндегі салмағы (вес при рождении) _____

Ұзындығы (длина) _____

Бастың көлемі (окружность головы) _____

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**Рентгент зерттеулерін есепке алу
(учет рентгенологических исследований)**

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| Зерттеу күні (дата исследования) | Баланың жасы (возраст ребенка) | Зерттеу сипаты (характер обследования) | Зерттеу саласы (область обследования) |
| | | | |

**Мешелді спецификалық профилактикалауды есепке алу парағы
(лист учета специфической профилактики рахита)**

| | | | | | | |
|----------------|--|----------------|--|----------------|-----------------------|----------------------------|
| Күні (дата) | "Д" витамин мөлшері (Доза витамина "Д") | Күні (дата) | "Д" витамин мөлшері (Доза витамина "Д") | УКС УФО | | |
| | | | | Күні (дата) | Арасы (расстояние) | Ұзақтығы (длительность) |
| | | | | | | |

**Антропометриялық деректер
(антропометрические данные)**

| | | | | | | | | |
|----------------|-------------------|--------------------|----------------|---|--|--------------------------------------|---|---|
| Күні (дата) | Жасы (возраст) | Массасы (масса) | Бойы (рост) | Басының шеңбері (окруж- ность головы) | Кеудесінің шеңбері (окруж- ность грудной клетки) | Тіс саны (кол- во зубов) | Физикалық дамуын бағалау (оценка физич.развития) | Психикалық- тірек дамуын бағалау (оценка психо-мотор- ного развития) |
| | | | | | | | | |

**Балалар үйіне түсу кезіндегі алғашқы тексеріп-қарау:
(первичный осмотр при поступлении в Дом ребенка)**

**Тексеріп-қарау міндеттері
(задачи осмотра)**

1. Қауіпті симптомдардың болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)
2. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие)
3. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру (проверить, нет ли врожденных пороков развития)

4. Қалыпты бейімделу бойынша ұсыныстар беру (дать рекомендации по нормальной адаптации)

| | |
|--|--|
| Тексеріп-қаралу күні (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): ____ Дене қызуы (температура)____ | |
| Туғандағы дене салмағы (при рождении Вес): ____ кг Бойы (рост): ____ см ИМТ____ басының шеңбері (окружность головы)____ см | |
| Графиктерді пайдаланып физикалық дамуын бағалыңыз (оцените физическое развитие, используя графики): | |
| Анасының шағымы (жалобы матери): | |
| <p>Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции); 7. Дене қызуының 38⁰С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38⁰С); 8. Дене қызуы <35,5⁰С төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5⁰С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі (бала өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейінгі), білінетін бозару (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)</p> | Иә (да) ____ Жок (нет) ____ |
| <p>СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); баскасы (другое) ...</p> | Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез): Иә (да) _____ Жок (нет) ____ |
| <p>Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлекстің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлекстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; Автоматтандырылған жүру (автоматической походки)</p> | |
| <p>Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица): _____ (симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз карашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)</p> | |
| <p>Тері (кожа): _____ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая)</p> | |
| <p>Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____ конъюнктивалар (конъюнктивы) _____</p> | |
| <p>Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус) _____ - _____ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы</p> | |

жұдырыққа түйілген "флексорлық қалып") (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок " флексорная поза")

Көзге көрінетіе туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки) _____

Сүйек жүйесі (костная система) _____

Бас пішіні (форма головы) _____ жігі (швы) _____

Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ кіші еңбегі (малый родничок) _____

Буынды бағалаңыз (оцените суставы): _____ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы)

Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)

ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____ ; Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____ ; Жамбас пульсын

пальпациялау (пальпация бедренного пульса) _____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) (в норме симметрично с двух сторон)

Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____

Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____

Кіндік (пуповина) _____ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Несеп шығару (мочеиспускание) _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Нәжіс (стул) _____ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

| ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ) | ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ) |
|--|--|
|--|--|

- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет) _____

- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____

- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть

какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).

- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):

- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___

- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___

- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да)

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):

Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме?

(кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)

) ___ Жоқ (нет)

- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта)

Иә (да) ___

Жоқ (нет) ___

Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо)

- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?)

Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно)

- Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) ізденіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

| | |
|---|---|
| <p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)</p> <p>- Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)</p> <p>- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p> | <p>Д а м у проблемалары (проблемы развития)</p> |
| <p>Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца):</p> <p>Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня):</p> <p>1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ _____</p> | <p>Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки) _____</p> <p>Мерзімі (дата) _____</p> |
| <p>Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка)</p> <p>Жайдың гигиенасы (гигиена помещения) _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22°C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22°C)</p> <p>Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____</p> | <p>К ү т у проблемалары (проблемы ухода)</p> |
| <p>Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери):</p> <p>1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):</p> | <p>Проблемалар (проблемы)</p> |
| <p>2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство) 2. терең мұңды (глубокая печаль) 3. жиі жылау (частые слезы) 4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке) 5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины) 6. байбалам ұстамасы (приступы паники) 7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность) 8. шаршағыштық және әлсіздік (устоляемость и недостаток энергии) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) | <p>Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. барлық жұмысты тастап балаға күтім ж а с а у (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности) 2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней) 3. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания) 4. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку) |

| | |
|---|--|
| <p>10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна)</p> <p>11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом)</p> <p>12. секске қызықпау потеря интереса к сексу</p> <p>13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности)</p> <p>14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)</p> | <p>5. бала туралы ойлау (думать о ребенке)</p> <p>6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходит на улицу и двигаться)</p> <p>7. жақсы тамақтану (хорошо питаться)</p> <p>8. өзіне күтім жасау (заботиться о себе)</p> <p>9. күнделік жүргізу (вести дневник)</p> <p>егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту)</p> |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):</p> | |

Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания)
- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания)
- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости))
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери)
- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери)
- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (требования к помещению и предметам ухода за новорожденным)
- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жаракат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
- Нәресте күтімі, серуендеу режимі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны)

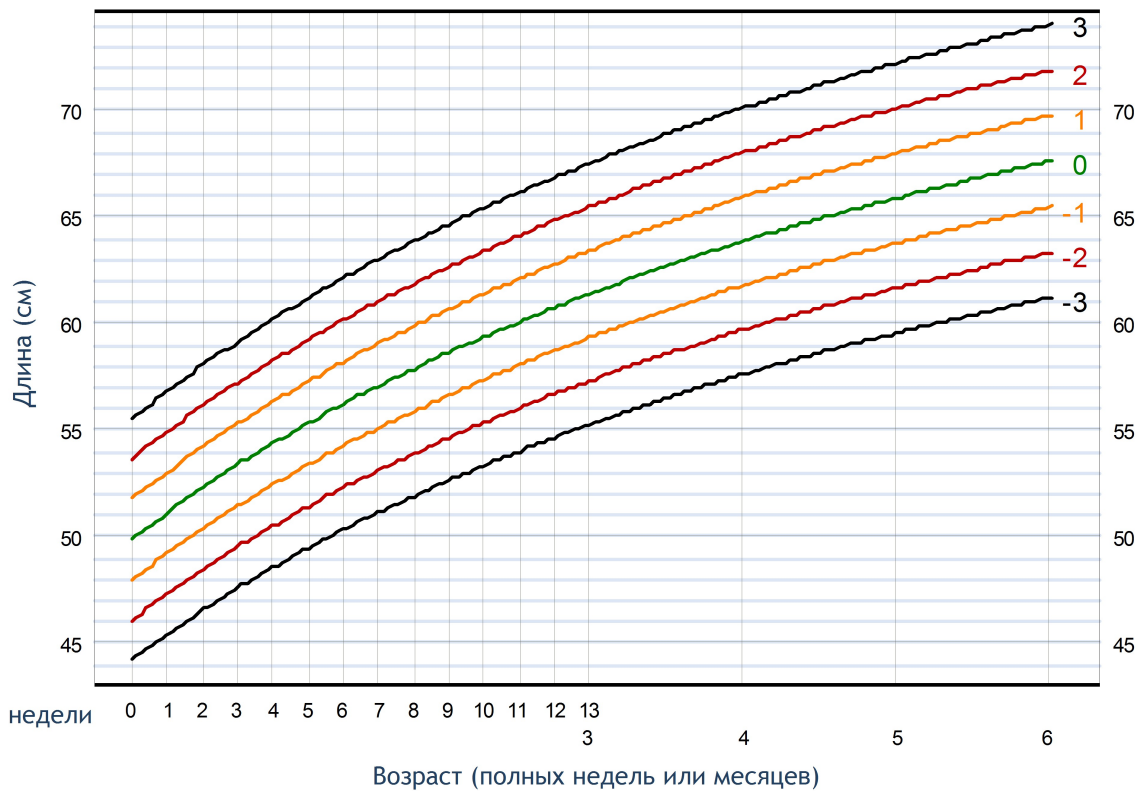
- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).

- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации)

Дәрігер (врач):

Ұлдың жасына қарай бойының ұзындығы (туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңызы)

Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ



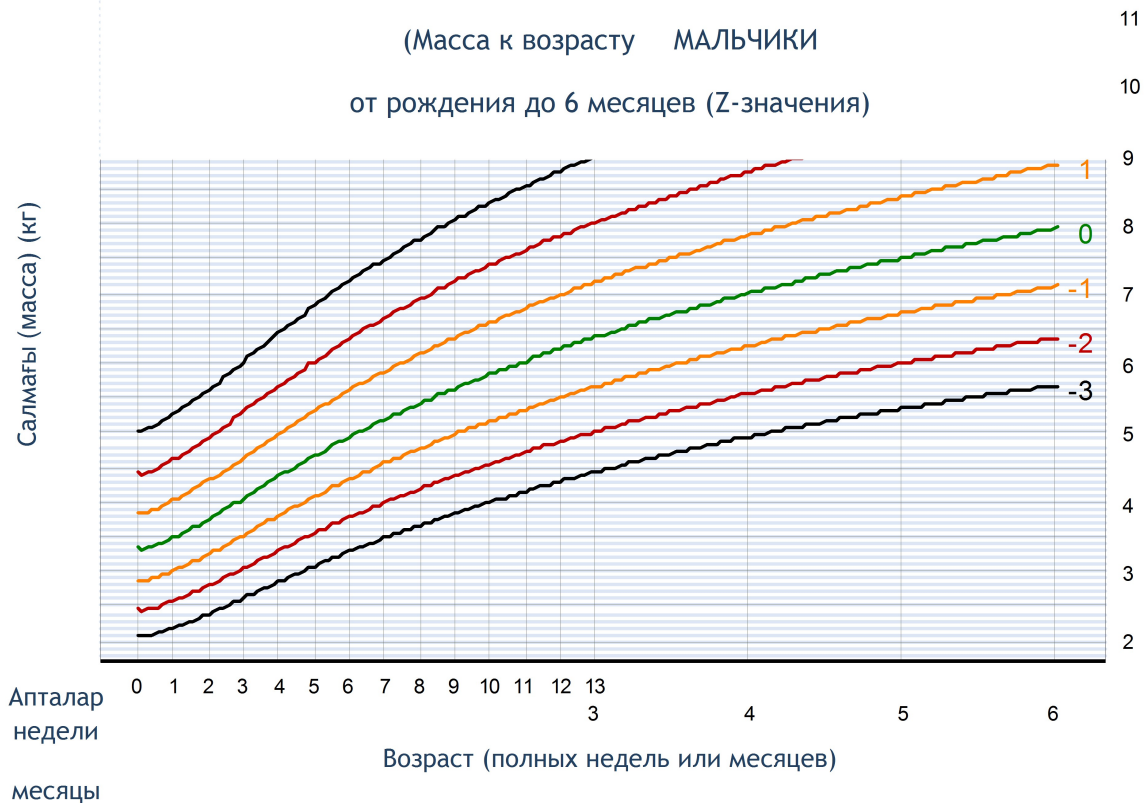
Ұлдың бойының ұзындығына салмағы туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңыздары)

Ұлдың жасына қарай дене салмағы

Туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңыздары)

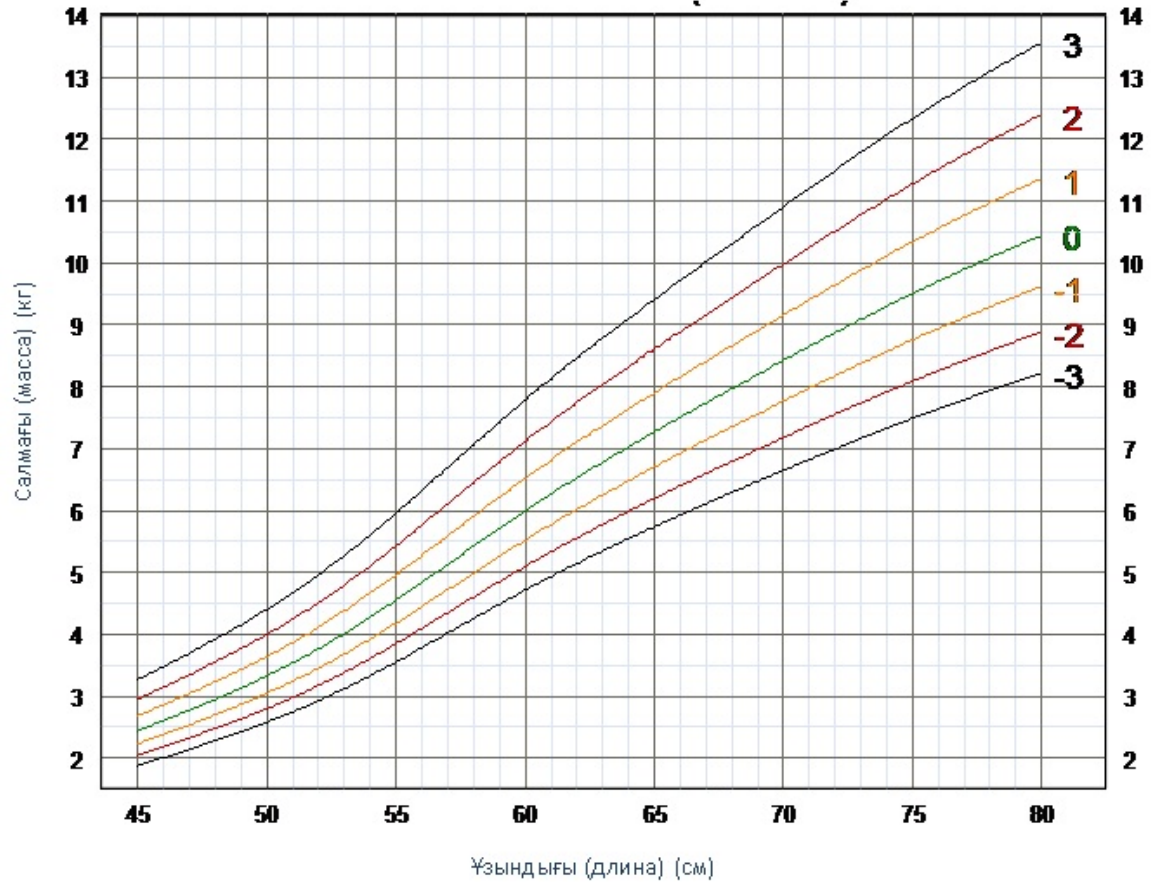
(Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ

от рождения до 6 месяцев (Z-значения)

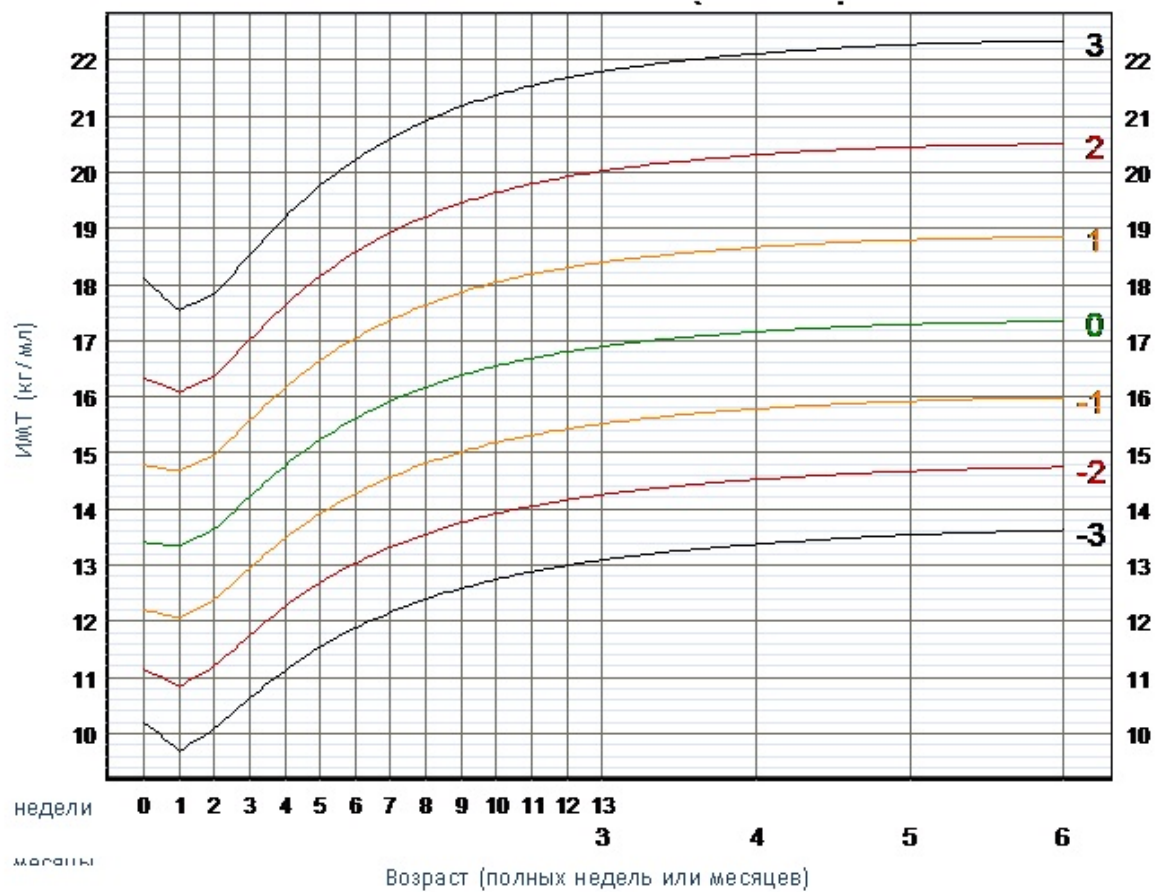


Ұлдың бойының ұзындығына салмағы туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңыздары)

Масса к длине МАЛЬЧИКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-значения)

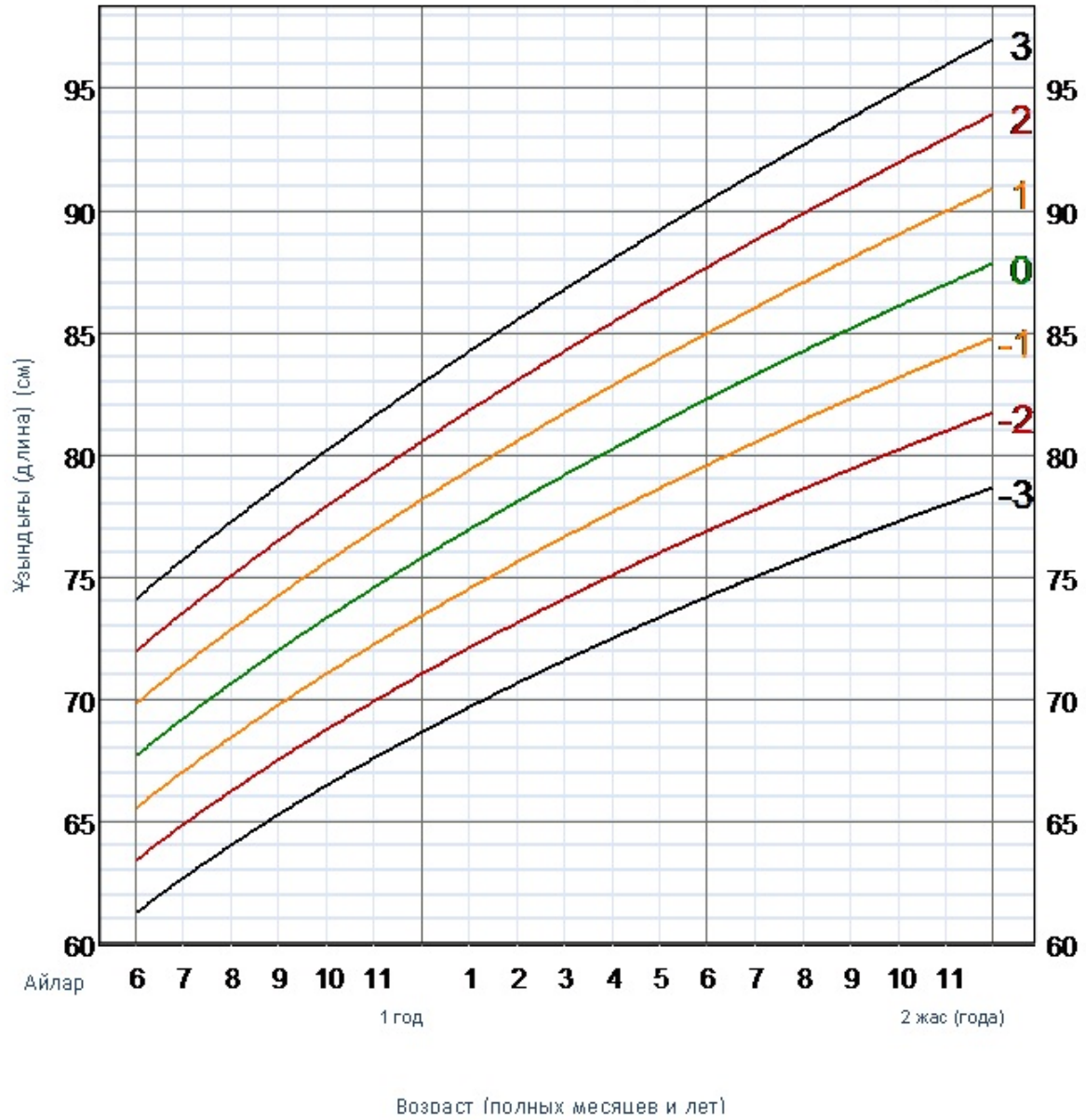


Ұлдың жасына қарай ИМТ
туғаннан бастап 6 айға дейін



Қыз баланың жасына сәйкес бойының ұзындығы
6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздары)

Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)

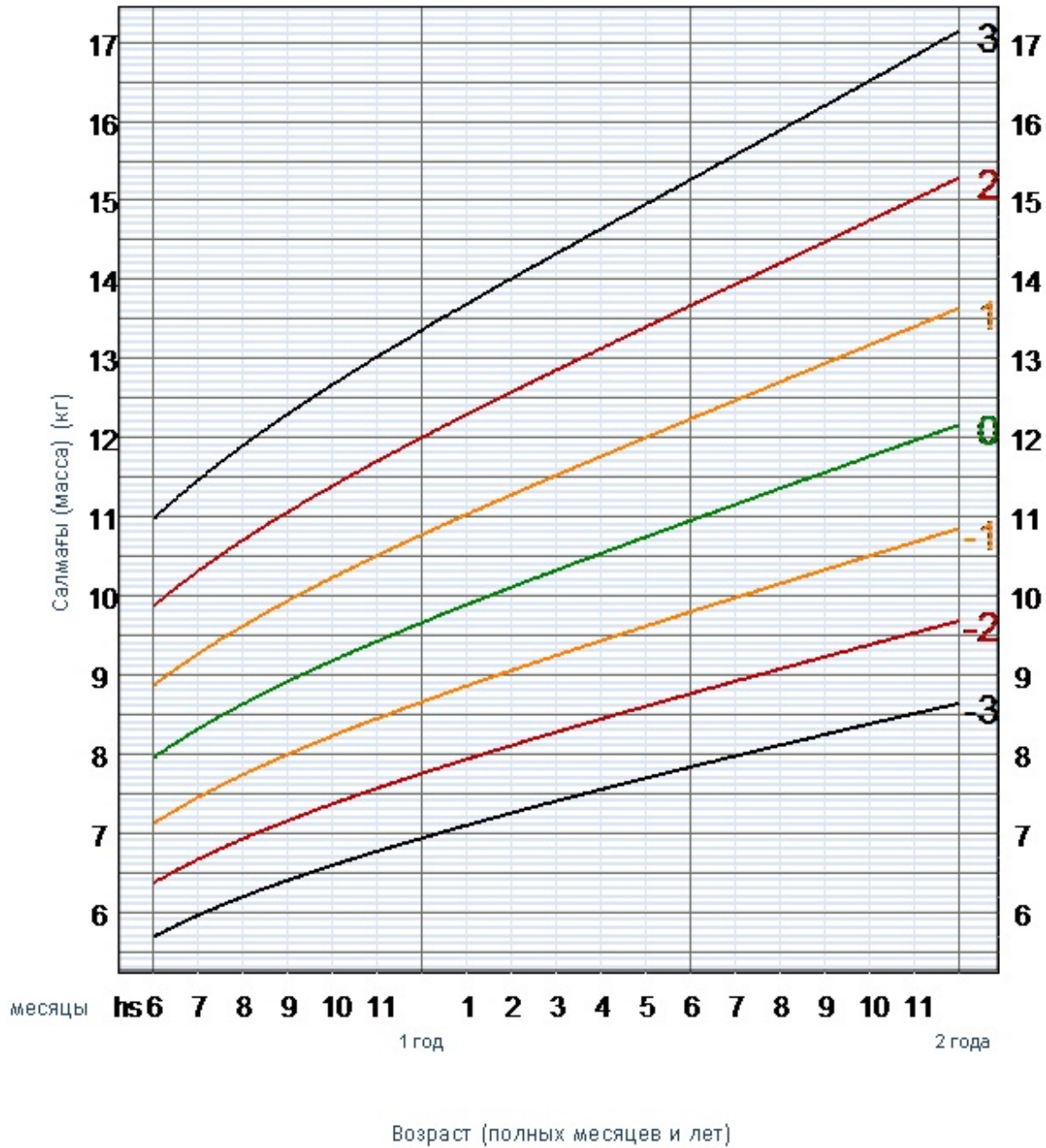


жас

Жасы (толық айы мен жасы)

Ұлдың жасына сәйкес дене салмағы

6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздар)

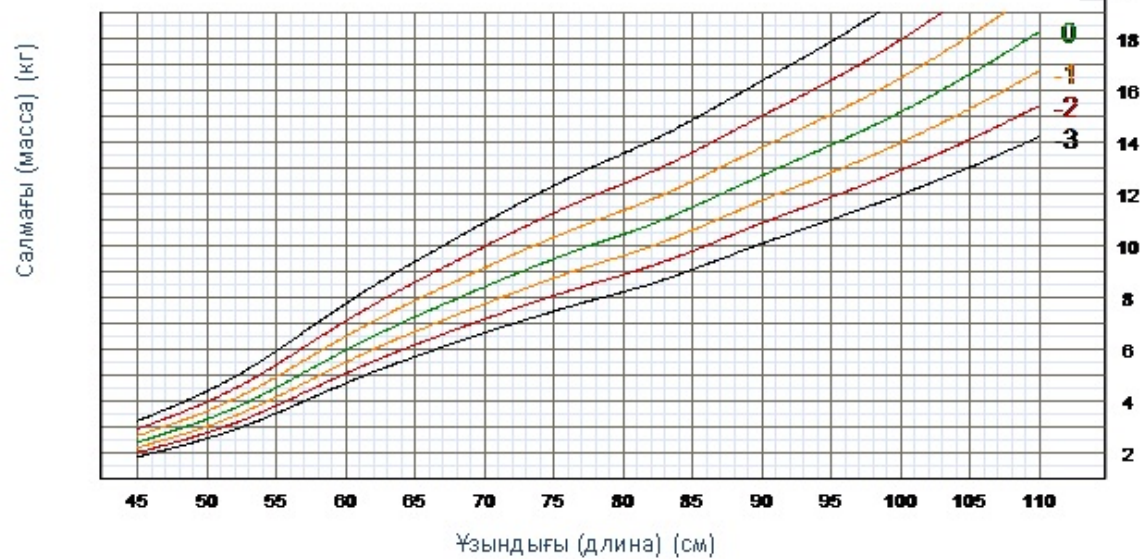


Ұл баланың бойының ұзындығына сәйкес дене салмағы

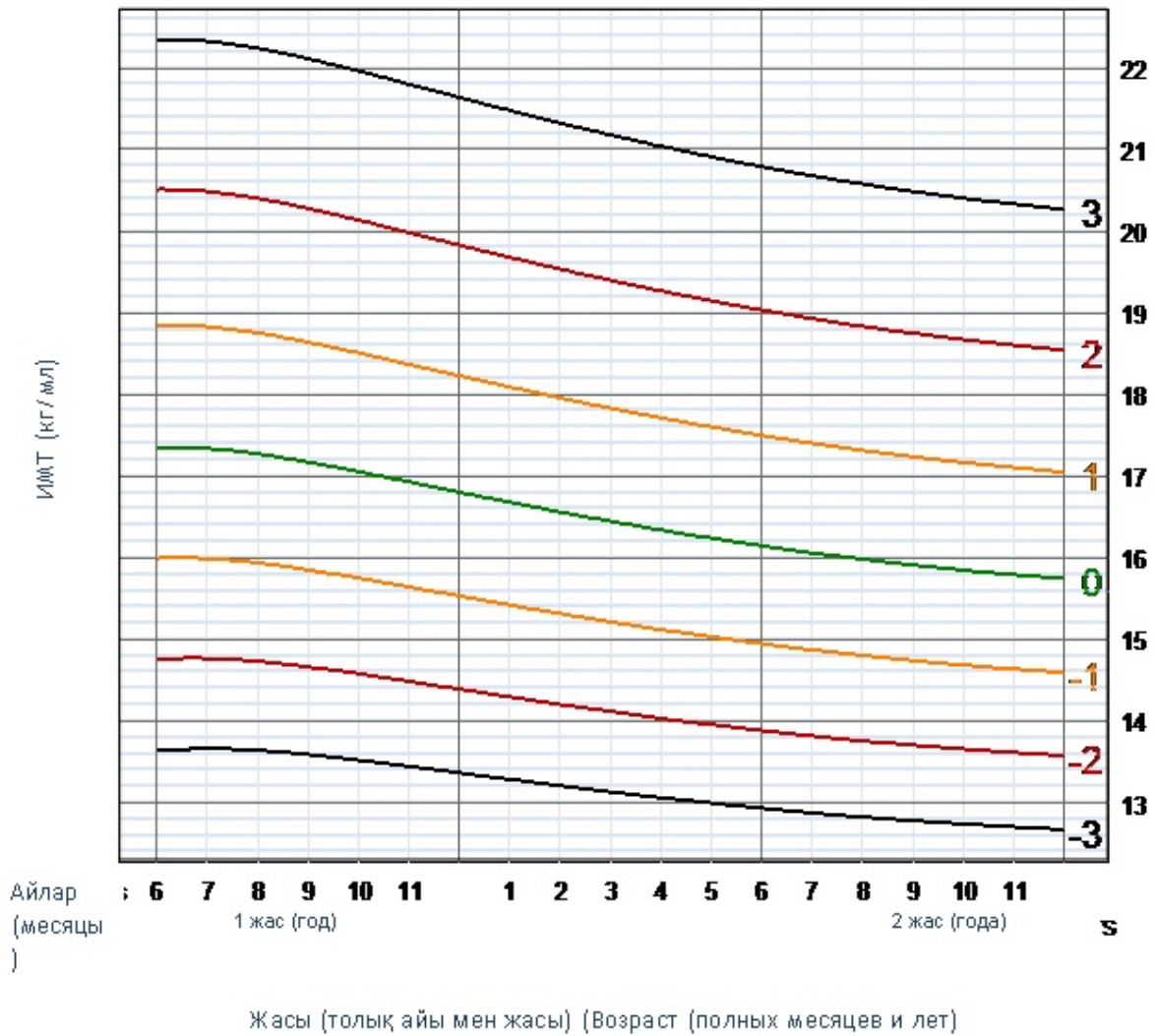
6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздары)

Масса к длине МАЛЬЧИКИ

от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)



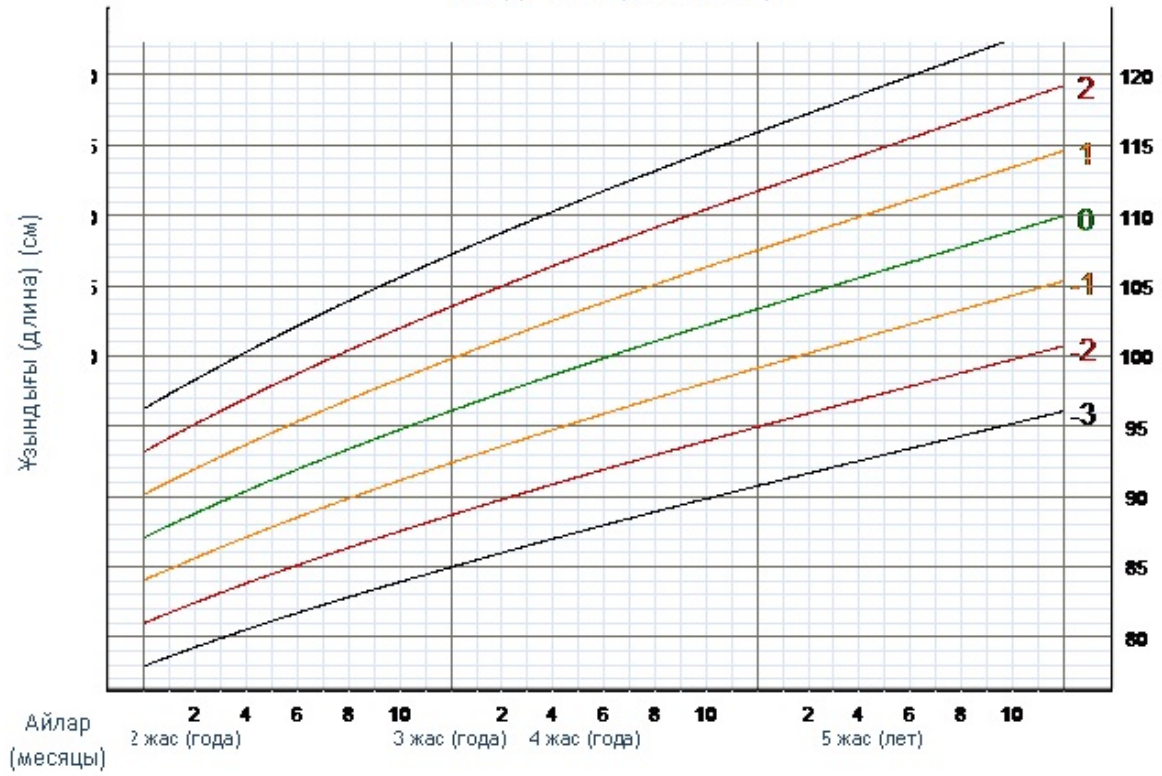
Ұл баланың жасына сәйкес ИМТ
6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздар)



Ұл баланың жасына бойының ұзындығы
2 жастан бастап 7 жасқа дейін (Z-маңыздары)

Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ

от 2 до 5 лет (Z-значения)



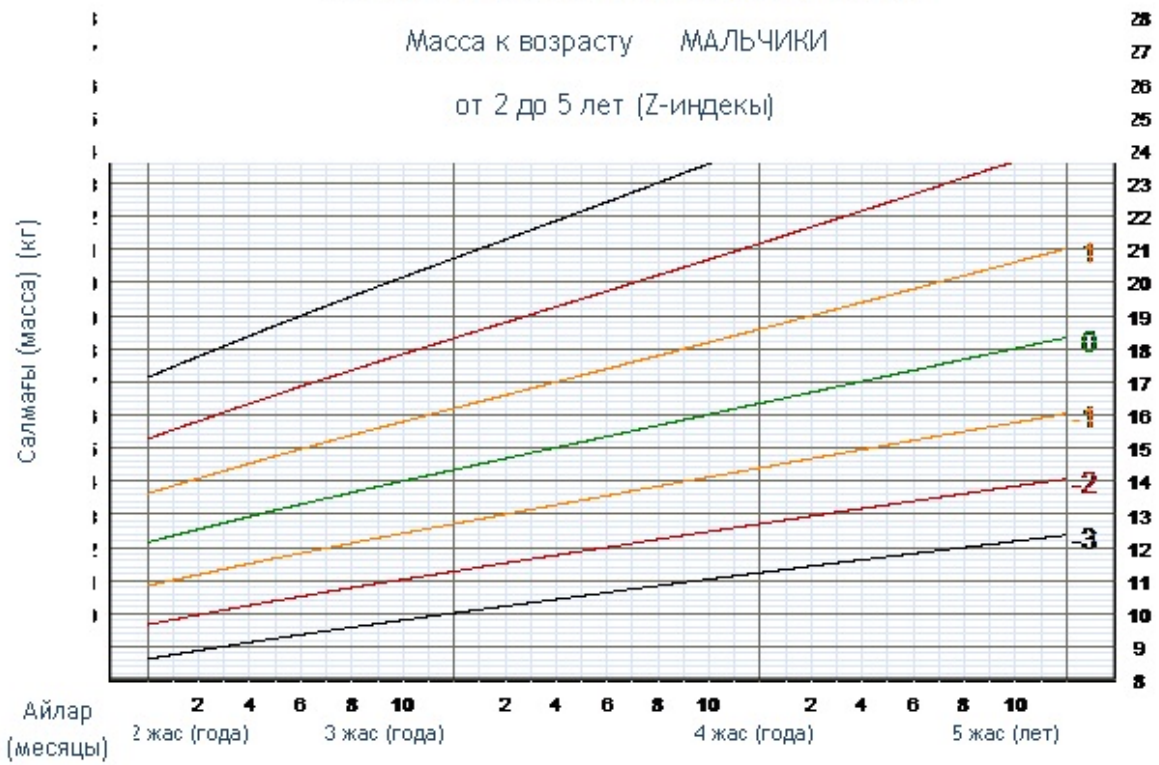
Жасы () толық айы мен жылы) (Возраст (полных месяцев и лет)

Ұл баланың жасына дене салмағы

2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-индекстер)

Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ

от 2 до 5 лет (Z-индексы)



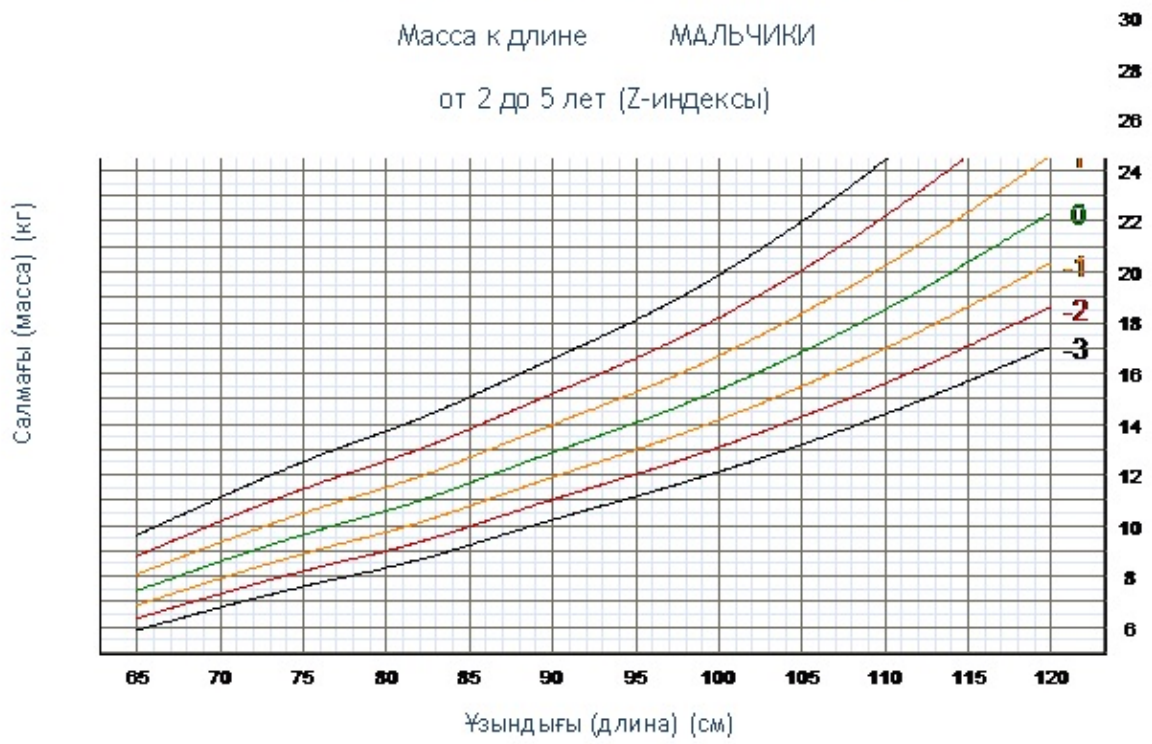
Жасы (толық айы мен жылы) (возраст (полных месяцев и лет))

Ұл баланың бойының ұзындығына сәйкес дене салмағы

2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-индекстер)

Масса к длине МАЛЬЧИКИ

от 2 до 5 лет (Z-индексы)



(оценить рост и развитие)

4. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру

(проверить, нет ли врожденных пороков развития)

| | |
|--|--|
| Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ / __ / ____ Жасы (возраст): ____ . Дене қызуы (температура) _____ | |
| Туғандағы (при рождении): Салмағы (вес): ____ кг Бойы (рост) ____ см ИМТ ____ Басының шеңбері (окружность головы) ____ см | |
| Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики): | |
| Шағымдар (жалобы): | |
| Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7. Дене қызуының 38 ⁰ С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38 ⁰ С); 8. Дене қызуы <35,5 ⁰ С төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 ⁰ С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозаруы (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка)); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение) | Иә (да) ____ Жок (нет) ____ |
| СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқактың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); баскасы (другое) ... | Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез): Иә (да) _____ Жок (нет) ____ |
| Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлексінің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлексстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; Автоматтандырылған жүру (автоматической походки) | |
| Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица): _____ (симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы) | |
| Тері (кожа): _____ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая) | |
| Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____ конъюнктивалар (конъюнктивы) _____ | |
| Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус) _____ - _____ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "флексорлық қалып") (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и | |

гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок " флексорная поза")

Көзге көрінетін туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки) _____

Сүйек жүйесі (костная система) _____

Бас пішіні (форма головы) _____ жігі (швы) _____

Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ кіші еңбегі (малый родничок) _____

Буынды бағалаңыз (оцените суставы): _____ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы)

Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)

ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____; Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного пульса) _____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) (в норме симметрично с двух сторон)

Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____

Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____

Кіндік (пуповина) _____ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Несеп шығару (мочеиспускание) _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Нәжіс (стул) _____ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ
(ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)

ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ
(ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)

- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет) _____

- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____

- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз.

Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).

- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):

- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди)

Иә (да) ___

Жоқ (нет) ___

- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___

- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):

Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме?

(кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)

- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта)
Иә (да) ____
Жоқ (нет) ____
Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жаксы салынған (приложен хорошо)
- Нәресте жаксы емеді ме ? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?
Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы емеді (сосет эффективно)
- Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

| | |
|--|---|
| <p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)</p> <p>- Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)</p> <p>- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p> | <p>Д а м у проблемалары (проблемы развития)</p> |
| <p>Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца):</p> <p>Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня):</p> <p>1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ _____</p> | <p>Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки) _____</p> <p>Мерзімі (дата) _____</p> |
| <p>Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка)</p> <p>Жайдың гигиенасы (гигиена помещения _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22 °C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 °C)</p> <p>Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____</p> | <p>Күтім жасау проблемалары (проблемы ухода)</p> |
| <p>Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери):</p> <p>1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):</p> | <p>Проблемалар (проблемы)</p> |
| <p>2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство) 2. терең мұңды (глубокая печаль) 3. жиі жылау (частые слезы) 4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке) 5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины) 6. байбалам ұстамасы (приступы паники) 7. есенгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность) 8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) | <p>Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. барлық жұмысты тастап балаға күтім ж а с а у (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности) 2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней) 3. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания) 4. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку) |

| | |
|---|---|
| <p>11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом)</p> <p>12. секске қызықпау потеря интереса к секс</p> <p>13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадёжности)</p> <p>14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)</p> | <p>5. бала туралы ойлау (думать о ребенке)</p> <p>6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходит на улицу и двигаться)</p> <p>7. жақсы тамақтану (хорошо питаться)</p> <p>8.өзіне күтім жасау (заботиться о себе)</p> <p>9. күнделік жүргізу (вести дневник)</p> <p>егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту)</p> |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):</p> | |

Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания)
- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания)
- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости))
- Ананың құнарлы тамақтануы (оптимальное питание матери)
- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери)
- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (требования к помещению и предметам ухода за новорожденным)
- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жаракат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
- Нәресте күтімі, серуендеу режимі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны)

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

- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации)

Дәрігер (врач):

Дәрігердің тексеріп-қарауы (15-ші күн)

(Осмотр врачом (15-й день))

| | |
|--|---|
| Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): ____ Дене қызуы (температура) _____ | |
| Шағымдар (жалобы): | |
| <p>Қауіп себептерін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 °С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°С); 8. Дене қызуы <35,5 °С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов : цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)</p> | <p>Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____</p> |
| <p>Тері (кожа): Кіндік (Пуповина) _____ Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) конъюнктивалар (конъюнктивы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____; Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул) _____</p> | <p>ДИАГНОЗЫ:</p> |
| <p>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)</p> | <p>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)</p> |
| <p>- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет) _____</p> | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) ____ Жок (нет) ____</p> <p>- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) ____</p> <p>- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жок (нет) __</p> <p>- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жок (нет) ____</p> <p>- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) ____</p> <p>__ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)</p> | | |
| <p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):</p> | | |
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p> | <p>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):</p> <p>- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ____ Жок (нет) ____</p> <p>- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ____ Жок (нет) ____</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ____ Жок (нет) ____</p> <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ____ Жок (нет) ____</p> <p>Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо)</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно)</p> <p>Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)</p> <p>- Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)</p> <p>- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p> | | <p>Д а м у проблемалары (проблемы развития)</p> |
| <p>КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):</p> | | <p>КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)</p> |
| <p>Балаға қатыгез мінез көрсету белгілері (признаки жестокого обращения с ребенком): физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | | <p>Иә (да) Жок (нет)</p> |

| | |
|--|------------------------|
| Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіп белгілері (тревожные признаки, требующие специализированной помощи): Есту бойынша (по слуху) Көру бойынша (по зрению) | Проблемалар (проблемы) |
| АНАНЫҢ ҚАУІПТІ АУРУЛАРДЫҢ БЕЛГІСІН БІЛУІ (ЗНАНИЕ МАТЕРИ ОПАСНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ) | Иә (да) Жок (нет) |
| АНА ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): | ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) |
| ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ): | |

Ұсыныстар (рекомендации):

1. Тек емшекпен емізуді қолдау (поощрение исключительно грудного вскармливания)
2. Емізетін ананың тиімді тамақтануы және ұйқы/демалу режимі (оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери)
3. Нәресте күтімі (уход за новорожденным)
4. Психоәлеуметтік дамуды ынталандыру (стимуляция психосоциального развития)
5. Қауіпсіз орта (нәресте киіміне, күтім жасау заттарына және ойыншықтарға қойылған талаптар) және жаракат пен жазатайым жағдайларды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
6. Бала сырқаттанғанда күту және мінез-құлық қағидасы (правила поведения и уход в случае болезни ребенка)
7. Баладағы қауіпті аурулардың белгісінде ананың тез арада дәрігерге баруын үйрету: емшек еме алмайды, әрбір емген немесе су ішкен жағдайда құсу, сіреспе, летаргиялық немесе ес-түссіз (обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания)
8. Басқа (другое).
Дәрігер/(Врач)

**Дәрігердің баланы 1 айында тексеріп-қарауы
(осмотр ребенка 1 месяца жизни врачом)**

| |
|---|
| Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20 ____ / ____ Жасы (возраст): ____ . Дене қызуы (температура) _____ САЛМАҒЫ (ВЕС) _____ гр. БОЙЫ (РОСТ) ____ см. ИМТ _____ Басының шеңбері (окружность головы) _____ см |
|---|

Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):

Шағымдар (жалобы):

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА)

Тері (кожа): Кіндік (Пуповина) _____

Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____

Аңқа (зев) _____

Конъюнктивалар (конъюнктивы) _____

Үлкен еңбегі (большой родничок) _____

Тыныс алу органдары (органы дыхания) _____

Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____

ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____

Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____;

Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____;

Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____

Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул)

ДИАГНОЗЫ:

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ
(ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)

ТАМАҚТАНДЫРУ
ПРОБЛЕМАЛАРЫ
(ПРОБЛЕМЫ
ПИТАНИЯ)

- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жок (Нет) _____

- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____

- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

ЕМШЕКПЕН
ЕМІЗУДІ
БАҒАЛАҢЫЗ
ОЦЕНИТЕ
КОРМЛЕНИЕ
ГРУДЬЮ):

Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).

- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):

- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижня губа вывернута наружу) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

| | | |
|---|---|--|
| <p>Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p> | <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жаксы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы емеді (сосет эффективно) - Аузында ойық жара немесе актаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС): Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня) В гепатиті 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В гепатиті 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 1 айында ___ мм БЦЖ-дан беріштің даму динамикасын бағалау (оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц ___ мм) Және перифериялық лимфотүйіндерді (и периферических лимфоузлов) _____</p> | | <p>Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки) _____ Күні (дата) _____</p> |
| <p>Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p> | | <p>Мөлшері (доза) _____ Ұзақтығы (длительность) _____</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРЛЫҚ ДАМУ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ): До= Др= Ра= Рп= Н= Ә= ДАМУ МАҚСАТЫНДА КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p> | | <p>Қалмаған (Не отстает) _____ эпикриздік мерзімге қалып қойған Отстает на _____ эпикризный срок ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)</p> |
| <p>КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику) 2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям) 3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары</p> | | <p>КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (</p> |

| | |
|--|--|
| <p>тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38⁰С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38⁰С); 8. Дене қызуы <35,5 °С төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)</p> | <p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА)</p> |
| <p>БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком): Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық () физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)</p> | <p>ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи) - Ықтимал керендік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт) - Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе) - Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит).</p> | <p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)</p> | <p>ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)</p> |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):</p> | |

Ұсыныстар (рекомендации):

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

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери)
- Жасына сәйкес психоэлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту)

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д)

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача)

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям)

- Басқасы (Другое).

Дәрігер (Врач):

Дәрігердің баланы 2 айында тексеріп-қарауы (осмотр ребенка 2 месяца жизни врачом)

| | |
|---|--|
| Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20 __ __ / ____ Жасы (возраст): ____ | |
| Дене қызуы (температура) _____ | |
| САЛМАҒЫ (ВЕС) _____ гр. БОЙЫ (РОСТ) ____ см. ИМТ _____ Басының шеңбері (Окружность головы) ____ см | |
| Бағандарды пайдаланумен, физикалық дамуын бағалаңыз (Оцените физическое развитие, используя графики): | |
| Шағымдар (жалобы): | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА) | |
| Тері (кожа): Кіндік (пуповина) _____ | |
| Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) Аңқа (Зев) | |

| | |
|---|--|
| <p>Конъюнктивалар (конъюнктивы) _____</p> <p>Үлкен еңбегі (большой родничок) _____</p> <p>Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____</p> <p>ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____; Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____;</p> <p>Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____</p> <p>Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул) _____</p> | <p>ДИАГНОЗЫ:</p> |
| <p>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)</p> | <p>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)</p> |
| <p>- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жок (Нет) _____</p> <p>- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____</p> <p>- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)</p> | |
| <p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):</p> | |
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ):</p> <p>Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)</p> | <p>Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):</p> <p>- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) _____ Жок (нет) _____</p> <p>Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо)</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?)</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно)</p> <p>Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС):</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня)</p> <p>В 1- 0 В гепатиті БЦЖ АКДС 1 + hib 1</p> <p>2 В гепатиті ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2</p> | <p>Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки) _____</p> <p>_____</p> <p>Күні (дата) _____</p> |
| <p>Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p> | <p>Мөлшері (доза) _____</p> <p>Ұзақтығы _____ (длительность)</p> |
| <p>ПСИХОҚОЗҒАЛЫС ДАМУЫ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ):</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Ә=</p> <p>Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития)</p> <p>- Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)</p> <p>- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)</p> | <p>Қалмаған (Не отстает)</p> <p>_____ эпикриздік мерзімге қалып қойған</p> <p>Отстает на _____ эпикризный срок</p> <p>ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)</p> |
| <p>КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):</p> <p>1. 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику)</p> <p>2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям)</p> <p>3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности):</p> <p>1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 °С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°С); 8. Дене қызуы <35,5°С төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5°С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің</p> | <p>КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)</p> |

| | |
|---|---|
| болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы покраснение, уплотнение) | |
| БАЛАҒА ҚАТЫҒЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком): Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность) | ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ) |
| Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи) - Ықтимал керендік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт) - Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе) - Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит). | ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д) |
| АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС) | ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) |
| ҚОРЫТЫНДЫ ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).
- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери).
- Жасына сәйкес психоэлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)).
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту).

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д)

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жаракат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача)

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям)

- Басқасы (Другое)

Дәрігер (врач)

Дәрігердің 3 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка 3 месяцев жизни врачом

| | |
|--|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА | |
| Терісі: /Кожа: | |
| Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов | |
| Ауыз қуысының шырышы Аңқа | |
| Слизистые ротовой полости Зев | |
| Конъюнктивалары /конъюнктивы | |

| | |
|---|---|
| <p>Үлкен еңбек / Большой родничок _____</p> <p>Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____</p> <p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;</p> <p>Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____</p> <p>_____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____</p> <p>_____ ;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____</p> <p>_____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ: /ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</p> | <p>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</p> |
| <p>- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? ___рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз</p> <p>- Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ / _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой</p> | |
| <p>Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса):</p> <p>Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):</p> | |
| | <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз . Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/ Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУ ДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p> | <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ _ Жок/Нет ___</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо</p> <p>Жаксы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/ Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады</p> <p>- Аузында ойық жара немесе актаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> | |
| <p>Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/ специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p> | <p>Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность</p> | |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н=</p> | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>Ә=</p> <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген /Отстает на _____ эпикризный срок</p> <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт.</p> <p>- Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/ Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</p> <p>- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <p>- Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және камтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кенес беру/ Консультирование по планированию семьи</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсыныстар/рекомендации:

- Тек емшекпен емізуді практикалау/Практика исключительно грудного вскармливания.

- Ананың тиімді тамақтануы/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психоэмоционалдық және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) /Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья.

- Вакцинация (уақтылы егу, екепеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)/Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- 2 айлық жаста дәрігердің тексеріп-қарауына шақыру/Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев

- Көрсетілімдер бойынша жеке бейін мамандарында консультация алу және зертханалық зерттелу/Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Басқасы/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 4 айлық баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка 4 месяцев жизни врачом

Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__

Жасы: _____ /Возраст: _____

Температурасы _____ /Температура _____

Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр.

Бойы ____ см. /Рост ____ см.

ДСИ ____ /ИМТ ____

Басының шеңбері ____ см. /Окружность головы ____ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивалары /конъюнктив

Үлкен еңбек / Большой родничок _____

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;

Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____;

Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____

бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____

Несеп шығару /Мочевыделение _____

Нәжіс /Стул _____

ДИАГНОЗ:/ДИАГНОЗ:

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ

ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да ____ Жок/Нет ____

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

- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? ____рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

- Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____

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

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен ____

____, кесемен және қасықпен _____ / _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____

чашкой и ложкой

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық іше; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса):

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

| | | |
|---|---|--|
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p> | <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз . Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/ Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо</p> <p>Жаксы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/ Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады</p> <p>- Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм</p> | | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> |

| | |
|---|---|
| Перифериялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов | |
| Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям) | Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:</p> <p>До= Др= Ра= Рп= Н= Ә=</p> <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген /Отстает на _____ эпикризный срок</p> <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт.</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және</p> |

| | |
|--|--|
| <p>- Жүрген кезінде тепе-тендікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.</p> <p>- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <p>- Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.</p> | <p>қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсыныстар/рекомендации:

- Тек емшекпен емізуді практикалау/Практика исключительно грудного вскармливания.
- Ананың тиімді тамақтануы/Оптимальное питание матери.
- Жасына сәйкес психоэлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) /Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)/Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки
- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- 2 айлық жаста дәрігердің тексеріп-қарауына шақыру/Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев

- Көрсетілімдер бойынша жеке бейін мамандарында консультация алу және зертханалық зерттелу/Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Басқасы/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 5 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом

| | |
|---|---|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктив Үлкен еңбек / Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ ____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочевыделение _____ Нәжіс /Стул _____ | ДИАГНОЗ:/ДИАГНОЗ: |
| ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ | ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ |
| - Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ | |
| - Бала емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ | |

- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? ___рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

- Түнде емшек бересіз бе?Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____

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

- Ішсе және жесе, неше рет? Тәулігіне жиілігі қанша рет?/ Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ / _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой

Нәрестенің жасы 1 айлықтан кем болса немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса):

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ЕМШЕКПЕН
ЕМІЗУДІ
БАҒАЛАҢЫЗ:/
ОЦЕНИТЕ
КОРМЛЕНИЕ
ГРУДЬЮ:

Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?

Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз . Емшек еміуін 4 минут ішінде бақылаңыз/ Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жок/Нет ___

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

- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жок/Нет ___

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

Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем

Толық салынбаған/ Приложен плохо

Жақсы салынған/ Приложен хорошо

- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/ Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді

Сосет неэффективно/ Нәшар сорады

Сосет эффективно/ Жақсы сорады

| | |
|--|---|
| <p>- Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АҚДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3 + hib 3 ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм Перифериялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> |
| <p>Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/ специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)</p> | <p>Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Ә= ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген /Отстает на _____ эпикризный срок ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |

| | |
|--|---|
|)Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) | |
| Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдык қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность. | ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ |
| Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/ Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит. | МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д) |
| АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кенес беру/ Консультирование по планированию семьи | МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ |
| ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсыныстар/рекомендации:

- Тек емшекпен емізуді практикалау/Практика исключительно грудного вскармливания.
- Ананың тиімді тамақтануы/Оптимальное питание матери.
- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)/ Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу

режімі) /Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья.

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)/Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- 2 айлық жаста дәрігердің тексеріп-қарауына шақыру/Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев

- Көрсетілімдер бойынша жеке бейін мамандарында консультация алу және зертханалық зерттелу/Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Басқасы/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 6 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом

| | |
|---|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА | |
| Терісі: /Кожа: | |
| Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов | |
| Ауыз қуысының шырышы Аңқа | |
| Слизистые ротовой полости Зев | |
| Конъюнктивалары /конъюнктивы | |
| Үлкен еңбек / Большой родничок _____ | |
| _____ | |
| Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ | |
| _____ | |
| Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ | |
| _____ | |
| ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ; | |

| | |
|--|--|
| <p>Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ ; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p> | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген /Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/ _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/ Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/ Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл.</p> | |

- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/
Густая _____ Сұйық/ Негустая _____

- Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой
недели ребенок ел:

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

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

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

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

**ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ
СТАТУС:**

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните
прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2

Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит

АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация

НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация

БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____

мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____

мм

Келесі егу үшін қаралу/Визит для
следующей прививки _____

Күні/Дата _____

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные
признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может
есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен
или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги
в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық
ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес
баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи
и питья и правила ухода за ребенком согласно данным
рекомендациям

- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша
ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по
питанию, развитию и уходу за ребенком

- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру,
ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН
) /Знает правила ухода за больным ребенком: питание,
питьевой режим, когда обратиться за медицинской
помощью (КВН)

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

**Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ
ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:**

Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және
эмоционалдық қалаусыздық/

ИӘ ЖОҚ
ДА НЕТ

| | |
|---|---|
| физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность. | |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт</p> <p>- Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе</p> <p>- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)</p> <p>- Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.)/При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи</p> | |
| ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила

поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

- Басқа/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 7 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом

| | |
|--|----------------------|
| Тексеріп қарау күні ______\ 20__ /Дата осмотра ______\ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ ____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочепускание _____ Нәжіс /Стул _____ | ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ: |
| ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? | |

| | |
|---|---|
| <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p> | <p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/ _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет ____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____ - Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяк және қасық ___/___ бутылочкой ___ чашкой и ложкой ____</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-кол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на</p> |

| | |
|---|--|
| сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт | консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д) |
| АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи | |
| ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген " Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
 - Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
 - Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
 - Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
 - Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
 - Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
 - Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 8 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом

| | |
|---|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой рожничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____ | ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ: |
| ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком? | ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕСІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ |
| ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= | Дамуында тежелу жок/Не отстает |

| | |
|---|---|
| <p>H= Э=</p> | <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____</p> | |
| <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____ - Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____ / _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит</p> <p>АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация</p> <p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____</p> <p>мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____</p> <p>мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____</p> <p>Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Аяқ-кол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <p>- Басымен жиі қозғалу (кұлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха)</p> <p>- Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <p>- Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| | |

| | |
|---|--|
| АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1.Отбасыны жоспарлау бойынша кенес беру/ Консультирование по планированию семьи | |
| ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
 - Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
 - Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
 - Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
 - Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
 - Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
 - Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

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

Тексеріп қарау күні ____ \ ____ \ 20__ /Дата осмотра ____ \ ____ 20__

Жасы: ____ /Возраст: ____

Температурасы ____ /Температура ____

Салмағы ____ гр. /Вес ____ гр.

Бойы ____ см. /Рост ____ см.

ДСИ ____ /ИМТ ____

Басының шеңбері ____ см. /Окружность головы ____ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивалары /конъюнктивы

Үлкен еңбек / Большой родничок _____

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ;

Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ ;
Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ ;

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____
бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____

Несеп шығару /Мочеиспускание _____

Нәжіс /Стул _____

ДИАГНОЗ:

ДИАГНОЗ:

ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

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

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

ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ
ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Ә=

Дамуында тежелу жок/Не отстает

Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок

ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание

Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____

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

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жок/Нет ____

Тамақтанса, күніне ____ рет ____ мл./Если Да, ____ мл ____ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? ____

- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? ____

- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная ____

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? ____ мл./ ____ мл.

- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ Сұйық/Негустая ____

Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:

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

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

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

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

ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2

Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит

АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки ____

Күні/Дата ____

| | |
|--|--|
| <p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/ Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1.Отбасыны жоспарлау бойынша кенес беру/ Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 10 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__

Жасы: _____ /Возраст: _____

Температурасы _____ /Температура _____

Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр.

Бойы _____ см. /Рост _____ см.

ДСИ _____ /ИМТ _____

Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивалары /конъюнктивы

Үлкен еңбек / Большой родничок _____

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;

Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____;
Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____
бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____

Несеп шығару /Мочевыделение _____

Нәжіс /Стул _____

ДИАГНОЗ:

ДИАГНОЗ:

ДАМУҒА МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

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

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

ДАМУҒА үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ
ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Ә=

Дамуында тежелу жок/Не отстает

Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее
тежелген/Отстает на _____ эпикризный
срок

ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание

| | |
|---|---|
| <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? ____ рет/ ____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/ Питательная ____ Қорексіз/Не питательная ____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/ Густая ____ Сұйық/ Негустая ____</p> <p>- Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:</p> <p>- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> <p>Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/ ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит</p> <p>АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация</p> <p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____</p> <p>Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения</p> <p>- Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/ Частые движения головой (возможное заболевания уха)</p> <p>- Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь</p> <p>- Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи</p> <p>- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1.Отбасыны жоспарлау бойынша кенес беру/ Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 11 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом

| |
|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ |
| Температурасы _____ /Температура _____ |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: |
| Шағымдар: /Жалобы: |
| |

| | |
|---|--|
| <p>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА</p> <p>Терісі: /Кожа:</p> <p>Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов</p> <p>Ауыз қуысының шырышы Аңқа</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев</p> <p>Конъюнктивалары /конъюнктивы</p> <p>Үлкен еңбек / Большой родничок _____</p> <p>_____</p> <p>Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____</p> <p>_____</p> <p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>_____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ;</p> <p>Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____</p> <p>_____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____</p> <p>_____ ;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____</p> <p>_____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочепускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМУҒА МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМУҒА үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ</p> <p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p> | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____</p> <p>Жок/Нет _____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/_____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> | |

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____
Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____
- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____
- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____
- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл.
- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____
Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:
- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ___/___ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня
Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2
Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2
Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3
Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит
АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация
НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация
БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____
мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____
мм

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

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи

| | |
|--|--|
| <p>и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/</p> <p>физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Аяқ-кол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және камтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила

приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
 - Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
 - Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
 - Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
 - Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
 - Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
 - Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 12 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте в 12 месяцев врачом

| | |
|--|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА | |
| Терісі: /Кожа: | |
| Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов | |
| Ауыз қуысының шырышы Аңқа | |
| Слизистые ротовой полости Зев | |
| Конъюнктивалары /конъюнктивы | |

| | |
|---|--|
| <p>Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____</p> <p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ ;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочевыделение _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМУЫҮ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Ә=</p> | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/_____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> | |

- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/
Сколько перекусов за день? _____

- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/
Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое
количество пищи съедает за один прием? _____ мл./
_____ мл.

- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/
Густая _____ Сұйық/ Негустая _____

Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой
недели ребенок ел:

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

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

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

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

**ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ
СТАТУС:**

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните
прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2

Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит

АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация

НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация

БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____

мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____

мм

Келесі егу үшін қаралу/Визит для
следующей прививки _____

Күні/Дата _____

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные
признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может
есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен
или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги
в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық
ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес
баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи
и питья и правила ухода за ребенком согласно данным
рекомендациям

- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша
ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по
питанию, развитию и уходу за ребенком

- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру,
ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН
) /Знает правила ухода за больным ребенком: питание,

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

| | |
|---|--|
| питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН) | |
| Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность. | ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ |
| Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи | МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д) |
| АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи | |
| ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/грудного вскармливания
- Қосымша тамақтандыру: азық-түліктік терімді кеңейту, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары/Прикорм: расширение продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
 - Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік және моторикалық дамыту/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту
 - Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
 - Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция
 - Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында тоқсан сайынғы тексеріп қарау/Ежеквартальный осмотр на приеме у врача

- Қанның жалпы талдауы, зәрдің жалпы талдауы, гельминттердің жұмыртқаларына нәжіс талдауы/Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов

- Мамандардың консультациясы - хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог/Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог

Дәрігер/Врач

1 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 1 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

1 жыл 3 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 3 месяцев врачом

| | |
|---|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА | |
| Терісі: /Кожа: | |
| Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов | |
| Ауыз қуысының шырышы Аңқа | |
| Слизистые ротовой полости Зев | |
| Конъюнктивалары /конъюнктивы | |
| Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ | |
| _____ | |
| Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ | |
| _____ | |
| ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ; | |

| | |
|---|---|
| <p>Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ ; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p> | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Емізсеніз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/ _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/ Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/ Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл.</p> | |

- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/
Густая _____ Сұйық/ Негустая _____
Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой
недели ребенок ел:
- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____
Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____
қанша күн ____ /сколько дней ____
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/
Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/
Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/
Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/
Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____
шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и
ложкой ____

**ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ
СТАТУС:**

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните
прививки, которые нужно сделать сегодня
Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2
Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2
Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3
Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит
АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация
НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация
БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____
мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____
мм

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

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные
признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может
есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен
или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги
в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық
ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес
баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи
и питья и правила ухода за ребенком согласно данным
рекомендациям
- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша
ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по
питанию, развитию и уходу за ребенком
- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру,
ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН
) /Знает правила ухода за больным ребенком: питание,
питьевой режим, когда обратиться за медицинской
помощью (КВН)

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

**Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ
ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:**

Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және
эмоционалдық қалаусыздық/

ИӘ ЖОҚ
ДА НЕТ

| | |
|---|---|
| физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность. | |
| Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи | МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д) |
| АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи | |
| ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ: | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/

Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

1 жыл 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 6 месяцев врачом

| | |
|--|--|
| Тексеріп қарау күні __ \ __ \ 20__ /Дата осмотра __ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| <p>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА</p> <p>Терісі: /Кожа:</p> <p>Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов</p> <p>Ауыз қуысының шырышы Аңқа</p> <p>Слизистые ротовой полости Зев</p> <p>Конъюнктивалары /конъюнктивы</p> <p>Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____</p> <p>_____</p> <p>Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____</p> <p>_____</p> <p>ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;</p> <p>Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____</p> <p>_____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____</p> <p>_____ ;</p> <p>Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____</p> <p>_____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____</p> <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____</p> <p>Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ:</p> <p>ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> |

Дамуы _____ эпикриздік мерзімгес

**ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА
ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:**

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Ә=

| | |
|--|---|
| | тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок |
| ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/ _____ раз</p> <p>Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:</p> <p>- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ___/___ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи</p> | |
| | |

ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/ Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

1 жыл 9 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 9 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__

Жасы: _____ /Возраст: _____

Температурасы _____ /Температура _____

Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр.

Бойы _____ см. /Рост _____ см.

ДСИ _____ /ИМТ _____

Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

| | |
|--|---|
| <p>Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочевыделение _____ Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=</p> | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли</p> | |

ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____
Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____
- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____
- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____
- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл.
- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____
Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:
- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____ / _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня
Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2
Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2
Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3
Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит
АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация
НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация
БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____
мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____
мм

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

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

КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

| | |
|--|--|
| <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <p>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</p> <p>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</p> <p>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кенес беру/ Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/ Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 2 жастағы баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте в 2 лет врачом

| | |
|---|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ _____ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА | |
| Терісі: /Кожа: | |
| Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов | |
| Ауыз қуысының шырышы Аңқа | |
| Слизистые ротовой полости Зев | |
| Конъюнктивалары /конъюнктивы | |
| Үлкен еңбек/Большой родничок _____ | |
| _____ | |
| Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ | |
| _____ | |
| Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ | |
| _____ | |
| ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ; | |
| Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ | |
| _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ | |
| _____ ; | |
| Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ | |
| _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ | |

| | |
|--|--|
| <p>Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____</p> | <p>ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:</p> |
| <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Ә=</p> | <p>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание 1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/ Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/ Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/ Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация</p> <p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____</p> <p>мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____</p> <p>мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____</p> <p>Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:</p> <p>Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог</p> |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи | <p>, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/ Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

2 жас 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп қарауы

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом

| | |
|--|----------------------|
| Тексеріп қарау күні ______\ 20__ /Дата осмотра ________ 20__ | |
| Жасы: _____ /Возраст: _____ | |
| Температурасы _____ /Температура _____ | |
| Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр. | |
| Бойы _____ см. /Рост _____ см. | |
| ДСИ _____ /ИМТ _____ | |
| Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. | |
| Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики: | |
| Шағымдар: /Жалобы: | |
| БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек/Большой родничок _____ _____ | ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ: |
| Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ | |
| Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ | |
| ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ ; | |
| Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ | |
| Несеп шығару /Мочеиспускание _____ | |
| Нәжіс /Стул _____ | |

| | |
|--|---|
| <p>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ</p> <p>Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</p> <p>Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</p> | <p>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ</p> <p>ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</p> |
| <p>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>До=</p> <p>Др=</p> <p>Ра=</p> <p>Рп=</p> <p>Н=</p> <p>Э=</p> | <p>Дамуында тежелу жок/Не отстает</p> <p>Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</p> |
| <p>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</p> | |
| <p>Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:</p> <p>- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____</p> | |

| | |
|---|--|
| <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/___ бутылочкой ___ чашкой и ложкой ____</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на</p> |

| | |
|--|---|
| <p>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</p> <p>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</p> | <p>консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/ Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 3 жастағы баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом

Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20___ /Дата осмотра ___ \ ___ \ 20___

Жасы: _____ /Возраст: _____
 Температурасы _____ /Температура _____
 Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр.
 Бойы _____ см. /Рост _____ см.
 ДСИ _____ /ИМТ _____
 Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.
 Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА

Терісі: /Кожа:

Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивалары /конъюнктивы

Үлкен еңбек/Большой родничок _____

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;

Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____

Несеп шығару /Мочепускание _____

Нәжіс /Стул _____

ДИАГНОЗ:

ДИАГНОЗ:

ДАМУҒЫ МӘҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

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

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

ДАМУҒЫ үшiн КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Ә=

Дамуында тежелу жок/Не отстает

Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок

ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

| | |
|--|---|
| <p>Емшекпен емізу/Грудное вскармливание</p> <p>1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> | |
| <p>Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жок/Нет ____</p> <p>Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день</p> | |
| <p>- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____</p> <p>- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____</p> <p>- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная ____</p> <p>- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл.</p> <p>- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ Сұйық/ Негустая ____</p> <p>Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел:</p> <p>- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____</p> <p>- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____</p> <p>- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____</p> <p>- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____</p> | |
| <p>ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:</p> <p>Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2</p> <p>Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2</p> <p>Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3</p> <p>Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит</p> <p>АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация</p> <p>НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация</p> <p>БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм</p> | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____</p> <p>Күні/Дата _____</p> |
| <p>КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям</p> <p>- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком</p> <p>- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)</p> | <p>КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА</p> |
| <p>Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.</p> | <p>ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ</p> |
| <p>Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи</p> <p>- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение</p> <p>- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы</p> <p>- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц</p> <p>- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи</p> | <p>МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ</p> <p>Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)</p> |
| <p>АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ</p> <p>1. Отбасыны жоспарлау бойынша кенес беру/ Консультирование по планированию семьи</p> | |
| <p>ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:</p> | |

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/ Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

)

4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
) АУДАРМАЛЫ ЭПИКРИЗ _____

БАЛАНЫҢ АУРУЫ БОЙЫНША ЖАЗБАЛАР/ЗАПИСИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/
Вес (кг) _____ Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/
какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? ___ Қайта қаралу?/Повторный визит? ___

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

ЖІКТЕМЕЛЕНІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

| | |
|--|--|
| Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ | |
| СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги? | ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. - Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалысыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>- Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе ірінді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения?</p> <p>- Терінің ірінді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички</p> | |
| <p>САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____</p> | | |
| <p>Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/ Если есть желтуха, когда она впервые появилась?</p> | <p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:</p> <p>Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)?</p> <p>Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?</p> | |
| <p>Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?</p> | <p>ИӘ _____ ЖОҚ _____</p> <p>ДА _____ НЕТ _____</p> | |
| <p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/ Если ДА, СПРОСИТЕ:</p> <p>- Қашаннан бері? ___күн/ Как долго? ___дней</p> <p>- Нәжісінде қан бар ма?/ Есть ли кровь в стуле?</p> | <p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:</p> <p>- Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца:</p> <p>Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции?</p> <p>Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции?</p> <p>Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим?</p> <p>- Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза</p> <p>- Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки</p> <p>Іркіс жазылады/Складка расправляется</p> <p>Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)?</p> <p>Ақырын (2 секундқы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?</p> | |
| <p>Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?</p> | | |
| <p>Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p> | | |
| <p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:</p> <p>- Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью?</p> <p>Иә/Да__ Жоқ/Нет__</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа? ___</p> <p>- Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто? ___</p> <p>- Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</p> | <p>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий ___</p> <p>Төмен Не низкий емес ___</p> <p>- Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____</p> | |
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p> | <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта</p> <p>- Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо</p> <p>Жаксы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады</p> <p>Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p> | |
| <p>НӘРЕСТЕНІҢ ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____</p> <p>НІВ 1 _____ АПВ 1 _____</p> | | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____</p> <p>_____</p> <p>Күні/Дата _____</p> <p>_____</p> |
| | | |

БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу
(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов
(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/
Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/ ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/
Вес (кг) _____ Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/
какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? ___ Қайта қаралу?/Повторный визит? ___

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

ЖІКТЕМЕЛЕНІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| <p>Ізденіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ</p> | | |
| <p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?</p> | <p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеніз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. - Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз. Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін ізденіз/Ищите кожные гнойнички</p> | |
| | | |
| <p>САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____</p> | | |
| <p>Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?</p> | <p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды ізденіңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?</p> | |
| <p>Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?</p> | <p>ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____</p> | |
| <p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ:</p> | <p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции?</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>- Қашаннан бері? __күн/ Как долго? __дней</p> <p>- Нәжісінде қан бар ма?/ Есть ли кровь в стуле?</p> | <p>Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим?</p> <p>- Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза</p> <p>- Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки</p> <p>Іркіс жазылады/Складка расправляется</p> <p>Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)?</p> <p>Ақырын (2 секундкы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?</p> | |
| <p>Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?</p> | | |
| <p>Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p> | | |
| <p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ:</p> <p>- Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа? __</p> <p>- Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/ Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Іше немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто? __</p> <p>- Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?</p> | <p>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий ____</p> <p>Төмен Не низкий емес ____</p> <p>- Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____</p> | |
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:</p> <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/</p> | <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да __ Жок/Нет __</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта</p> <p>- Иә/Да __ Жок/Нет __</p> | |

| | | |
|---|---|---|
| Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа? | Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жаксы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью. | |
| НӨРЕСТЕНІҢ ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____ | Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____ | |
| БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ: | | - |

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/ ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/
Вес (кг) _____ Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/
какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? ___ Қайта қаралу?/Повторный визит? ___

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

ЖІКТЕМЕЛЕНІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

| | | |
|--|--|--|
| Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ | | |
| СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги? | ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. - Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалысыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз. Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички | |
| САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____ | | |
| | | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/ Если есть желтуха, когда она впервые появилась?</p> | <p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды ізденіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?</p> | |
| <p>Сұраңыз: НӨРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?</p> | <p>ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____</p> | |
| <p>Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/ Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері? ___ күн/ Как долго? ___ дней - Нәжисінде қан бар ма?/ Есть ли кровь в стуле?</p> | <p>ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)? Ақырын (2 секундкы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?</p> | |
| <p>Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?</p> | | |
| <p>Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС</p> | | |
| <p>СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жок/Нет__ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа? ___ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/ Получает ли младенец другую пищу или жидкость ? Иә/Да__ Жок/Нет__ - Іше немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто? _____ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы</p> | <p>- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий _____ Төмен Не низкий емес _____ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>пользуетесь при кормлении младенца?</p> | | |
| <p>ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?</p> | <p>Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.</p> <p>- Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:</p> <p>- Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>- Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта</p> <p>- Иә/Да ___ Жок/Нет ___</p> <p>Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо</p> <p>Жақсы салынған/ Приложен хорошо</p> <p>- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?</p> <p>Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады</p> <p>Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.</p> | |
| <p>НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня</p> <p>Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____</p> <p>НІВ 1 _____ АПВ 1 _____</p> | | <p>Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____</p> <p>Күні/Дата _____</p> <p>—</p> |
| <p>БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:</p> | | |

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу
(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов
(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/
Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет**

| | |
|---|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ ___ \ 20__ Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес _____ Температурасы/Температура _____ Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный __ Шағымдар/Жалобы: | Қауіптің жалпы белгілері/ Общие признаки опасности: Иә ___ Жоқ ___ Да ___ Нет ___ |
| <u>Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз:</u> 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі талтылады ма? 4. Летаргия немесе есінен танған халінде ме? Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания ? | |
| Бала <u>жетеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба?</u> Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание?</u> Да ___ Нет ___ Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны ___ Жиі демалу Как долго? _____ Число дыханий в минуту ___ Учащенное дыхание Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидтық па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз) Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла | |
| Баланың <u>іші өтеді ме?</u> Иә ___ Жоқ ___ Есть ли у ребенка <u>диарея?</u> Да ___ Нет ___ Қашаннан бері ___ Нәжісінде қан бар ма _____ Как долго ___ Есть ли кровь в стуле _____ Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба | |

| | |
|--|--|
| <p>Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.), Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),</p> | |
| <p>Баланың <u>температурасы</u> бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/></p> <p>Есть ли у ребенка <u>температура</u>? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Қашаннан бері? _____ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба? _____ соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырды ма _____</p> <p>Как долго? _____ Если более 5 дней. Каждый день? _____ Болел ли корью последние 3 месяца _____</p> <p>Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден іріңді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта(Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы</p> | |
| <p>Баланың <u>құлағы</u> ауыра ма? Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/></p> <p>Есть ли у ребенка боли <u>в ухе</u>? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Құлағынан іріңді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней Құлағының арты ісіп кеткен бе Есть болезненное припухание за ухом</p> | |
| <p>Баланың <u>тамағы</u> ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/></p> <p>Есть ли у ребенка боли <u>в горле</u>? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Тамағында ақ өнез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы</p> | |
| <p><u>Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз</u> Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия График бойынша салмақ: төмен _____ төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма. Вес по графику: низкий _____ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе _____ Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп _____</p> | |
| <p><u>Тамақтануды</u> бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса): Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар): Емшекті еме ме иә <input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> емсе, тәулігіне қанша рет _____ Түнде тамақтандырасыз ба. Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Ішсе немес жесе , қандай тамақты және сұйықтықты _____</p> <p>Кормится ли грудью да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> Если да. то сколько раз за сутки _____ Кормите ли ночью. Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Получает ли другую пищу или жидкость Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Если Да, то какую пищу и жидкости _____</p> | <p>Тамақтану мәселелері/ Проблемы питания</p> |

Күніне қанша рет _____ Емізу кезінде нені пайдаланады _____ Бір тамақтану
өлшеміннің көлемі _____ Белсенді емізу Иә _____ Жоқ _____ Сырқаттану кезінде емізу
өзгерді ме. Иә _____ Жоқ _____ Өзгерсе, қалай _____
Сколько раз в день _____ Чем пользуются при кормлении _____ Объем одной
порции _____ Активное кормление Да _____ Нет _____ Изменилось ли кормление во
время болезни. Да _____ Нет _____ Если да, то как _____

Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік,
ұсақ нүктелі, папулездік, басқа _____ орналасу жері _____
_____ қыштың қышымайтын;

Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушны; Сыпь: геморрагическая,
везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____
локализация _____ Зудящая Не
зудящая;

Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы _____

Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____

Қайда _____ Көздің конъюнктивасы: гиперемияланған, іріңді бөлінетін,
ақ қабық: инъекцияланған, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____

Где _____ Конъюнктивит: гиперемияланған, гнойное отделяемое,
Склеры: инъекцияланған, желтушны. Носовое дыхание затруднено, выделения _____

Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа:
_____ Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шулы бар _____ ЖСЖ _____

Мойын тамырларының соғуы.

Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие:
_____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____

Пульсация вен шеи.

Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген
ішперде симптомы, басқасы _____

Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом
раздражения брюшины, другое _____

Бауыр көлемі: _____ Печень размеры: _____

Көкбауыр: көлемі _____ см. Селезенка: размеры _____ см.

Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі _____ см.

Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см.

Бассүйек-ми нервтері жағынан _____

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____

Шала салдану, салдану _____

Парезы, параличи _____

Перифериялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры) _____

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) _____

Дизуриялық көрініс: _____

Дизурические явления: _____

Басқалары _____

Другое _____

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/
Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет**

| | |
|---|--|
| Тексеріп қарау күні ___ \ ___ \ 20__ /Дата осмотра ___ \ ___ \ 20__ | Қауіптің жалпы белгілері/ Общие признаки опасности: Иә ___ Жоқ ___ |
| Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес _____ | |
| Температурасы/Температура _____ | Иә ___ Жоқ ___ Да ___ Нет ___ |
| Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный ___ | |
| Шағымдар/Жалобы: | |
| <u>Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз:</u> 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі талтылады ма? 4. Летаргия немесе есінен танған халінде ме? | |
| Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания ? | |
| Бала <u>жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба?</u> Иә ___ Жоқ ___ | |
| Есть ли у ребенка <u>кашель или затрудненное дыхание?</u> Да ___ Нет ___ | |
| Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны ___ Жиі демалу | |
| Как долго? _____ Число дыханий в минуту ___ Учашенное дыхание | |
| Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидтық па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз) | |

Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла

Баланың іші өтеді ме? Иә ___ Жоқ ___

Есть ли у ребенка диарея? Да ___ Нет ___

Қашаннан бері ___ Нәжісінде қан бар ма ___

Как долго ___ Есть ли кровь в стуле ___

Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба

Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим

Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді

Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо

Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.),

Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),

Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә ___ Жоқ ___

Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да ___ Нет ___

Қашаннан бері? ___ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба? ___ соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырды ма ___

Как долго? ___ Если более 5 дней. Каждый день? ___ Болел ли корью последние 3 месяца ___

Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы

Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз

Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден ірінді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр

Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта(Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы

Баланың құлағы ауыра ма? Иә ___ Жоқ ___

Есть ли у ребенка боли в ухе? Да ___ Нет ___

Құлағынан ірінді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық

Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней

Құлағының арты ісіп кеткен бе

Есть болезненное припухание за ухом

Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә ___ Жоқ ___

Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да ___ Нет ___

Тамағында ақ өнез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе

Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы

Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз

Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия

График бойынша салмақ: төмен ___ төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма.

Вес по графику: низкий ___ не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.

Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе ___

Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп ___

Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса):

Оцените питание (если не направляется в стационар):

Емшекті еме ме иә ___ жоқ ___ емсе, тәулігіне қанша рет ___ Түнде тамақтандырасыз ба. Иә ___ Жоқ ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә ___ Жоқ ___ Ішсе немес жесе, қандай тамақты және сұйықтықты _____

Кормится ли грудью да ___ нет ___ Если да, то сколько раз за сутки ___ Кормите ли ночью. Да ___ Нет ___ Получает ли другую пищу или жидкость Да ___ Нет ___ Если Да, то какую пищу и жидкости _____

Күніне қанша рет ___ Емізу кезінде нені пайдаланады ___ Бір тамақтану өлшемнің көлемі ___ Белсенді емізу Иә ___ Жоқ ___ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә ___ Жоқ ___ Өзгерсе, қалай _____

Сколько раз в день ___ Чем пользуются при кормлении ___ Объем одной порции ___ Активное кормление Да ___ Нет ___ Изменилось ли кормление во время болезни. Да ___ Нет ___ Если да, то как _____

Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа _____ орналасу жері _____ кышитын қышымайтын;

Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ локализация _____ Зудящая Не зудящая;

Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы _____

Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____

Қайда _____ Көздің конъюнктивасы: гиперемияланған, ірінді бөлінетін, ақ қабық: инъецирленген, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____

Где _____ Конъюнктива глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____

Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа: _____ Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар _____ ЖСЖ _____

Мойын тамырларының соғуы.

Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____

Пульсация вен шеи.

Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген ішперде симптомы, басқасы _____

Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____

Бауыр көлемі: _____ Печень размеры: _____

Көкбауыр: көлемі _____ см. Селезенка: размеры _____ см.

Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі _____ см.

Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см.

Бассүйек-ми нервтері жағынан _____

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____

Шала салдану, салдану _____

Парезы, параличи _____

Тамақтану мәселелері/
Проблемы питания

| | |
|--|--|
| Перифериялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры) _____ | |
| Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) _____ | |
| Дизуриялық көрініс: _____ | |
| Дизурические явления: _____ | |
| Басқалары _____ | |
| Другое _____ | |

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/
срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелерін жапсыру үшін
Для подклеивания результатов клинико-лабораторных обследований
Стационарлар көшірмелерін жапсыру үшін
Для подклеивания выписок из стационара

Приложение 37
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 3
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 055/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма 055/ у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года №907 |

Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг

| Р/ с № п/ п | ТАӘ ФИО | Күні Дата | Мекен жайы Адрес | Пациенттің тұлғалық- әлеуметтік мәртебесі Личностно- социальный статус пациента | Отбасы туралы ақпарат Информация о семье | Әлеу- меттік диаг- нозы Социаль- ный диагноз | Үйге барғанда анықтал- ған пробле- малар Выявлен- ные проблемы при посеще- нии на дому | Әлеу- меттік қызмет - керді бағалау Оценка со- циаль- ного работ- ника | Әлеу- меттік қызмет- кердің іс - әрекет жоспары План дейст- вий со- циаль- ного работ- ника | Қызметтің атауы (Название услуги): Волонте- рлерді дайындау ((подго- товка волон- теров) (1) Тақырыптың/ трени- нгтің атауы (Ес- название темы/ кертпе тренинга) (2) Приме- Протездеу (- протези- рование) (3) Алынған көшу құралы ((получено средств передви- жения) (4) Балалар үйіне берілген және т.б. (помещено в дома ребенка и т.д.) (5) | 12 |
|-------------------------|------------|--------------|------------------------|--|--|--|--|---|--|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, тегі, қолы (толық) _____
(Должность, фамилия, подпись лица (разборчиво), направившего материал)
Жіберген ұйымның мөрі
(Место печати направившей организации)

Тексеріс қорытындысы (Результаты исследований)
Қорытындыны берген дәрігердің қолы, жылы, айы, күні
(Дата, подпись врача выдавшего результат)

Приложение 39
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4
форматы
Формат
А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 264-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 264-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

**Вирусқа қарсы АИТВ дезоксирибонуклеиндық қышқылды (ДНК)
анықтау
үшін полимеразды тізбекті реакцияға (ПТР) түскен материалды
тіркеу журналы**

Журнал регистрации материала, поступившего на полимеразную цепную реакцию (ПЦР) для определения провирусной дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) ВИЧ

| Алғашқы/салдарлық (Первичный/повторный) (1,2,3) | Тіркеу № (№ регистрационный) | Түскен айы, күні (Дата поступления) | ТАӘ ФИО | Туған жылы (Дата рождения) | Қайдан келіп түсті (Откуда поступил) | П Т Р жүргізілген тексерістің қорытындысы (Результат исследования ПЦР) | Берілген айы, күні (Дата выдачи) | Дәрігер-зертханашының қолы (Подпись врача-лаборанта) | Ескертпе (Примечание) |
|---|------------------------------|-------------------------------------|---------|----------------------------|--------------------------------------|--|----------------------------------|--|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.

Приложение 40
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 264-2/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 264-2/у утверждена приказом и.о. Министра |

АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ

| Тіркеу № № регистра- ционный | Түскен айы, күні Дата поступ- ления | Иммуно- блоттын № № иммуно- блота | ТАӘ ФИО | Туған жылы Дата рождения | Жынысы Пол | Қайдан келіп түсті Откуда поступил | АИТВ-инфекциясының сатысы Стадия ВИЧ-инфекции |
|------------------------------------|--|--|------------|-----------------------------------|---------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

продолжение:

| Терапияның басталу мерзімі Дата начала терапии | ВЖ соңғы тексеру уақыты және қорытындысы Дата и результат последнего исследования на ВН | Тексеру қорытындысы Результат исследования | Берілген күні Дата выдачи | Зертханашы - дәрігердің қолы Подпись врача- лаборанта | Ескертпе Примечание |
|---|--|---|------------------------------------|---|------------------------|
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.

Приложение 41
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

| | |
|--|--|
| Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-3/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 264-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года №907 |

ПЦР әдісімен тексерудің қорытындысы

Результат исследования методом ПЦР

Тіркеу № _____

Регистрационный № _____

ТАӘ (ФИО) _____

_____ Туған жылы (Год рождения) _____

_____ Мекенжайы (Домашний адрес) _____

_____ Зертханаға материалдың келіп түскен айы, күні (Дата поступления материала в лабораторию) _____

| Зерттеу түрі/Вид исследования | Қорытынды / Результат |
|-------------------------------|-----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ҚОРЫТЫНДЫ:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Қорытындыны берілген күн: _____ Зертханашы-дәрігердің қолы: _____

Дата выдачи результата: Подпись врача-лаборанта:

Приложение 42
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген №264-8/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма №264-8/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года №907 |

**ҚАН ҮЛГІЛЕРІН ИФТ ӘДІСІМЕН АИТВ-ға АНТИДЕНЕЛЕРГЕ
ЗЕРТТЕУГЕ**

№ _____ жеке ЖОЛДАМА

НАПРАВЛЕНИЕ индивидуальное № _____

**НА ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗЦОВ КРОВИ МЕТОДОМ ИФА НА
АНТИТЕЛА К ВИЧ**

Тексеруге жіберген ұйымның және бөлімшенің атауы _____
(Название организации и отделение направляющего на исследование)

_____ ТАӘ (ФИО) _____

_____ Туған күні (Дата рождения) _____

_____ Код _____

_____ Диагнозы (Диагноз) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Қанды алған күн (Дата забора крови) _____

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңық), қолы _____

(Должность, фамилия (разборчиво), подпись лица, направившего материал)

Тексеріс қорытындысы (Результат исследования)

Қорытынды берілген күн, дәрігердің қолы

Дата, подпись врача, выдавшего результат _____

Приложение 43
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Код организации по ОКПО

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 266 / е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 266/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года №907 |

Зерттеуге келген материалды тіркеу журналы

Журнал регистрации материала, поступившего на исследование

| Р/ с № № п/ п | Жынысы Пол | Материалдың келіп түскен күні Дата поступления материала | Қан сарысуының зертханалық нөмірі __ дан __ дейін Лабораторный номер сыворотки с __ по __ | Код бойынша үлгілер саны Количество образцов по кодам | Материалды жіберген емдеу ұйымы Лечебная организация, откуда поступил материал | Ескертпе Примечание |
|------------------------------|---------------|---|---|---|--|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

Приложение 44
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 267-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 267-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года №907 |

АИТВ-ға антиденесіне қайта бақылау сарысуын

тіркеу және есепке алу

ЖУРНАЛЫ

(референс-зертханалар үшін)

ЖУРНАЛ

регистрации и учета переконтрольных сывороток на антитела к ВИЧ

(для референс-лаборатории)

| Күні Дата | Сарысу № № сыво- ротки | ТАӘ ФИО | Туған жылы Год рож- дения | Жынысы Пол | Код | Сарысу қайдан түсті Откуда поступила сыворотка | Тексеру жүргізілген уақыт Дата проведения исследования |
|--------------|---------------------------------|------------|------------------------------------|---------------|-----|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

продолжение:

| | | | | | | |
|-------|--------------|--|--|--|--|------------|
| Тест- | Көрсеткіштер | | | | | Зертханашы |
| | Показатели | | | | | |
| | | | | | | - |

| жүйесінің атауы Название тест-системы | Қ а н сарысуының ОП ОП сыворотки | Қиын жағдайдағы ОП ОП критическая | Қорытынды Результат | Ақырғы қорытынды Окончательный результат | Қорытынды берілген уақыт Дата выдачи результата | дәрігер қолы Подпись врача-лаборанта | Ескертпе Примечание |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|---|--|---|------------------------|
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | | | | | | | |

Приложение 45
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4
форматы
Формат
А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 270/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907 |

АИТВ-ға антиденелерді тексеру

ҚОРЫТЫНДЫСЫ

(диагностикалық зертхана)

РЕЗУЛЬТАТ

Исследования на антитела к ВИЧ

(диагностическая лаборатория)

№ _____

ЖИТС ОҚО (ОГЦ СПИД) _____

Тексерілушінің ТАӘ (ФИО обследуемого) _____

Жынысы (Пол) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Тексеру коды (Код обследования) _____

Азаматтығы (Гражданство) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

| Зерттеу (Исследования) | Күні (Дата) | Тест жүйенің түрі (Тип тест-системы) | Нәтиже (Результат) |
|------------------------|-------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ИФА | | 1. 2. 3. | |
| Иммуноблот | | | Белоктардың бейіні (Профиль белков): |

Қорытынды (Заключение): _____

Дәрігер (Врач) _____

Нәтижені беру күні (Дата выдачи результата): _____

Референс-зертхананың меңгерушісі (Заведующая референс-лабораторией) _____

Приложение 46
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы
"23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген
№ 270-4/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация

Ұйымның атауы
Наименование организации

Форма № 270-4/у
утверждена приказом и.о. Министра
здравоохранения Республики Казахстан
"23" ноября 2010 года № 907

АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін консультация беруді есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ

| Р/с № п/п | Күні Дата | Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество | Код | Жынысы Пол | Туған жылы Дата рождения | Үйінің мекенжайы Домашний адрес |
|-----------------|--------------|---|-----|---------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

продолжение:

| Жұмыс, оқу орны, бала мектептік мекемесі Место работы, учебы, детское дошкольное учреждение | Тәуекел тобы Группа риска | Диагнозы Диагноз | Тестке дейін консультация беру (жүргізу күні) (ия/ жоқ) Дотестовое консультирование (дата проведения) (да/нет) | Тестіден кейін консультация беру (жүргізу күні) (ия/ жоқ) Послетестовое консультирование (дата проведения) (да/нет) | Сауалнама жүргізу (ия, жоқ) Анкетирование (да, нет) | Ескертпе Приме- чание |
|---|------------------------------------|---------------------|---|---|---|-----------------------------|
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | | | |

Приложение 47
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4
форматы
Формат
А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы "23" қарашадағы

| | |
|--|--|
| Министерство здравоохранения Республики Казахстан | № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-6/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 270-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери

| № | ТАӘ (ФИО) | Туған күні (Дата рождения) | Мекенжайы (Домашний адрес) | Инфекцияланған анасының ТАӘ ФИО инфицированной матери | Анықталған күні, анасының иммуноблот № Дата выявления, № иммуноблота матери | Толық клиникалық диагнозы (Полный клинический диагноз) | Профилактикалық емдеу, тамақтандыру (Профилакти- ческое лечение, Вскармливание) |
|---|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

продолжение:

| Биохимиялық зерттеулер нәтижелері (Результаты биохимических исследований) | АИТВ-ға тестілеу нәтижелері (Результаты тестирования на ВИЧ) | 1 және 2 жастағы баланың толық клиникалық диагнозы (Полный клинический диагноз в 1 и 2 года) | Диспансерлік бақылау кезеңіндегі стационарлық ем (Стационарное лечение за период диспансерного наблюдения) | ИФТ, ИБ, ПТР теріс нәтижелерінен кейін диспансерлік есептен шығырылған күні (Дата снятия с диспансерного учета после отрицательных результатов ИФА, ИБ, ПТР) | А И Т В жұқтырғандар тобына ауыстырылған күні (Дата перевода в группу ВИЧ инфицированных) | Өлген күні (Дата смерти) |
|---|--|--|--|--|---|--------------------------|
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | | | |

Приложение 48
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4
форматы
Формат
А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО _____

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 272/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 272/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года №907 |

**АИТВ қарсы антиденелерге тексерілгені туралы сертификатты беру
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ**

| Серти- фикаты жазу күні Дата выписки серти- фиката | Тегі, аты, әкесінің аты Фами- лия, имя, отчес- тво | Жы- нысы Пол | Күні, туған жылы Дата, год рож- дения | Мекен - жайы Адрес | Жұмыс орны Место работы | Төлқұ- жатының сериясы, № №, серия паспорта | Талдау- дың №, нәти- жесі № ана- лиза, ре- - зультат | Қай елге кетті Страна выезда | Қандай мерзімге Н а какой срок | Қолы Подпись |
|--|---|--------------------|--|-----------------------------|----------------------------------|--|---|--|--|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | |

Приложение 49
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы | Медицинская документация Форма № 280/у Утверждена приказом и.о. Министра |

Наименование организации

здравоохранения Республики Казахстан
от "23 " ноября 2010 года №907

Бракераждық журнал Бракеражный журнал

| Р/р № № п/п | Ж Қ Т Б зертханасын- дағы тіркеу № № регистра- ционный в лаборатории СПИД | Түскен жылы, айы, күні Год,месяц, день поступления | Материалды алып келген мекеменің атауы Название учреждения доставившего материал | Бракераждау себебі Причина бракеража | Қабылданған шаралар Принятые меры | Дәрігер- лаборанттың қолы Подпись врача- лаборанта |
|----------------------|---|---|--|---|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады. Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.

Приложение 50
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы
Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 281-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 281-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907 |

CD-4,CD-8 анықтау үшін алынған үлгілердің қорытындысын тіркеу журналы

Журнал учета результатов образцов, поступающих для определения CD-4, CD-8

| | | | | | | |
|---|--|---|--|------------|----------------------------|--------------------------------------|
| Қанды алған күні, уақыты Дата и время забора крови | Материалдың зертханаға келіп түскен күні, уақыты Дата и время поступления материала в лабораторию | Иммуноблоттың нөмірі Номер иммуноблота | Тіркеу нөмірі Регистрационный номер | ТАӘ ФИО | Туған жылы Год рождения | Қайдан жіберілді Откуда направлен |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

продолжение:

| | | | | | | |
|--|---------------------|--------|--------|-----------|--|---|
| Талдаудың келіп түскен күні, уақыты Дата и время постановки анализа | Қорытынды Результат | | | | Қорытынды берілген жылы, айы, күні Дата выдачи результата | Зертханашы-дәрігердің қолы Подпись врача-лаборанта |
| | CD - 4 | CD - 8 | CD - 3 | CD-4/CD-8 | | |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | | | |

Приложение 51
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4
форматы
Формат
А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 281-2/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 281-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907 |

CD -4, CD-8 тексерілген қанның қорытындысы
Результаты исследования крови на CD -4, CD-8 № _____

ТАӘ (ФИО) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Иммуноблоттың №(№ иммуноблота) _____

Қанды зертханаға жеткізген күні, уақыты (Дата и время доставки крови в лабораторию) _____

Талдауға қойған күні, уақыты (Дата и время постановки) _____

CD4 _____ CD3 _____

CD8 _____ CD4/CD8 _____

Зертханашы-дәрігер (Врач-лаборант) _____

Берілген күні (Дата выдачи): _____

Приложение 52
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Код организации по ОКПО _____

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 265-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 265-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907 |

**АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға
төзімділігін зерттеу нәтижесі
Результат исследования резистентности ВИЧ
к антиретровирусным препаратам**

Тіркеу № _____

Регистрационный №

ТАӘ (ФИО) _____

— Туған жылы (Год рождения) _____

Иммуноблоттын № (№ иммуноблота) _____

— Материалды жіберген ұйымның атауы:
(наименование организации, направившего материал)

— ЖИТС РО зертханасына материалдың келіп түскен айы, күні _____
(Дата поступления материала в лабораторию РЦ СПИД)

| АРВ препараттары (АРВ препараты) | Зерттеулер нәтижесі (Результат исследования) |
|--|---|
| КТНИ (НИОТ) | |
| лимивудин (ЗТС) | |
| абакавир (АВС) | |
| зидовудин (АЗТ) | |
| ставудин (D4T) | |
| диданозин (DDI) | |
| эмтрицитабин (FTC) | |
| тенофовир (TDF) | |
| КТЕНИ (ННИОТ) | |
| делавердин (DLV) | |
| рилпивирин (RPV) | |
| эфавиренз (EFV) | |
| этравирин (ETR) | |
| невирапин (NVP) | |
| Протеаза ингибиторлары-ПИ (Ингибиторы протеазы - ИП) | |
| атазанавир/г (ATV/г) | |
| дарунавир/г (DRV/г) | |
| фосампренавир/г (FPV/г) | |
| индинавир/г (IDV/г) | |
| лопинавир/г (LPV/г) | |
| нелфинавир (NFV) | |
| саквинавир/г (SQV/г) | |
| типранавир/г (TPV/г) | |
| Интеграза ингибиторлары (ИИН) (Ингибиторы интегразы (ИИН)) | |
| | |

| | |
|---|--|
| ралтегравир | |
| Қосылу ингибиторлары (Ингибиторы слияния) | |
| энфувиртид | |

| | |
|--|--|
| АИТВ-ның субтипi (Субтип ВИЧ) | |
| КТНИ -қа төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к НИОТ) | |
| КТЕНИ -қа төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к ННИОТ) | |
| ПИ-қа төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к ИП) | |
| ИИН-ге төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к ИИН) | |

Зерттеу күні (Дата исследования) _____

Нәтиженің берліген күні (Дата выдачи результата) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Приложение 53
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--------------------------------|---|
| А 4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО |
|--------------------------------|---|

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 247-3/1е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 247-3/1у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

**Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности)**

20 __ ж (г) " __ " _____ Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында жүргізілді

(Исследование проведено на аппарате)

Пациенттің ТАӘ (ФИО беременной) _____

— жасы (возраст) _____

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация)

Жүктіліктің I-ші триместріндегі (10-14 апта) ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (протокол ультразвукового обследования в I триместре беременности (10 - 14 недель)

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (недель) _____ күн (день)

Босанудың болжамды күні (Предполагаемая дата родов) 20 __ жыл (год) " __

" _____

Зерттеу түрі: трансабдоминалдық, трансвагиналдық (Вид исследования: трансабдоминальный, трансвагинальный (нужное подчеркнуть))

Ұрық жатыр қуысында (В полости матки визуализируется, плод) _____
_____ көрінеді

Сегізкөз-бел өлшемі _____ мм, етеккір мерзіміне сәйкес, сәйкес емес (КТР соответствует, не соответствует менструальному сроку)

Ұрықтың жүрек соғысының жиілігі (частота сердечных сокращений плода) _
_____ 1 минуттағы соғуы (ударов в 1 минуту)

Жаға кеңістігінің қалыңдығы (Толщина воротникового пространства) _____ мм

Ұрықтың мұрын сүйектерінің ұзындығы (Длина носовых костей плода) _____
_____ мм

Ұрықтың анатомиясы (Анатомия плода)

Бассүйек күмбезінің сүйектері (Кости свода черепа) _____

"Көбелек" ("Бабочка") _____ Асқазан (Желудок) _____

Алдыңғы іш қуысы (Передняя брюшная стенка) _____

— Қуық (Мочевой пузырь) _____

— Омыртқа (Позвоночник) _____

— Аяқ-қолдары (Конечности) _____

Сарыуыз қабының орталық ішкі диаметрі (СВД желточного мешка) _____ мм

Хорионның ерекше орналасуы: жатырдың алдыңғы, артқы, оң, сол қабырғалары, түбі, ішкі аңқа жанында (Преимущественная локализация хориона: передняя, задняя, правая, левая, боковая стенка, дно матки, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть)

Хорион құрылымы: өзгермеген, өзгерген (Структура хориона: не изменена, изменена (нужное подчеркнуть))

Жатыр қосалқыларының ерекшеліктері (Особенности придатков матки): _____

Жатыр құрылысының ерекшеліктері (Особенности строения матки): _____

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (Визуализация: удовлетворительная, затруднена)

Ерекшеліктері (Особенности): _____

Ұйғарым (Заключение): _____

Ұсыныстар (Рекомендации): _____

Ультрадыбыстық бақылау (Ультразвуковой контроль в) _____ аптада (недель)

Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) _____ қолы (подпись)

Приложение 54
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 4
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Код организации по ОКПО _____

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 247-3/2е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 247-3/2у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

**Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық
зерттеудің хаттамасы
(Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3
триместрах беременности)**

20 __ жыл (год) " __ " _____ Зерттеу (исследования) N _____
Зерттеу _____ аппаратында жүргізілді
(Исследование проведено на аппарате)
Пациенттің ТАӘ (ФИО беременной) _____ жасы (возраст) _____ лет
Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____
Жүктілік мерзімі (Срок беременности) __ апта (неделя) __ күн (день)
Басымен/жамбасымен _____ жатқан тірі ұрық(тар) бар

Имеется живой(ые) плод(ы) в головном/тазовом предлежании (нужное подчеркнуть)

Фетометрия:

Бастың бипариеталдық өлшемі __ мм Бас шеңберінің өлшемі __ мм
Бипариетальный размер головы Окружность головы
Маңдай-шүйде өлшемі _____ мм Іш шеңберінің өлшемі __ мм
Лобно-затылочный размер Диаметр/окружность живота
Жамбас сүйегінің ұзындығы: сол __ мм оң _____ мм
Длина бедренной кости: левой правой
Тізе сүйегінің ұзындығы: сол __ мм оң _____ мм
Длина кости голени: левой правой
Иық сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм
Длина плечевой кости: левой правой
Білек сүйектерінің ұзындығы: сол __ мм оң _____ мм
Длина костей предплечья: левой правой
Ұрықтың ұзындығы: _____ аптаға сәйкес

Размеры плода: соответствуют неделям

Пропорционалды емес және жүктілік мерзімін анықтауға мүмкіндік бермейді
непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности

Ұрық анатомиясы (анатомия плода):

Мидың бүйірлік қарыншалары _____ Мишық _____

Боковые желудочки мозга Мозжечок

Үлкен цистерна _____ Көз шарасы _____

Большая цистерна Глазницы

Беттік құрылым: бейін _____ Өкпе _____

Лицевые структуры: бейін Легкие

Мұрын-ерін үштігі _____ Асқазан _____

Носогубной треугольник Желудок

Омыртқа _____ Қуық _____

Позвоночник Мочевой пузырь

4-камералық жүрек кескіні _____ Өт қабы _____

4-камерный срез сердца Желчный пузырь

3 қантамырлық арқылы жүрек кескіні _____

Срез сердца через 3 сосуда

Ішектер (Кишечник) _____

Бүйрек (Почки) _____

Алдыңғы құрсақ қабырғасына кіндіктің бекуі _____

Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке

Бала жолдасы, кіндік, қағанақ суы (плацента, пуповина, околоплодные воды):

Бала жолдасы жатырдың алдыңғы, артқы қабырғасында орналасқан, көбірек оң/ сол, түбінде ____ см ішкі ернеуден жоғары, ішкі ернеудің аймамағы _____

(Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше справа/слева, в дне на ____ см выше внутреннего зева, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының қалыңдығы: қалыпты, _____ мм – ге дейін кішірейген, үлкейген

Толщина плаценты: ____ мм - нормальная, уменьшена, увеличена (нужное подчеркнуть)

Бала жолдасының құрылымы _____ Жетілу дәрежелері _____, жүктіліктің мерзіміне сәйкес/ сәйкес емес

Структура плаценты _____. Степень зрелости соответствует/не соответствует (нужное подчеркнуть) сроку беременности.

Қағанақ суының мөлшері: қалыпты, көпсулылық/су аздық

(Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие/маловодие) (нужное подчеркнуть).

Амниотикалық суықтықтың индексі _____ см

Индекс амниотической жидкости

Кіндік бауының _____ қан тамыры бар. Пуловина имеет _____
сосуда

Туа біткен даму ақаулары: деректер анықталмады

Врожденные пороки развития: данных не обнаружено (нужное подчеркнуть).

Анықталды _____

Обнаружены

Жатырдың мойны және қабырғасы: құрылымының ерекшеліктері

Шейка и стенки матки: особенности строения

Аналық безінің аймағы _____

Область придатков

Қарау: қанағаттанарлық, қиын

Визуализация: удовлетворительная/затруднена (нужное подчеркнуть).

Ұйғарым: _____

Заключение:

Дәрігердің ТАӘ _____ ҚОЛЫ _____

ФИО врача подпись

Приложение 55
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Код организации по ОКПО

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 247-3/2е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 247-3/2у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

**Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектен бөлінген сұйықтар
ТАЛДАУЫ**

АНАЛИЗ

отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки № _____ 20__
жылғы (года) _____

биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

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

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (Организация) _____ бөлімше (отделение) _____

палата _____ учаске (участок) _____

медициналық карта (медицинская карта) № _____

| | БӨЛІНГЕН СҮЙЫҚТЫҚ: ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ: | | | |
|--|---|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| | жатырдан, жатыр мойнынан (матки, шейки) | үрпі каналынан (мочеиспус- кательного канала) | қынаптан (влагалища) | тік ішектен (прямой кишки) |
| эпителий | | | | |
| лейкоциттер (лейкоциты) | | | | |
| эритроциттер (эритроциты) | | | | |
| микрофлора | | | | |
| трихомонадалар (трихомонады) | | | | |
| гонококктар (гонококки) | | | | |
| гарднереллалар (гарднереллы) | | | | |
| уреаплазмалар (уреаплазма) | | | | |
| микоплазмалар (микоплазма) | | | | |
| кандидалар (кандида) | | | | |
| типсіздік белгілері бар жасушалар (клетки с признаками атипии) | | | | |

20__ жылғы (года) " __ " _____ Қолы (Подпись) _____
(талдау берілген күн (дата выдачи анализа))

к приказу и.о. Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 31 июля 2012 года № 514
 Приложение 6
 к приказу и.о. Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--------------------------------|---|
| А 4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ |
|--------------------------------|---|

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 228/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 228 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

ҚАННЫҢ БИОХИМИЯЛЫҚ ТАЛДАУЫ БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ № _____

20__ жылғы (года) " ____ " _____

материал алынған күн (дата взятия материала)

Пациент _____

ТАӘ (ФИО)

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Зерттеу жіберілсін (Исследование направить): _____

қайда (куда)

_____ кімге (кому)

| Компонент | Нәтижелер Результаты |
|----------------------------|-------------------------|
| Жалпы нәруыз (Общий белок) | |
| Альбумин | |
| Несепнәр (Мочевина) | |
| Қреатинин | |

| | |
|--|--|
| Несеп кышқылы (Мочевая кислота) | |
| Глюкоза | |
| Жалпы кальций (Кальций общий) | |
| Йондалған кальций (Кальций иониз.) | |
| Калий | |
| Натрий | |
| Хлоридтер (Хлориды) | |
| Темір (Железо) | |
| Магний | |
| Мыс (Медь) | |
| Церулоплазмин | |
| АлаТ | |
| АсаТ | |
| Билирубин жалпы (общий) | |
| Билирубин тура (прямой) | |
| Тимол сынамаcы (Тимолова я проба) | |
| ГГТП | |
| Сілті фосфатазасы (Щелочная фосфатаза) | |
| Холестерин | |
| Холестерин ЛПВН | |
| Холестерин ЛПНП | |
| Үшглицеридтер (Триглицериды) | |
| Липопротеидтер (Липопротеиды) | |
| Амилаза жалпы (общая) | |
| Креатинкиназа | |
| Липаза | |
| ЛДГ жалпы (общая) | |
| Серомукрид | |

20__ жылғы (года) " __ " _____
талдау берілген күн дәрігер (врач)
(дата выдачи анализа)

Приложение 57
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 5 ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
форматы Код организации по ОКПО
Формат
А5

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 235/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 235/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Гормондар мен медиаторлардың мөлшерін анықтау
ҚАН ТАЛДАУЫ
АНАЛИЗ КРОВИ
содержание гормонов и медиаторов № _____

Тексерілушінің ТАӘ (ФИО) обслеуемого _____

Туған күні (Дата рождения) _____
Жасы (Возраст) _____

Қан алу күні (Дата забора крови) _____ 20 ____ жылғы (года)
Бөлімше (Отделение) _____ палата _____

| | Нәтижесі Результат |
|--|-----------------------|
| ЛГ | |
| ФСГ | |
| Пролактин | |
| Эстрадиол | |
| Прогестерон | |
| Жалпы тестостерон (Общий тестостерон) | |

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____
талдау берілген күн (дата выдачи анализа) _____
орындаушы (исполнитель)

Приложение 58
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--------------------------------|---|
| А 4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ |
|--------------------------------|---|

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 235/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 235/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Коагуологиялық зерттеу

ҚАН ТАЛДАУЫ АНАЛИЗ КРОВИ

коагулогические исследования № _____ 20____ жылғы (года) " ____
" _____

материал алынған күн (дата взятия материала)

Пациент _____

ТАӘ (ФИО)

Туған күні (Дата рождения) _____

Зерттеуге жіберілсін (Исследование направить): _____

қайда (куда) _____

кімге (кому) _____

| Зерттеу, компонент Исследование, компонент | Пациентті зерттеу бақылау нәтижелері үлгісін Результаты исследования образца пациента контрольного |
|---|---|
| 1 | 2 |
| | күндерімен по датам |
| | |
| | |
| | |
| | |

Гематокрит _____

Тромбоциттер (Тромбоциты)

Мөлшері (Количество) _____

Адгезия _____

Агрегация _____

Айви бойынша қан кету ұзақтығы

(Длительность кровотечения по Айви) _____

I кезең (фаза)

(протром- Ли-Уайт

бин бойынша

құрылуы) пробиркадағы

үю уақыты

(протром- (Время свер-

бинообра- тывания по

зование) Ли-Уайту

в пробирке)

силиконсыз (несиликон.) _____

силиконды (силиконир.) _____

Аутокоагу-

лограмма

(АКТ)

6 минутқа (на 6 мин.) _____

8 минутқа (на 8 мин) _____

10 минутқа (на 10 мин) _____

Каолин-ке-

фалин

уақыты

(Каолин-ке-

фалиновое

время (АПТВ) _____

II кезең (фаза)

(тромбин Протромбин

құрулуы) индексі

(тромбино- (Протромби-

образование) новый индекс) _____

№ 237/е нысанның артқы беті

обратная сторона формы № 237/у

| | |
|---|---------------------|
| 1 | 2 |
| | күндерімен по датам |
| | |

III кезең (фаза) Фибриноген А _____

(фибрин Тромбин

құрылуы) уақыты

(фибрино- (Тромбиновое
образование) время) _____

Паракоагуля-

циялық тесттер:

(Паракоагуля-

ционные тесты):

В-нафтолды (В-нафтоловый) _____

Этанолды (этаноловый) _____

Протамин-

сульфатты _____

(Протамин-

сульфатный)

IV кезең (фаза) Фибринолиз

Антикоа- өздігінен

гулянттық (спонтанный) _____

жүйе зуглобулинді

(Антикоа- (зуглобулиновый) _____

гулянтная Төзімділігі

система) (Толерантность)

Ұйытын- Плазманың гепаринге

дының (плазмы к гепарину) _____

гемоста-

тикалық Антитромбин 111 _____

қасиеттері

(Гемоста- Плазминоген _____

тические Ретракция _____

свойства

сгустка) Фибриназа –X111 _____

20 __ жылғы (года) " __ "

талдау берілген күн орындаушының қолы

(дата выдачи анализа) (подпись исполнителя)

Приложение 59
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 5

форматы

Формат

А5

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО _____

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 241/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 241/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Вассерман реакциясы және тағы басқа

ҚАН ТАЛДАУЫ

АНАЛИЗ КРОВИ

реакция Вассермана и другие № _____ 20 ____ жылғы (года) _____

биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

Донордың ТАӘ (ФИО донора) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Ұйым (организация) _____

Бөлімше (отделение) _____

палата _____ учаске (участок) _____

Медициналық карта (медицинская карта) № _____

Вассерман реакциясы антигендермен (Реакция Вассермана с антигенами):

кардиолипінді (кардиолипиновым) _____

арнайы емес (неспецифическим) _____

— солғын трепанемалардан (из бледных трепанем) _____

(культуралық) (культуральным) _____

ВР сандық титрі (Количественный титр РВ) _____

— Вассерман реакциясы (суықта) (Реакция Вассермана (на холоде) _____

— Трепонемалар қозғалу реакциясы - болған жағдайда (бұдан әрі - ТҚР)
(Реакция иммобилизации трепонем при наличии – (далее - РИТ)

— Иммунофлуоресценция реакциясы - болған жағдайда (бұдан әрі - ИФР)
(Реакция иммунофлуоресценции при наличии – (далее - РИФ) _____

— ИФР-100 (РИФ-100) _____

— ИФР-200 (РИФ-200) _____

— ИФР-абсорб (РИФ-абсорб) _____

— Экспресс-реакциялар (Экспресс-реакции):

Плазматест _____

— ВДРЛ типті белсенсіздірілген сарысумен реакция (Типа ВДРЛ (реакция с инактивированной сывороткой)) _____

— 20__ жылғы (года) _____

Қолы (Подпись) _____

талдау берілген күні (дата выдачи анализа)

Приложение 60
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

Форма

А 6

форматы

Формат

А6

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Код организации по ОКПО

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 245/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 245/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

ЖОЛДАМА

НАПРАВЛЕНИЕ № _____

Вирусты гепатиттердің маркерлеріне қанды зерттеу
Исследование крови на маркеры вирусных гепатитов
ТАӘ (ФИО) _____

— Туған күні (Дата рождения) _____

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

— Ұйым (организация) _____

— бөлімше (отделение) _____

палата _____ медициналық карта (медицинская карта) № _____

Қан алу күні (Дата забора крови) 20__ жылғы (года)

" ____ " _____

| Бастапқы маркерлер (Первичные маркеры) | ИФА нәтижелері (Результаты ИФА) |
|--|---------------------------------|
| АНAV YgM | |
| HbsAg | |
| | |

| | |
|--|---------------------------------|
| a-Hbcor IgM | |
| a-HCV IgG | |
| Қосымша маркерлер (Дополнительные маркеры) | ИФА нәтижелері (Результаты ИФА) |
| a-HB cor JgG | |
| HbeAg | |
| a-Hbe | |
| a-Hbs | |
| a-HDV JgM | |
| a-HDV total | |

Талдауды беру күні (Дата выдачи анализа) 20__ жылғы(года) _____
Қолы (Подпись) _____

Приложение 61
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 5

форматы

Формат

А5

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы "23" қарашадағы № 907
№ 245-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Медицинская документация

Ұйымның атауы
Наименование организации

Форма № 245-1 / у
утверждена приказом и.о. Министра
здравоохранения Республики Казахстан
от "23" ноября 2010 года № 907

Иммуноферменттік талдау

Иммуноферментный анализ № _____

Талдауды орындау күні (Дата выполнения анализа) 20 ____ жылғы (года) " ____
" _____

Пациенттің ТАӘ (ФИО пациента) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Бөлімше (отделение) _____

Қан алу күні (Дата забора крови) 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

НӘТИЖЕСІ (РЕЗУЛЬТАТ):

Дәрігер (Врач): _____

Приложение 62
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2010 жылғы "23" қарашадағы № 907
№ 245-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Ұйымның атауы
Наименование организации

Медицинская документация
Форма № 245-1 / у
утверждена приказом и.о. Министра
здравоохранения Республики Казахстан
от "23" ноября 2010 года № 907

**Талдаулар мен олардың нәтижесін тіркеу
ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ

регистрации анализов и их результатов

(талдаулардың аты) (название анализов)

20__ жылғы (года) 20__ жылғы (года)

"__" ____ басталды (начат) "__" ____ аяқталды (окончен)

Журнал – биохимиялық, жалпы клиникалық, микробиологиялық, гематологиялық талдауларды тіркеуге және жазуға арналған.

6-30-бағандарда талдаулардың аты жазылады, мысалы: билирубин, холестерин және т.б.

Талдаулардың аты жазылған бағандарға сәйкес келетін қарсы жолдарда (V немесе +) шартты белгісімен жолдамасына (талдауларды тіркеуге) байланысты науқастың өтуіне тиісті зерттеулер көрсетіледі.

Орындалған талдаулар нәтижесін зертханашылар жұмыс журналдарынан осы журналға (зерттеу нәтижелерінің жазбасы) енгізеді.

Журнал предназначен для регистрации и записи анализов - биохимических, микробиологических, общеклинических, гематологических

В графах 6-30 вписываются названия анализов, например: билирубин, холестерин и т.п.

В строках против соответствующих граф с названиями анализов условным знаком (V или +) отмечаются исследования, которые необходимо выполнить больному согласно направлению (регистрация анализов).

Результаты выполненных анализов вносятся лаборантами в настоящий журнал (запись результатов исследования) из рабочих журналов.

| Тіркеу № (Регистрационный №) | Түскен күні (Дата поступления) | Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество больного) | Жасы (Возраст) | Кім жіберді (Кем направлен) | Атауы, мен нәтижесі (Название и результат) | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

продолжение:

| Атауы, мен нәтижесі (Название и результат) | | | | | | | | | | | | | | Ескертпе Примечание |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------------|
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Приложение 63
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Код организации по ОКПО

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 245-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 245-1 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Серологиялық зерттеулерді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации серологических исследований

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начат)

20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончен)

зерттеудің атын жазыңыз (вписать название исследований)

Үлгілерді іріктеп алу әдістері, материал жинау және зертханалық зерттеулер келесі нормативтік техникалық құжаттамаларға (атап өтіңіз) сәйкес жүргізіледі.

(Методы отбора образцов, сбора материала и их лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (перечислить))

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____
 10. _____

| Күні Дата | Тіркеу нөмірі Регистра - ционный номер | Тегі, аты, әкесінің аты , медициналық карта № Фамилия, имя, отчество, медицинская карта № | Ұйым, бөлімше , палата Организация, отделение, палата | Зерттеулер нәтижелері Результаты исследований | | |
|--------------|---|--|---|---|---|--|
| | | | | МРП үшін кардиолипидік антиген кардиолипи- новый антиген для МРП | РСК үшін кардиолипидік антиген кардиолипиновый алнтиген для РСК | Трепонемдік антиген трепонемный антиген |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

продолжение:

| Зерттеулер нәтижелері Результаты исследований | | | | | | | | Зерттеу аяқталған күн Зерттеу жүргізген адамның колы Дата окончания исследования Подпись лица проводившего исследование | |
|--|-----------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|--|----|
| Сандық титр Количествен- ный титр | 1 : 50 | 1 : 100 | 1 : 200 | 1 : 400 | 1 : 800 | 1 : 1600 | 1 : 3200 | 8 | 16 |
| | | | | | | | | | |

Приложение 64
 к приказу и.о. Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 31 июля 2012 года № 514
 Приложение 6
 к приказу и.о. Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|--|
| А5 форматы Формат А5 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО ____ | А5 форматы Формат А5 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО ____ |
| Қазақстан Республикасы | Қазақстан Республикасы | Қазақстан Республикасы | Қазақстан Республикасы |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 206/е нысанды медициналық құжаттама | Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 206/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 206/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 | Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 206/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |
| <p>Антиглобулиндік тестіге (тікелей сынама, тікелей емес сынама) ЖОЛДАМА (керегінің астын сызыңыз) НАПРАВЛЕНИЕ на антиглобулиновый тест (прямой, непрямой) (нужное подчеркнуть) № _____ Зертханаға (В лабораторию) _____ _____ Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____ _____ Туған күні (Дата рождения) _____ Ұйым (организация) _____ Бөлімше (отделение) _____ палата _____ учаске (участок) _____ медициналық карта (медицинская карта) № _____ Диагнозы _____ _____ Зерттелушінің қан тобы (Группа крови исследуемого) _____ _____ Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____</p> | | <p>Антиглобулиндік тестіге ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ на антиглобулиновый тест № _____ 20__ жылғы (года) _____ қан алынған күн (дата взятия крови) Зертханаға (В лабораторию) _____ _____ Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____ _____ Туған күні (Дата рождения) _____ Ұйым (Организация) _____ Бөлімше (отделение) _____ палата _____ учаске (участок) _____ медициналық карта (медицинская карта) № _____ _____ НӘТИЖЕСІ (РЕЗУЛЬТАТ): Тікелей сынама (Прямая проба) _____ _____ оң, теріс (положительная, отрицательная) Тікелей емес сынама (Непрямая проба) _____ _____ оң, теріс (положительная, отрицательная) Титрі (Титр) _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____ талдауды беру күні (дата выдачи анализа)</p> | |

Приложение 65
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>А4 форматы Формат А4</p> | <p>КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО</p> | <p>А4 форматы Формат А4</p> | <p>КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____</p> |
| <p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p> | <p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 207/е нысанды медициналық құжаттама</p> | <p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан</p> | <p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 207/е нысанды медициналық құжаттама</p> |
| <p>Ұйымның атауы Наименование организации</p> | <p>Медицинская документация Форма № 207/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907</p> | <p>Ұйымның атауы Наименование организации</p> | <p>Медицинская документация Форма № 207/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907</p> |
| <p>Қанды иммуногематологиялық зерттеуге (қан тобы, резус-тиістілік, антиэритроциттік антиденелер) ЖОЛДАМА (керегінің астын сызыңыз) НАПРАВЛЕНИЕ на иммуногематологические исследования крови (группа крови, резус-принадлежность, антиэритроцитарные антитела) (нужное подчеркнуть) № _____ 20__ жылғы (года) _____ Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____ _____ Туған күні (Дата рождения) _____ Ұйым (Организация) _____ _____ Бөлімше (Отделение) _____ _____ палата _____ _____ учаске (участок) _____</p> | <p>Қанды иммуногематологиялық зерттеудің НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ иммуногематологических исследований крови № _____ 20__ жылғы (года) _____ Зертхана (Лаборатория) _____ Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____ _____ Туған күні (Дата рождения) _____ Ұйым (Организация) _____ Бөлімше (отделение) _____ палата (палата) _____ учаске (участок) _____</p> | | |

| | |
|--|---|
| <p>Медициналық карта (Медицинская карта) № _____</p> <p>_____</p> <p>Диагнозы _____</p> <p>_____</p> <p>Зерттелушінің қан тобы (Группа крови исследуемого) _____</p> <p>_____</p> <p>Қан тобын анықтаған дәрігердің тегі (Фамилия врача, определявшего группу крови) _____</p> <p>_____</p> <p>Бұрын қан құйылды ма (қан құю күндерін және қандай реакция бергенін көрсетіңіз) (Переливалась ли кровь ранее (указать даты и реакцию на переливание)) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>Медициналық карта (Медицинская карта) № _____</p> <p>ABO жүйесі (Группа крови) _____</p> <p>Резус тиістілігі (Резус принадлежность) _____</p> <p>_____</p> <p>Rh-Hr антидененің бар болуы (титрі): _____</p> <p>Наличие Rh-Hr антител (титр)</p> <p>ABO антидененің бар болуы (титрі) _____</p> <p>Наличие ABO антител (титр)</p> <p>20__ жылғы (года) "_____" _____</p> <p>Талдауды беру күні (дата выдачи анализа)</p> <p>Дәрігер-зертханашының қолы (Подпись врача-лаборанта) _____</p> <p>_____</p> |
| | <p>Сыртартпада неше жүктілік болған (Сколько в анамнезе беременностей) _____</p> <p>Гемолиз ауруымен балалар туылды ма (сары аурудың ауыр түрі, туа біткен әмбебап ісіну және т.б.) (Рождались ли дети с гемолитической болезнью (тяжелая желтуха, врожденный универсальный отек и др.) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>астын сызыңыз, жазыңыз (подчеркнуть, вписать)</p> <p>Қайталап түсік тастау мен өлі туған балалар болды ма (Имелись ли повторные выкидыши и мертворожденные дети) _____</p> <p>_____</p> <p>жазыңыз (вписать)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Қанды зерттеуге алған дәрігердің қолы _____</p> <p>(Подпись врача, взявшего кровь на исследование)</p> |

Приложение 66
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-04/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ-04/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Зертханалық тіркеу журналы

Лабораторный регистрационный журнал

| Р/ с № № п/ п | Күні Дата | ТАӘ ФИО | Жынысы Пол | Туған күні мен жылы Дата и год рожде- ния | Емдеу ұйымның атауы Назва- ние лечеб- но й органи- зации | Мекенжайы Адрес | Талдау жүргізу мақсаты Цель проведения анализов | | | Анализ нәтиже- лері Резуль- таты анализов | | | Зерт қызмет- керінің қолы Подпись лабо- ранта | Ескерт- пелер Приме- чания |
|------------------------------|--------------|------------|---------------|--|---|--------------------|---|-------------------------|----|---|----|----|---|-------------------------------------|
| | | | | | | | Химия - лық тера- пияны бақы- лау Конт- роль химио- - тера- пии | Санат Кате- гория | 1 | 2 | 3 | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО _____

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-05/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ-05/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Қақырықты туберкулез микобактериясына микроскопиялық

тексеруге жіберетін

ЖОЛДАМА

НАПРАВЛЕНИЕ

на проведение микроскопического исследования мокроты

на наличие микобактерии туберкулеза

Емдеу мекемесінің атауы/Название лечебного учреждения: _____

Күні/Дата _____

Науқастың ТАӘ/ФИО больного _____ Туған күні мен жылы _____

Дата и год рождения

Жынысы/Пол Е/М

Ә/Ж

Мекенжайы толық/Адрес полностью: _____

Үлгінің бірегей коды/Идентификационный номер образца: _____

Науқастың аудандық тіркеу нөмірі/Районный регистрационный номер больного _____

Санаты/Категория _____

Аурулардың жіктелуі/Локализация больных:

Өкпе/Легочный

Өкпеден тыс/Внегочный

Зерттеуге жіберілу себептері/Причина для исследования: диагностика

химиялық терапияны бақылау/контроль химиотерапии

Ем мерзімі (ай)/Срок лечения (месяц) _____ Қақырық алынған күні/Дата сбора мокроты: ____

_____ Медқызметкердің ТАӘ/ФИО медработника _____

Қолы/Подпись _____

ҚОРЫТЫНДЫЛАР (зертханада толтырылады)

РЕЗУЛЬТАТЫ (заполняются в лаборатории) Зертханалық реттік нөмірі (Лабораторный порядковый номер): _____

| Күні Дата | Сынама Проба | Материалдың сыртқы пішіні Внешний вид материала | Қорытындылар Результаты | | | | |
|--------------|-----------------|--|----------------------------|---------|---|----|-----|
| | | | Теріс Отрицательно | 1-9 куб | + | ++ | +++ |
| | 1 | Сілемей-іріңді <input type="checkbox"/> Слизисто- гнойная Қанмен боялған <input type="checkbox"/> Окрашенная кровью Сілекей <input type="checkbox"/> Слюна | | | | | |
| | 2 | Сілемей-іріңді <input type="checkbox"/> Слизисто- гнойная Қанмен боялған <input type="checkbox"/> Окрашенная кровью Сілекей <input type="checkbox"/> Слюна | | | | | |
| | | Сілемей-іріңді <input type="checkbox"/> | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--|--|--|--|--|
| | | Слизисто- гнойная | | | | | |
| | | Қанмен боялған | | | | | |
| | 3 | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | Окрашенная кровью | | | | | |
| | | Сілекей | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | Слюна | | | | | |

Берілген күні/Дата выдачи: _____

Анализ жүргізген медқызметкердің ТАӘ: _____

Қолы/Подпись _____

Анализ произвел ФИО медработника _____

Қорытындылармен толтырылған нысан емдеу мекемесіне жіберілуі тиіс
 Заполненная форма (с результатами) должна быть отослана в лечебную
 организацию

Приложение 68
 к приказу и.о. Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 31 июля 2012 года № 514
 Приложение 6
 к приказу и.о. Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
 Код организации по ОКПО _____

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-06/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ-06/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

ТМБ культурасын туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілерге сезімталдығын анықтауға жолдама
Направление на чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам

Левенштейн-Йенсен

Бактек

Емдеу ұйымы/Лечебная организация

—

Науқастың ТАӘ/ФИО пациента _____

—

Туған күні мен жылы/Дата и год рождения _____

Жынысы/Пол: Е/М

Ә/Ж

Мекенжайы (толық) _____

—

Адрес (полностью)

НАУҚАСТЫ ЖІКТЕУ

ТИП БОЛЬНОГО

жаңа жағдай/новый случай

қайталанған ауру/рецидив

сәтсіз ем/неудача лечения

үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва

ауыстырылған/переведен

Басқалар/Другие:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Күні/Дата _____

Зерттеу жүргізушінің ТАӘ/ФИО проводившего исследование:

Қолы/Подпись _____

Приложение 69
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО _____

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-06а/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ-06а/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

ТМБ культурасының туберкулезге қарсы препараттарға

сезімталдығының нәтижелерін алуға арналған

ЖОЛДАМА

НАПРАВЛЕНИЕ

на получение результатов теста на лекарственную

чувствительность культуры

МБТ к противотуберкулезным препаратам



к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 5

форматы

Формат

А5

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Код организации по ОКПО

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 202/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 202/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Қанды биохимиялық генетикалық скринингке жолдау

Направление крови на биохимический генетический скрининг

Ұйымның атауы және мекенжайы _____

—

(Название и адрес организации)

АФП, в-ХГЧ, РАРР-А, НЭ жолдау (керегін сыз)

(Направление на АФП, в-ХГЧ, РАРР-А, НЭ (нужное подчеркнуть))

Қан алу күні (Дата забора крови) _____

Жүкті әйелдің ТАӘ. (ФИО беременной) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Салмағы (Вес) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны (Телефон) _____

—

Соңғы етеккір күні _____ жүктілік мерзімі _____ апта (күні, айы, жылы)

(Дата последней менструации) (срок беременности) недель (день, месяц, год)

1 триместрде ультрадыбыстық зерттеу:

Ультразвуковое исследование 1 триместра:

УДЗ күні _____ жүктілік мерзімі _____ апта

(Дата УЗИ) (срок беременности) (недель)

ҚТК (құйымшақ-төбе көлемі) _____ (мм)

КТР(копчико-теменной размер)

ЖКҚ (жаға кеңістігінің қалыңдығы) _____ (мм)

ТВП (толщина воротникового пространства)

2 триместрде ультрадыбыстық зерттеу:

Ультразвуковое исследование 2 триместра:

УДЗ күні _____ жүктілік мерзімі _____ апта

(Дата УЗИ) (срок беременности) (недель)

БПК (бипариеталдық көлем) _____ (мм)

БПР(бипариетальный размер)

Қосымша мәліметтер:

Дополнительные сведения

Шылым шегу _____

— (Курение)

Егіз, үш егізек _____

(Двойня, тройня)

Қант диабеті _____

(Сахарный диабет)

Экстракорпоралдық ұрықтандыру _____

— (Экстракорпоральное оплодотворение)

Сыртартпадағы Даун синдромы _____

— (Синдром Дауна в анамнезе)

Сыртартпадағы Эдвардс синдромы _____

— (Синдром Эдвардса в анамнезе)

Сыртартпадағы невралдық түтік ақауы _____

(Дефекты нервной трубки в анамнезе)

Дәрігер _____

— (Врач) ТАӘ, қолы, дербес мөрі (ФИО, подпись, личная печать)

Ұйым _____ тел. _____

(Организация)

Жіберу күні _____
(Дата направления)

Приложение 73
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 5
форматы
Формат
А5

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

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 248/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 248/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Қанды экспресс-әдіспен талдау

Анализ крови экспресс-методом

№ _____

Науқастың ТАӘ (ФИО больного) _____

—
Бөлімше (отделение) _____ жасы (возраст) _____
_____ тағайындауы бойынша (по назначению)

НӘТИЖЕСІ (РЕЗУЛЬТАТ): _____

—

—
Қорытынды берілген күн Зертханашы-дәрігердің қолы
(Дата выдачи результата): _____ (Подпись врача-лаборанта): _____

к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 5

форматы

Формат

А5

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО _____

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 249/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 249/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Қанды микрореакцияға жіберу

Направление крови на микрореакцию № _____

Биоматериалды алу күні (дата взятия биоматериала) _____

ТАӘ (ФИО) _____

Жасы (возраст) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Учаскесі (Участок) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Приложение 75
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

| | |
|--|---|
| Қазақстан республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 253-2/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы: Наименование организации: | Медицинская документация Форма № 253-2/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу Ж У Р Н А Л Ы Ж У Р Н А Л регистрации микробиологических исследований проб воздуха

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

1. Сапаны бақылау бөлімшесінде немесе өнімнің сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

1. Ведется в отделении контроля качества или лицами, на которых возложен контроль качества продукции
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

| Сынамаларды алу күні, уақыты Дата, время отбора проб | Тіркеу нөмірі Регистрационный номер | Сынаманы алған ұйым, және әдісі Организация, место и метод отбора | Сынамалар нөмірі Номера проб | Қорек орталарның атауы Наименование питательных сред | Экспозициясы, жылдамдығы Экспозиция, скорость | Жіберілген ауаның көлемі Объем пропущенного воздуха | Колониялардың жалпы саны Общее число колоний |
|---|--|--|---------------------------------|---|--|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

продолжение:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--|--|---|----|--|--|---|--|
| Мыналар зерттелді: Исследование на: | | | | Зерттеу нәтижелері Результаты исследования | | Басқа микроорга - низмдер Другие микроорга - низмы | Зерттеу аяқталған күні. Зерттеу жүргізген адамның қолы, ТАӨ Дата окончания исследования. ФИО, подпись лица, проводившего исследование. |
| Стафило - кокктар Стафило - кокки | Б а с қ а микроорганизмдер Д р у г и е микроорганизмы | 1 м ³ микроорганизмдер саны Количество микроорганизмов в 1 м ³ | | Жалпы Общее | Алтын түстес стафилококк Золотистый стафилококк | | |
| | | 9 | 10 | | | | |

Приложение 76
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 5

форматы
Формат

А5

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2012 жылғы "31" шілдедегі № 514 бұйрығымен бекітілген № 263/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 263/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "31 " июля 2012 года №514 |

КІРІС БАҚЫЛАУ АКТІСІ АКТ ВХОДНОГО КОНТРОЛЯ _____

(зерттеу жүргізген зертхананың атауы)

(наименование лаборатории проводившей исследования)

№ _____

_____ материалдың зертханаға түскен күні (дата поступления материала в лабораторию)

_____ 1.Өнім үлгісінің атауы (наименование образца продукции) _____

_____ 2.Өндіруші (өндіруші мемлекет, өндіруші зауыт) (производитель, страна происхождения, завод изготовитель) _____

3.Серия нөмірі (Номер серии) _____

4. Көзбен шолу жағдайы (Визуальное состояние) _____

_____ 5. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

| № | Сынақты жасау күні (Дата постановки опыта) | Зерттеудің атауы (Наименование исследования) | Нәтижесі (Результат) |
|---|---|---|----------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

Кіріс бақылау актісін тапсырды _____

(Акт входного контроля сдал) (күні) (тегі мен қолы)

(дата) (фамилия и подпись)

Қабылдады _____

(Получил) (күні) (тегі мен қолы)

(дата) (фамилия и подпись)

Приложение 77
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра

Форма

А 5

форматы

Формат

А5

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Код организации по ОКПО

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 283/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 283/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу

АКТИСІ

АКТ

приема - передачи образцов для исследования Күні (дата) 20____жылғы (года) " _____ " _____

Біз, төменде қол қойғандар (ТАӘ, лауазымы) (мы, нижеподписавшиеся ФИО, должность) _____

(зертхананың атауы (наименование лаборатории))

берілгені туралы актіледік (составили настоящий акт в том, что специалистами входного контроля передано в) _____

| № | Үлгінің атауы (Наименование образца) | Өлшем бірлігі (Единица измерения) | Саны (Количество) |
|---|---|--------------------------------------|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | |

Қолы (Подпись) ТАӘ (ФИО)

Қолы (Подпись) ТАӘ (ФИО)

Приложение 78
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО _____

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-06б/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ-06б/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

Қақырықты Хpert MTB/RIF-мен зертханалық зерттеуге жолдама Направление на лабораторное исследование мокроты на Хpert MTB/RIF

Үлгінің сәйкестендіру нөмірі № /Идентификационный номер образца № _____

Науқастың АТН №/РН больного № _____

Емдеу ұйымның атауы/Название лечебной организации _____

Үлгіні зертханаға жіберу күні/Дата направления образца в лабораторию _____

Науқастың аты-жөні/Фамилия, имя больного _____

Туылған күні/Дата рождения _____

Мекенжайы/Домашний адрес _____

Жынысы/Пол: Е/М

Ә/Ж

Науқасты жіктеу (белгілеу): егер А немесе Б болмаса, Хpert тестін өткізілуін негіздеу

Тип больного (отметить): если не А и не Б, то обоснование проведения теста Хpert:

КДТ ТБ күдігі (А)/ с подозрением на МЛУ ТБ (А)

АИТВ ТБ күдігі (В)/ с подозрением на ВИЧ ТБ (В)

Осы нысанда жіберілген үлгі бөлігінің № /№ Порции образца, посылаемой с этой формой _____

Алғашқы үлгіні жинау күні/Дата сбора первого образца _____

Жинаушының ТАӘ/ФИО собравшего _____ Қолы/Подпись _____

Нәтижесі (зертханада толтырылады)

Результат (заполняется лабораторией)

Сәйкестендіру нөмірі № /Идентификационный номер № _____

Зертханалық нөмірі №/Лабораторный номер № _____

Зертханалық атауы/Наименование лаборатории _____

Күні/Дата _____

| Р/с № № п/п | Зерттеу күні Д а т а исследования | Сыртқы түрі Внешний вид * | Хpert МТВ/RIF нәтижесі (белгілеу)** Результат Хpert МТВ/RIF (отметьте) ** | | | Ескертпе Примечание |
|----------------|---|---------------------------------|--|-----|------|------------------------|
| | | | Теріс Отр | ТБ+ | Rif+ | |
| 1 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |

*қақырықтың түрі (қанды, ірінді-сілекей немесе сілекей)/
 /внешний вид мокроты (с кровью, слизисто-гнойная или слюна)
 **теріс: МБТ анықталмаған; ТБ+: МБТ анықталған, Rif-анықталмаған; Rif+:
 МБТ анықталған. Rif-резистентті; қате: нәтижесі белгісіз/қате/
 отр:МБТ не определен; ТБ+: МБТ определен Rif не определен; Rif+: МБТ
 определен Rif резистентный; ошибка: результат неизвестен/ошибка
 Нәтижесі ***анықталмаса қайталау, қате/
 /повторить, если не определен Результат / ошибка
 Өткізілген күні/Дата проведения _____ Қолы/Подпись _____
 (нәтижесімен бірге) толтырылған нысан тез арада дәрігерге жіберілуі тиіс
 заполненная форма (с результатом) должна немедленно отсылаться
 клиницистам

Приложение 79
 к приказу и.о. Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 31 июля 2012 года № 514
 Приложение 6
 к приказу и.о. Министра
 здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4
 форматы ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
 Формат Код организации по ОКПО
 А4

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-24/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ-24/у утверждена приказом и.о. Министра |

ВАСТЕС ТМБ дәріге сезімталдық тестісі және культуралық

зерттеулерді есепке алу журналы

Журнал учета культуральных исследований и теста на лекарственную чувствительность МБТ проведенного на ВАСТЕС

| Р/с № № п/п | Себу күні Дата посева | ТАӨ ФИО | Жасы Возраст | Ұйым (бөлімше) Организация (отделение) | Материал | Диагностический Диаг-нозы | Сұйық ортада өскен күні Дата роста на жидкой среде | ТМБ сәйкестендіруі Идентификация МБТ | Өсу нәтижесі Результат роста | Қан ағарында өсу сипаты Характер роста на кровяном агаре | Өскен күндері Дни роста | Л-Йенсен ортасында өскен күні Дата роста на среде Л-Йенсена | Өсу нәтижесі Дата и результат роста |
|-------------|-----------------------|---------|--------------|--|----------|---------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------|--|-------------------------|---|-------------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | |

Журналдың жалғасы/Продолжение журнала

| ДСТ қойылған күні Дата постановки ТЛЧ | I қатардағы ТҚП ПТП I ряда | | | | | | | II қатардағы ТҚП ПТП II ряда | | | Нәтиженің оқылған күні Дата чтения результата | Жауапты зерт қызметкерінің ТАӨ ФИО ответственного лаборотника | Ескертпелер Примечание | |
|---------------------------------------|----------------------------|---|---|---|---|----|----|------------------------------|-----|----|---|---|------------------------|---|
| | S | H | R | E | Z | Am | Cm | Ofx | Eto | Et | | | | E |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Приложение 80
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 6
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

А 4 ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
 форматы Код организации по ОКПО
 Формат
 А4

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-25/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма ТБ-25/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 |

НАIN тест және ХpertMTB/RIF нәтижелерін есепке алу журналы Журнал учета результатов НАIN-теста и ХpertMTB/RIF

| № р/ с № п/ п | ТАӘ ФИО | Жасы Возраст | Бөлімше Отделение | Зерттеу әдістері (Наin немесе ХpertMTB/Rif / Метод исследования (Наin или ХpertMTB/ Rif | Егерде ХpertMTB/Rif онда КДТ ТБ күдікті (А)/АИТВ ТБ күдікті (В)/ Если на ХpertMTB/Rif то подозрением на МЛУ ТБ (А)/ с подозрением на ВИЧ ТБ (В) | Диагнозы |
|------------------------------|------------|-----------------|----------------------|--|--|----------|
| | | | | | | |

продолжение:

| Культура № / № культуры | Себу күні/ Дата посева | Өскен күні/ Дата роста | Зерттеулер нәтижелері/Результаты исследования | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|--|---------------------------------|-------------------|----------|---|---|
| | | | Материал (дақыл, MGIT дақылы, кақырық)/ Материал (культура, культура MGIT, мокрота) | Өткізу күні/ Дата проведения | КДТ ТБ күдікті | ТБ (+/-) | R | H |
| | | | | | | | | |

ВАСТЕС әдістерінің төзімділігін анықтау/
 Определение устойчивости методом ВАСТЕС

| Культура № № культуры | Себу күні/ Дата посева | Сұйық ортада өскен күні / Дата роста на жидкой среде | R | H | S | E |
|--------------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

продолжение:

| | | | | | | | |
|---|---------------------------------|---|---|---|---|----------------------------|---|
| Л-Й арасындағы тұрақтылықты анықтау /Определение устойчивости на среде Л-Й | | | | | | Ескертпелер/ Примечания | |
| Төзімділікке культураның №/ № культуры на устойчивость | Себу күні/ Дата посева | Л-Йенсен ортасында өскен күні /Дата роста на среде Л-Й | R | H | S | E | Z |
| | | | | | | | |

Приложение 81
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

А 4
форматы
Формат
А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО

| | |
|--|---|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405-2/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 405-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

**Үлгілерді трансфузиялық инфекцияларға бастапқы
зерттеу нәтижелерін растау ведомосы _____
Ведомость подтверждения результатов первичного
исследования образцов на трансфузионные инфекции за ____**

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------|-------------------|---------------|---------|--------------------|
| | | | | | |
| Зертханалық нөмірі | Донордың ТАӘ | Донация нөмірі | Туған жылы | Бөлімше | Қанды тапсыру күні |

| № | Лабораторный номер | Ф И О донора | Номер донации | Г о д рождения | Отделение | Дата донации |
|---|--------------------|--------------|---------------|----------------|---|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| Жауапты тұлға Ответственное лицо | | | | | Трансфузиялық инфекцияларды зертханалық зерттеу бөлімінің меңгерушісі (қолы) Заведующий отделением лабораторных исследований трансфузионных инфекций (подпись) | |
| Ведомосты алған күні мен уақыты Дата и время получения ведомости | | | | | | |

продолжение:

| Трансфузиялық инфекцияларды зертханалық зерттеу бөлімшесі Отделение лабораторных исследований трансфузионных инфекций | | | | | | Ескертпе Примечание |
|---|--|-------|-----|---------------|---|------------------------|
| Қорытынды нәтижені алған күні Дата получения окончательного результата | Қорытынды нәтижесі Интерпретация результатов исследований | | | | Іс әрекеттер алгоритмі Алгоритм действий | |
| | АИТВ-1,2 | HBsAg | HCV | Мерез Сифилис | | |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | | | |
| Трансфузиялық инфекцияларды зертханалық зерттеу бөлімінің меңгерушісі (қолы) Заведующий отделением лабораторных исследований трансфузионных инфекций (подпись) | | | | | | |

Ведомосты электрондық және қағаз тасымалдауышта жүргізуге болады
Возможно ведение ведомости как в электронном виде, так и на бумажном носителе

Приложение 82
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

(Производились ли за последние 10 дней лечение и удаление зубов?)

2. Соңғы айда дәрі қабылдадыңыз ба? _____

3. (Принимали ли за последний месяц лекарства?) _____

4. Соңғы жылда екпелер жүргізілді ме (Производились ли прививки в последний год?) _____

5. Сіз қазір дәрігердің бақылауында тұрсыз ба? (Наблюдаетесь ли Вы сейчас у врача?) _____

6. Сізге дәрілер егілді ме? (Производили ли Вам инъекции лекарств?) _____

7. Сіз құлағыңызды тескіздіңіз бе, акупунктура немесе тату (денеңізге сурет) жасатқыздыңыз ба? _____

(Прокалывали ли Вам уши, делали ли акупунктуру или татуировку?)

8. Сізге қан немесе плазма құйылды ма? _____

9. (Получали ли Вы переливание крови или плазмы?)

10. Сізге хирургиялық операциялар жасалды ма? _____

(Подвергались ли Вы хирургической операции?)

Соңғы жылда гепатитпен, сарыаурумен ауырған адаммен байланысыңыз болды ма? _____

(Были ли Вы в контакте с больным гепатитом, желтухой в течении года?)

Сізде жуықта немесе бұдан бұрын болды ма (Были ли у Вас когда-нибудь или недавно):

1. Соңғы 3 жылда шетелге шықтыңыз ба? Елдің атын атаңыз. _____

(Выезд за рубеж за последние 3 года? Назовите страну?)

2. Қан тапсырдыңыз ба? Соңғы тапсырған күнді көрсетіңіз? _____

(Кроводачи? Укажите дату последней?)

3. Қан тапсырудан шеттетілдіңіз бе? Күнін және себебін көрсетіңіз?

(Были ли отводы от кроводач? Укажите дату и причину отвода?)

4. Соңғы 2 айда кездейсоқ жыныстық қатынастар болды ма? _____

(Были ли случайные половые связи за последние 2 мес.?)

Мен Сауалнаманың барлық сұрақтарын түсіндім, бұл деректердің мен және науқастардың денсаулығы үшін маңызын

түсіне отырып жауап бердім.

(Я правильно понял (а) все вопросы Анкеты и ответил (а) осознавая значимость этой информации для меня и здоровья больных).

Донордың қолы (Подпись донора) _____

Күні (Дата) _____

ДОНОРДЫҢ ИММУНДАУҒА КЕЛІСІМІ

"Иммундау өткізу бағдарламасымен танысқаннан кейін, _____
антиденесімен иммундауға келісім беремін."

Күні Қолы

СОГЛАСИЕ ДОНОРА НА ИММУНИЗАЦИЮ

"Ознакомившись с программой проведения иммунизации
_____ антигеном, даю согласие на иммунизацию"

Дата Подпись

| | | |
|---|---|--|
| Донорлар есебіне жазылу күні Дата зачисления в доноры 20__ ж (г.) "___" _____ Есептен шығарылу күні мен себебі (Дата и причина снятия с | Осы кезеңде алынған барлық: Всего в этот период взято: қан (кровь) _____мл. плазма (плазмы) _____мл. лейкоцититы _____ (10) 9, | Қан тапсыру саны (Число кроводач) _____ Плазмаферездер саны) (Число плазмаферезов) _____ Цитоферездер саны (Число |
|---|---|--|

| | | |
|---|--|---|
| учета) _____ _____ _____ _____ | тромбоцититы _____ (10)11, сүйек кемігі (костного мозга) _____ мл (10) 9. | цитоферезов) _____ Миелоксфузиялар саны (Число миелоксфузий) _____ Қолы (Подпись) |
|---|--|---|

АЛҒАШҚЫ ТЕКСЕРУ ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

1. Сыртартпа

1.1. Тұқым қуалаушылығы (Наследственность) _____

1.2. Ауырған аурулары (оның ішінде операциялар) және оның болған уақыты
(Перенесенные заболевания (в том, числе операции) и их давность) _____

1.3. Қан және оның компоненттерінің трансфузиялары (Трансфузии крови и ее компонентов) _____

1.4. Екпелер, егулер және олардың болған уақыты (Прививки, вакцинации и их давность) _____

. Донорды тексерудің нәтижелері (Результаты обследования донора)

| | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|--|--|--|
| Объективті деректер (Объективные данные): | күні дата | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Дәрігердің қолы (Подпись врача)

3. Донорды келесі тексерудің нәтижелері (Результаты последующих обследовании донора)

| Объективті деректер (Объективные данные): | күні дата | | | | |
|--|-----------|--|--|--|--|
| | | | | | |
| Шағымы (Жалобы) | | | | | |
| Склерасы (Склера) | | | | | |
| Тері қабаты (Кожные покровы) | | | | | |
| Ауыз қуысының сілемейлі қабығы (Слизистые полости рта) | | | | | |
| Артериялық қысым (мм. с. б.) (Артериальное давление (мм. рт. ст.)) | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Тамыр соғуының жиілігі (минутына соққы) (Частота пульса (ударов в минуту)) | | | | | |
| Тамыр соғуының сипаты (Характер пульса) | | | | | |
| Тірек-қозғалыс аппараты (Опорно-двигательный аппарат) | | | | | |
| Лимфа түйіндері (Лимфатические узлы) | | | | | |
| Жүрек аускультациясы (Аускультация сердца) | | | | | |
| Өкпе аускультациясы (Аускультация легких) | | | | | |
| Іш қуысының ағзалары (Органы брюшной полости) | | | | | |
| Донордың қан тапсыруға, плазма(цита)ферезге, миелоэкфузияға жарамдылығы туралы дәрігердің қорытындысы (Заключение врача о годности донора к кроводаче, плазма(цита)ферезу, миелоэкфузии | | | | | |
| Дозасы (Доза) | | | | | |

Дәрігердің қолы (Подпись врача)

4. Донорды келесі тексерулердің нәтижелері (Результаты последующих обследовании донора)

| Объективті деректер (Объективные данные): | күні дата | | | | |
|--|-----------|--|--|--|--|
| | | | | | |
| Шағымы (Жалобы) | | | | | |
| Склерасы (Склера) | | | | | |
| Тері қабаты (Кожные покровы) | | | | | |
| Ауыз қуысының сілемейлі қабығы (Слизистые полости рта) | | | | | |
| Артериялық қысым (мм. с. б.) | | | | | |

Дәрігердің қолы (Подпись врача)

7. Донорды келесі тексеру нәтижелері (Результаты последующих обследовании донора)

| | | | | | | | | | |
|--|------|------|--|--|--|--|--|--|--|
| Объективті деректер (Объективные данные): | күні | дата | | | | | | | |
| Шағымы (Жалобы) | | | | | | | | | |
| Склерасы (Склера) | | | | | | | | | |
| Тері қабаты (Кожные покровы) | | | | | | | | | |
| Ауыз қуысының сілемейлі қабығы (Слизистые полости рта) | | | | | | | | | |
| Артериялық қысым (мм. с. б.) (Артериальное давление (мм. рт. ст.)) | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Тамыр соғуының жиілігі (минутына соққы) (Частота пульса пульса (ударов в минуту)) | | | | | | | | | |
| Тамыр соғуының сипаты (Характер пульса) | | | | | | | | | |
| Тірек-қозғалыс аппараты (Опорно-двигательный аппарат) | | | | | | | | | |
| Лимфа түйіндері (Лимфатические узлы) | | | | | | | | | |
| Жүрек аускультациясы (Аускультация сердца) | | | | | | | | | |
| Өкпе аускультациясы (Аускультация легких) | | | | | | | | | |
| Іш қуысының ағзалары (Органы брюшной полости) | | | | | | | | | |
| Донордың қан тапсыруға, плазма(цита)ферезге, миелоэксфузияға жарамдылығы туралы дәрігердің қорытындысы (Заключение врача о годности донора к кроводаче, плазма(цита)ферезу, миелоэксфузии Дозасы (Доза) | | | | | | | | | |

Дәрігердің қолы (Подпись врача)

8. Қанды клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелері (Результаты клинико-лабораторных исследований крови)

| жалпы клиникалық (общий клинический) | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------|---|---|----------------------------------|--|--|
| күні дата | НВ г/л | эритроциттер эритроциты 10 ¹² /л | түсті көрсеткіш цветной показатель | ретикулоциттер ретикулоциты % | тромбоциттер тромбоциты 10 ⁹ /л | лейкоциттер лейкоциты 10 ⁹ /л |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------------|
| жалпы клиникалық (общий клинический) | | | | | |
| лейкоцит формуласы пайызбен | | | | | |
| лейкоцитарная формула в процентах | | | | | |
| Метамиелоциттер Метамиелоциты | таяқшядролы палочкоядерные | сегментядролы сегментоядерные | эозинофилдер эозинофилы | базофилдер базофилы | лимфоциттер лимфоциты |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | | |

9.

| | | | | | | |
|------------------------|---|--------------------------|---|---|--|---|
| Талдау (анализ) | | | | | Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу (исследования на трансфузионные инфекции) | |
| Моноциттер Моноциты | плазмалық жасушалар лазматические клетки | ЭШЖ (мм/с) СОЭ (мм/ч) | Жазбаны енгізген тұлғаның қолы Подпись лица, внесшего запись | 1,2 АИТВ 1,2 антиденелер Антитела к ВИЧ 1,2 | В гепатиті вирусының (ВВГ) HBs-антигені HBs-антиген вируса гепатита В (ВГВ) | С (HCV) гепатитінің (СВГ) вирусына антиденелер Антитела к вирусу гепатита С (ВГС) |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | |

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|--|
| Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу (исследования на трансфузионные инфекции) | | | | | |
| Мерез қоздырғышына антиденелер Антитела к возбудителю сифилиса | АИТВ РНК ПТР ПЦР РНК ВИЧ | ВВГ ДНК ПТР ПЦР ДНК ВГВ | СВГ РНК ПТР ПЦР РНК ВГС | Зертханалық нөмір Лабораторный номер | Зерттеу күні Жауапты адамның қолы Дата исследования Подпись ответственного лица |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----|--------|---------|-----------------------|---------|-------------------------|------------------------------------|------------------------|---------|---------|
| | клетки | (мм/ч) | лица, внесшего запись | ВИЧ 1,2 | вируса гепатита В (ВГВ) | Антитела к вирусу гепатита С (ВГС) | к возбудителю сифилиса | РНК ВИЧ | ДНК ВГВ |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| | | | | | | | | | |

13.

| биохимиялық зерттеулер (биохимические исследования) | | | | | | | | | | | | басқа зерттеулер (другие исследования) | | | |
|---|------|---|--------------------------------|--------------------------|-----|---|--|--|----|----|------------------------|--|----|----|--|
| күні дата | АЛАТ | жазған адамның қолы подпись лица, внесшего запись | жалпы нәруыз общий белок | альбуминдер альбумины | г/л | глобулиндер (глобулины) | | | | | пайызбен (в процентах) | | | | |
| | | | | | | жазған адамның қолы подпись лица, внесшего запись | антиденелер титрі титр антител МЕ/мл | жазған адамның қолы подпись лица внесшего запись | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

14. Қанды клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелері (Результаты клинико-лабораторных исследований крови)

| жалпы клиникалық (общий клинический) | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------|---|---|-------------------------------------|--|--|--|------------------------------|--|
| күні дата | НВ г/л | эритроциттер эритроциты 10 ¹² /л | түсті көрсеткіш цветной показатель | ретикулоциттер ретикулоциты % | тромбоциттер тромбоциты 10 ⁹ /л | лейкоциттер лейкоциты 10 ⁹ /л | лейкоцит формуласы пайызбен лейкоцитарная формула в процент | | |
| | | | | | | | Метамиелоциттер Метамиелоциты | таяқшядролы палочкоядерны | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
| | | | | | | | | | |

15.

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| Талдау (анализ) | | | | Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу (исследования на трансфузионные инфекции) | | | | | |
|------------------------|---|--------------------------|---|---|--|--|---|---|--|
| Моноциттер Моноциты | плазмалық жасушалар лазматические клетки | ЭШЖ (мм/с) СОЭ (мм/ч) | Жазбаны енгізген тұлғаның қолы Подпись лица, внесшего запись | 1,2 АИТВ 1,2 антиденелер Антитела к ВИЧ 1,2 | В гепатиті вирусының (ВВГ) HbS-антигені HbS-антиген вируса гепатита В (ВГВ) | С (HCV) гепатитінің (СВГ) вирусына антиденелер Антитела к вирусу гепатита С (ВГС) | Мерез қоздырғышына антиденелер Антитела к возбудителю сифилиса | АИТВ РНК ПТР ПЦР РНК ВИЧ | ВВГ ДНК ПТР ПЦР ДНК ВГВ |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| | | | | | | | | | |

16.

| биохимиялық зерттеулер (биохимические исследования) | | | | | | | | | | | | басқа зерттеулер (другие исследования) | | |
|---|------|--|-----------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|----|----|----|--|---|--|----|
| күні дата | АЛАТ | жазған адамның қолы подпись лица, внесшего запись | жалпы нәруыз общий белок | альбуминдер альбумины | г/л | глобулиндер глобулины | | | | | пайызбен (в процентах) | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | жазған адамның қолы подпись лица, внесшего запись | антиденелер титрі титр антител МЕ/мл | жазған адамның қолы подпись лица внесшего запись | |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

17. Қанды клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелері (Результаты клинико-лабораторных исследований крови)

| жалпы клиникалық (общий клинический) | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------|---|---------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|-------------------------------|--|
| күні дата | Hb г/л | эритроциттер эритроциты 10 ¹² /л | түсті көрсеткіш цветной показатель | ретикулоциттер ретикулоциты % | тромбоциттер тромбоциты 10 ⁹ /л | лейкоциттер лейкоциты 10 ⁹ /л | лейкоцит формуласы пайызбен лейкоцитарная формула в процент | | |
| | | | | | | | Метамиелоциттер Метамиелоциты | таяқшадеролы палочкоядерны | |

| күні дата | қан кровь(мл) | плазма (мл) | лейкоциттер лейкоциты (10 9) | тромбоциттер тромбоциты (1011) | сүйек кемігі костный мозг мл.(109) | қандай мақсатпен для какой цели | қолы подпись |
|--------------|------------------|----------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|--|-----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

Ескертпе (Примечание): плазма донорлары үшін 2-баған толтырылмайды (для доноров плазмы графа 2 не заполняется)

24. Плазмозферез емшарасын жүргізгеннен кейінгі донордың жағдайы (Состояние донора после проведения процедуры плазмозфереза)

| күні дата | АҚҚ АД мм.рт.ст. | Т0С | тамыр соғуы пульс | дәрігердің қорытындысы мен қолы заклучения и подпись врача |
|--------------|------------------------|-----|-------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |

Приложение 83
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|---|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 407/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 407 /у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Қан тобының
таңбасы
Марка группы крови
№ _____

Күні (Дата) _____

Қан алынған орын (Место забора крови) _____

ТАӘ (ФИО)

Туған жылы (Год рождения)

Жұмыс орны (Место работы)

Үйінің мекенжайы (аудан) (Домашний
адрес (район)) _____

Сыртартқы жинау (сбор
анамнеза) _____

Операциялар. Гемотрансфузиялар
(Операции.

Гемотрансфузии) _____

Дене қызуы (температура тела)

Тамыр соғуы (Пульс) _____ соққы 1
минутта (ударов в 1 минуту).

АҚҚ/АД _____ мм. сын. б. (мм.
рт. ст).

Тері қабаты мен сілемейлі қабық
(кожные покровы и видимые
слизистые оболочки)

Донор тексерілді (донор
осмотрен).

Сау (Здоров) _____

Қан/плазма беруге рұқсат етілді
(Крово/плазмадача разрешена)

Қан тобы (Группа крови) _____

Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность)

Келл - антигені (Келл – антиген) _____

Гемоглобин _____ г/л

Қолы (Подпись) _____

Қан тобын бақылау (Контроль группы крови)

Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность)

Тестілеу (ИФА тестирование на):

АИТВ (ВИЧ) 1,2: _____

В гепатиті _____

С гепатиті _____

Мерез (Сифилис) _____

Қолы (Подпись) _____

Тестілеу (ПЦР тестирование на):

АИТВ (ВИЧ) 1,2: _____

В гепатиті _____

С гепатиті _____

Қолы (Подпись) _____

АЛАТ _____

Қолы (Подпись) _____

БАДО деректері бойынша тексеру (проверка по данным
ЕДИЦ):

Күні (дата) _____

Қолы (Подпись) _____

Дайындалған қан компоненттері (Заготовленные
компоненты крови):

Мөлшері (в дозе) _____ мл, _____
 Донорды қан/плазма беруден шеттету _____
 себебі (Причину отвода донора от _____
 крово/плазмадачи) _____
 Дәрігер (Врач) _____ қолы _____
 (подпись) _____
 Қан- плазма тапсыруды белгілеу _____
 (Отметка о крово-плазмадаче): _____
 (взято) _____ мл қан (крови) _____
 алынды _____
 (взято) _____ мл плазма _____
 алынды _____

Қан: құюға, өңдеуге жарамды, жарамсыз (астын сызу керек) (Кровь пригодна: для переливания, на переработку, бракуется (подчеркнуть)
 Есептен шығарылу күні мен себебі (Дата и причина снятия с учета)
 20__ жылғы (года) " __ " _____
 Дәрігер (Врач) _____ қолы (подпись) _____

Донордың сауалнамасы

Донор қанына мұқтаж пациенттерге көмектесуге ниет білдіргеніңіз үшін алғысымызды білдіреміз!

Сізге қойылған сұрақтарға ("иә" немесе "жоқ" деп жауап беру) шынайы жауап беруіңізді өтінеміз, мархабат.

Осы сұрақтарға шынайы жауаптарыңыз Сіздің донор ретінде қауіпсіздігіңіз бен қаныңыз құйылатын пациенттің қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін қажет.

Донордың ТАӘ _____

Туған күні _____

Жынысы _____ e-mail _____

— Мекенжайы (нақты және тіркелуі бойынша) _____

— Үй телефоны _____ Ұялы телефоны _____

— Қызмет телефоны _____ Жұмыс орны _____

| р/с № | Сұрақтар | Жауаптары |
|-------|---|-----------|
| | 1. Денсаулығының жалпы жай-күйі және эпидемиологиялық орта | |
| 1. | Өзіңізді жақсы сезініп тұрсыз ба? | |
| 2. | Түнде демалдыңыз ба? | |
| 3. | Соңғы 10 күн ішінде тісіңізді жұлдырдыңыз ба? | |

| | | |
|--|---|--|
| 4. | Соңғы 48 сағат ішінде алкогольді ішімдік іштіңіз бе? | |
| 5. | Соңғы 12 ай ішінде Сізге екпе жасалды ма? Егер де "иә" дейтін болсаңыз, қандай екенін көрсетіңіз: | |
| 6. | Сіз соңғы 6 айда медициналық көмекке жүгіндіңіз бе? | |
| 7. | Сізге соңғы 4 айда донор қаны немесе оның компоненттері құйылды ма? | |
| 8. | Сізге соңғы 4 айда хирургиялық операция (оның ішінде косметологиялық) жасалды ма? | |
| 9. | Сіз соңғы 2 аптада аспирын немесе антибиотик және де өсіру гармондары сияқты дәрілік препараттарды қабылдадыңыз ба? | |
| 10. | Сізге соңғы 4 айда тамырішілік немесе бұлшық етішілік инъекция жасалды ма? | |
| 11. | Соңғы 4 айда ине шаншу, татуировка, пирсинг жасалды ма? | |
| 12. | Сізде кенеттен қызудың көтерілуі, салмақ жоғалту, естен тану, түнгі терішендік, бас ауруы болды ма? | |
| 13. | Сіз безгекпен, туберкулезбен, бруцеллезбен, мерезбен (сифилис) ауырдыңыз ба? | |
| 14. | Сіздің жұмысыңыздың немесе әуестігіңіздің өз өміріңізге немесе қоршаған ортаға қауіпі бар ма (транспорттық құралды басқаруда, биікте немесе су асты жағдайында болу, жоғары қуаты электржүйемен жұмыс және т.б.)? | |
| 15. | ЖИТС (АИТВ-инфекциясы) және вирусты гепатиттер туралы ақпаратпен таныссыз ба? | |
| 16. | Тегіңізді өзгерттіңіз бе? Өзгертсеңіз – алғашқысын көрсетіңіз. | |
| 2. Сіз.... төмендегідей қандай да бір қатерлі аурумен ауырдыңыз ба? | | |
| 17. | Сары ауру, безгек, туберкулез, ревматизм? | |
| 18. | Жүрек ауруы, артериялық жоғарғы және төменгі қысым? | |
| 19. | Күрделі аллергия, астма? | |
| 20. | Құрысу немесе жүйке жүйесінің ауруы? | |
| 21. | Қант диабеті немесе онкологиялық аурулар тәрізді аурулар? | |
| 3.Сіз жақында немесе бұрын...? | | |
| 22. | Соңғы 3 жылда шетелге шықтыңыз ба? Елді атаңыз | |
| 23. | Бұрын-соңды донор ретінде қан тапсырдыңыз ба? | |
| 24. | Қан тапсырудан бас тарттыңыз ба? | |
| 4. Әйелдер үшін қосымша | | |
| 25. | Қазір жүктісіз бе немесе соңғы 6 айда жүктілік болды ма? | |
| 26. | Балаңызды емшек сүтімен қоректендіресіз бе? | |

5. Өзін-өзі қосымша бағалау үшін

| | |
|----|--|
| 27 | Өзіңізге қандай да бір дәрілік немесе есірткі құралдарының инъекциясын жүргіздіңіз бе? Сіз бұрын сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлемақы алдыңыз ба? Соңғы 12 айда мына адамдармен жыныстық қатынаста болдыңыз ба? -АИТВ инфекциясы немесе вирусты гепатиті бар; -тамыр арқылы есірткі қолданатын; -сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлем ақы алатын немесе алғандар -өзге еркектермен (ерлер үшін) Жыныстық жолмен берілетін ауруға шалдықтыңыз ба? Гепатитпен ауыратын адаммен қатынаста болдыңыз ба (отбасында немесе жұмыста)? Кездейсоқта инеден жарақат алу және/немесе шырышты қабатқа қан тамып кету болды ма? |
| | Егер Сізде соңғы алты айда 27-тармақтың бір немесе одан көп сұрағына "иә" деп жауап беруге себеп болатын болса – құс белгісін қойыңыз |

Мен, осы ақпараттың мен және пациент үшін маңызды екенін сезіне отырып, сауалнамадағы барлық сұрақтарға түсініп, шынайы жауап бергенімді мәлімдеймін.

Мен, менің қаным мен оның компоненттері медициналық мақсатқа үшін қолданылуы мүмкін болғандықтан, қан мен оның компоненттерін ерікті, ешқандай мәжбүрлеусіз тапсыратындығымды растаймын.

Мен, менің қанымды АИТВ, мерезге, В және С гепатитіне және басқа да инфекцияларға тексерілетіндігіне келісімді беремін. Осы инфекциялар маркерлеріне тексеру оң нәтиже берген жағдайда деректер диагнозды анықтау және емдеу туралы шешімді қабылдау үшін тиісті емдеу ұйымдарына беріледі.

Мен, менің қаныма зертханалық тексерулер тек пациенттің қауіпсіздігі үшін ғана жүргізілетінін түсінемін.

Мен менің дербес мәліметтерім Қан орталығының дерекқорына енгізілетіні туралы ескертілді.

Мен донорлыққа қатысу үшін жіберілетін ақпаратты алуға келісімді беремін (иә/жоқ).

Маған жалған мәліметтер берген жағдайда, Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жауапқа тартылуым мүмкін екендігі ескертілді.

Мен тілінде дәрігер түсіндіруімен жоғарыда аталған барлық сұрақтарға түсінгенімді растаймын.

Донордың қолы _____ Дәрігердің қолы _____
Күні _____

Анкета донора

Благодарим Вас за желание помочь нуждающимся в донорской крови пациентам!

Пожалуйста, ответьте откровенно на предложенные Вам вопросы (отвечая на вопросы, поставьте "да" или "нет").

Откровенные ответы на эти вопросы необходимы для обеспечения Вашей безопасности как донора и безопасности пациента, которому будет перелита Ваша кровь.

ФИО донора _____

Дата рождения _____ Пол _____ e-mail _____

Домашний адрес (фактический и по прописке) _____

Домашний телефон _____ Мобильный телефон _____

Рабочий телефон _____ Место работы _____

| № п/п | Вопросы | Ответы |
|-------|--|--------|
| | 1. Общее состояние здоровья и эпидемиологическое окружение | |
| 1. | Хорошее ли у Вас общее самочувствие? | |
| 2. | Отдыхали ли Вы ночью? | |
| 3. | Производилось ли за последние 10 дней удаление зубов? | |
| 4. | Употребляли ли алкоголь за последние 48 часов? | |
| 5. | Проводились ли Вам за последние 12 месяцев прививки? Если "да", то укажите, какие: | |
| 6. | Обращались ли Вы за медицинской помощью в последние 6 месяцев? | |
| 7. | Вам переливали за последние 4 месяца (целесообразно если минимальный срок карантинного хранения плазмы будет так же 4 мес) донорскую кровь или ее компоненты? | |
| 8. | Вам проводили за последние 4 месяца хирургические операции (в том числе косметологические?) | |
| 9. | Принимали ли Вы за последние 2 недели лекарственные препараты, включая аспирин или антибиотики, а также гормоны роста? | |
| 10. | Делали ли Вам за последние 4 месяца внутривенные или внутримышечные инъекции? | |
| 11. | Делали ли Вам за последние 4 месяца иглоукалывание, татуировки, пирсинг? | |
| 12. | Были ли у Вас случаи немотивированного подъема температуры, потери веса, обмороки, ночные поты, головная боль? | |
| 13. | Болели ли Вы малярией, туберкулезом, бруцеллезом, сифилисом? | |
| 14. | Связана ли Ваша работа или хобби с опасностью для своей жизни или окружающих (управление транспортным средством, нахождение в высотных или подводных условиях, работа с электросетями под высоким напряжением и т.д.). | |
| 15. | Вы ознакомлены с информацией о СПИДе (ВИЧ-инфекция) и вирусных гепатитах? | |
| 16. | Меняли ли Вы фамилию? Если да – укажите предыдущую. | |
| | 2. Были ли у Вас когда-либо серьезные заболевания, такие как: | |
| | | |

| | | |
|---|---|--|
| 17 | Желтуха, малярия, туберкулез, ревматизм? | |
| 18 | Болезнь сердца, высокое или низкое артериальное давление? | |
| 19 | Тяжелая аллергия, астма? | |
| 20 | Судороги или заболевания нервной системы? | |
| 21 | Хронические болезни, такие как диабет или онкологические заболевания? | |
| 3. Были ли у Вас: | | |
| 22 | Выезд за рубеж за последние 3 года? Назовите страну? | |
| 23 | Сдавали ли Вы когда-нибудь кровь как донор? | |
| 24 | Были ли отводы от дачи крови? | |
| 4. Дополнительно для женщин: | | |
| 25 | Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 месяцев? | |
| 26 | Кормите ли Вы грудью? | |
| 5. Дополнительно для самооценки: | | |
| 27 | Производили ли Вы себе когда либо инъекции каких-либо лекарственных или наркотических средств? Принимали ли Вы когда нибудь плату за услуги сексуального характера? За последние 12 месяцев были ли у Вас сексуальные связи с лицами, которые: -инфицированы ВИЧ или вирусом гепатита -внутривенно принимали наркотические средства -получают или получали плату за услуги сексуального характера -с другими мужчинами? (для мужчин) Переносили ли Вы заболевания, передающиеся половым путем? Имели ли Вы контакты с больным гепатитом (в семье или на работе)? Имело ли место попадание крови другого человека на Вашу слизистую оболочку или укол инъекционной иглой? | |
| Если у Вас за последние шесть месяцев имеется причина ответить "да" на один или более вопросов пункта 27 – поставьте галочку | | |

Я заявляю, что полностью понял(а) все вопросы анкеты и ответил(а) на них правдиво, осознавая значимость этой информации для меня и здоровья пациента.

Я подтверждаю, что даю кровь или ее компоненты добровольно, без принуждения и моя кровь или ее компоненты могут быть использованы для медицинских целей.

Я даю согласие на то, что моя кровь будет обследована на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С и другие инфекции. В случае получения положительных результатов тестов на маркеры данных инфекций сведения будут переданы в

соответствующие медицинские организации для уточнения диагноза и принятия решения о лечении.

Я понимаю, что лабораторные исследования моей крови проводятся исключительно в целях безопасности пациентов.

Я предупрежден о включении моей персональной информации в базу данных Центра крови.

Я согласен на получение информационных рассылок с целью приглашения для участия в донорстве (да/нет).

Я предупрежден(а), что в случае предоставления недостоверных сведений могу быть привлечен(а) к ответственности в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Я подтверждаю, что полностью понял(а) все перечисленные выше вопросы, которые были разъяснены мне на _____ языке врачом _____

Подпись донора _____ Подпись врача _____
Дата _____

Приложение 84
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|---|--|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 410 /у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

ДОНОРЛЫҚҚА ҚАТЫСУҒА НИЕТ БІЛДІРГЕН ТҰЛҒАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ КҮНДЕЛІГІ ДНЕВНИК УЧЕТА ЛИЦ, ОБРАТИВШИХСЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ДОНОРСТВЕ

20__ жылғы (года)

"__" "__" басталды (начато)

20__ жылғы (года)

"__" "__" аяқталды (окончено)

1. Донорларды жинақтау бөлімінде халықтың донорлыққа келуі туралы мәліметтердің негізінде және қан, плазма, қан жасушаларын өтеусіз және ақылы донациялау мәліметтердің негізінде күнделікті толтырылады
2. Тегін және ақылы донорларға бірге жүргізіледі
3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс

1. Заполняется ежедневно в отделении комплектования доноров на основании данных обращаемости населения к донорству и произведших донацию крови, плазмы, клеток крови безвозмездно и платно
2. Ведется совместно на безвозмездных и платных доноров
3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

| Қабылдау және жүгінулерді есепке алу Прием и учет обращений Донорлықтан шеттетілгендер Отводы от донации | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|---|
| Күні Дата | Жүгінулердің барлығы Всего обращений | Қан және оның компоненттерінің донациясына дейінгі кезеңде шеттетілген жүгінулер Отведено обращений на этапе до донации крови и ее компонентов | Бірыңғай ақпараттық донорлық орталықтың деректері бойынша, оның ішінде По данным единого донорского информационного центра в том числе | Донорлықтан мүлдем шеттетету себебінен По причине абсолютных отводов от донорства | Донациялар арасындағы аралықты сақтамайтындықтан По причине несоблюдения минимального интервала между донациями | Аоғашқы зертханалық зерттеудің нәтижелері бойынша По результатам первичного лабораторного обследования |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

| Қабылдау және жүгінулерді есепке алу Прием и учет обращений Донорлықтан шеттетілгендер Отводы от донации | | | | |
|---|--|--|---------------|---------------|
| Дәрігердің қабылдауында, | Соматикалық аурулар бойынша қабылдауда | Инфекциялық аурулар бойынша қауіп-қатер тобына жатқызу себебінен | Өздігінен бас | Өзге себептер |
| | | | | |

| | | | | |
|---|--|---|---|-----------------------|
| оның ішінде Врачом на приеме, в том числе | На приеме по соматическим заболеваниям | На приеме по причине отнесения к группе риска по инфекционным заболеваниям | тарту себебінен По причине самоотвода | По другим причинам |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|-----------------------|--|--------------------------------------|-----------------------|--|--|-----------------------|--|
| Донацияға жіберілді Допущено к донации | | | | | | | | |
| Донорлардың санаты Категория доноров | | | | | | | | |
| Донацияға жіберілгеннің барлығы Всего допущены к донации | | | Алғашқы донорлар Первичные доноры | | | Қайталап келген донорлар Повторные доноры | | |
| Қанның (крови) | Плазманың (плазмы) | Қ а н жасушалары (клеток крови) | Қанның (крови) | Плазманың (плазмы) | Қан жасушалары (клеток крови) | Қанның (крови) | Плазманың (плазмы) | Қ а н жасушалары (клеток крови) |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|--|---|-----------------------|--|-----------------------|--|---|--|
| Донацияға жіберілді Допущено к донации | | | | | | | | | |
| Донорлардың түрлері (уәждемелері) Вид доноров (по мотивации) | | | | | | | | | |
| Өтеусіз донациялар Безвозмездные донации | | | | | Төлемақылы донациялар Платные донации | | | | |
| Қан орталығында В центре крови | | | Көшпелі жағдайда В выездных условиях | | | | | | |
| Қанның (крови) | Плазманың (плазмы) | Қ а н жасушалары (клеток крови) | Қанның (крови) | Плазманың (плазмы) | Қанның (крови) | Плазманың (плазмы) | Қ а н жасушалары (клеток крови) | Иммундық донорлар Имунные доноры | Изоиммунды донорлар Изоиммунны доноры |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| | | | | | | | | | |

Приложение 85
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А5 форматы
Формат А5

| | |
|---|--|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 407/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 407/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

HLA-типтеу нәтижесі результат HLA-типирования

МҰ (МО) _____

Бөлімше (Отделение) _____

Реципиенттің немесе донордың ТАӘ (ФИО реципиента или донора) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ДНҚ нөмірі (Номер ДНК) _____

Зерттеу материалы (Материал для исследования) _____

Қанды алу күні (Дата забора крови) _____

Қанды қабылдау күні (Дата поступления крови) _____

| HLA- | Нәтижесі (Результат) | Типтеу әдісі (Метод типирования) |
|------|----------------------|----------------------------------|
| A | | |
| B | | |
| Cw | | |
| DRB1 | | |
| DQB1 | | |

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Бөлім меңгерушісінің қолы (Подпись заведующей отделом) _____

Талдау жасау күні (Дата постановки анализа) _____

Приложение 86
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| A4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 411/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 411/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Донор қанын дайындауды есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета заготовки донорской крови

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады
2. Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және ақылы доннациялар үшін бөлек есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады
3. Қан дозасы мен одан алынған компоненттердің сәйкестік нөмірі бірыңғай
4. 7 – 12-бағандары бойынша

1. Заполняется ответственным лицом
2. При большом объеме производства допускается ведение отдельных журналов учета для безвозмездных и платных донаций
3. Доза крови и полученные из нее компоненты имеют одинаковый идентификационный номер

қорытынды шығарылады

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

4. Итог подводится по графам 7 – 12

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

| Реттік № Порядковый № | Донация күні Дата донации | Сәйкестік номері (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО | Rh факторы Rh фактор |
|--------------------------|---------------------------------|---|---|--|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

| Консервант | | Дайындалған жаңа алынған қан Заготовленная кровь цельная | | |
|-----------------------|--------------------------|---|---|--|
| Атауы Наименование | Мөлшері, мл Объем, мл | Консервантсыз, мл Без консерванта, мл | Консервантпен, мл С консервантом, мл | Зертханалық талдауға, мл На лабораторное исследование, мл |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | | |

| Бактериологиялық талдауға, мл Бактериологическое исследование, мл | Өндірістік жарамсыздық (қан контейнерінің ақауы, қан мөлшерінің аздылығы, қан алудың сәтсіздігі) Производственный брак (дефект гемоконтейнера, недостаток объема, неудачность | Өнім қайда жіберілді Куда передан продукт | Эксфузияға байланысты реакциялар Реакции, связанные с эксфузией | Медициналық көмек көрсету Оказание медицинской помощи | Бригада құрамы Состав бригады |
|--|--|--|--|--|----------------------------------|
| | | | | | |

| | забора крови) | | | | | Ескертпе Примечание |
|----|------------------|----|----|----|----|------------------------|
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| | | | | | | |

Приложение 87
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|---|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 411-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 411-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

**Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерінің қозғалысын
есепке алу және жарамсыздыққа шығару
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров
крови**

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

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

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты адам толтырады
2. Қан компоненттерінің дайындау күні 2-бағанда қойылады

1. Заполняется лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию компонентов крови
2. В графе 2 ставится дата заготовки компонентов крови
3. При производстве компонентов крови, не

3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде тиісті бөлімдерге баған қосылады
 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

указанных в журнале добавляется графа в соответствующие разделы
 4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

| Р/с № п/п | Дайындау күні Дата заготовки | Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группы крови по системе АВО | Rh-факторы Rh-фактор | ҚДБ алынған қан компоненттерінің мөлшері (мл/доз) Количество компонентов крови, полученных из ОЗК (мл/доз) | |
|-----------|------------------------------|---|--|---|----------------------|--|--|
| | | | | | | Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

ҚДБ алынған қан компоненттерінің мөлшері (мл/доз)
 Количество компонентов крови, полученных из ОЗК (мл/доз)

| Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная | Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженая | Лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженая лейкофилтрованная | Мұздатылған плазма Плазма замороженная | Жаңа алынған қанның дозасынан калыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови | Жаңа қаннь дозасы қалып Лейкс тромб Тромб вост: лень дозы крови лейко ваннь |
|--|---|---|--|--|--|---|
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------|------------------------------|--|--|---------------------|--|--|
| Берілді Передано | Карантиндеуге На карантин | | | | | |
| Құрамында | | | | Жаңа алынған қанның | | |

| | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|------------------------------------|---|------------------------------------|--|
| эритроцит бар компоненттері (беру күні) Эритроцитсодержащие компоненты (дата выдачи) | Қандай бөлімшеге В какое отделение | Плазма (беру күні) Плазма (дата выдачи) | Қандай бөлімшеге В какое отделение | дозасынан қалыптасқан тромбоциттер (беру күні) Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови (дата выдачи) | Қандай бөлімшеге В какое отделение | Жаңа мұздатылған плазма (күні) Плазма свежемороженная (дата) |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| | | | | | | |

| Жоюға На уничтожение | | | | Өндеуге На переработку | | Ескертпе Примечание |
|--|---------------------------------|--|-----------------|--|---|------------------------|
| Құрамында эритроцит бар компоненттері (күні) Эритроцитсодержащие компоненты | Плазма (күні) Плазма (дата) | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер (күні) Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови (дата) | Акт № № акта | Жаңа мұздатылған плазма (күні) Плазма свежемороженная (дата) | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер (күні) (Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови (дата) | |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| | | | | | | |

Приложение 88
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 412/е нысанды медициналық құжаттама |
| | Медицинская документация |

Донор қаны компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета производства компонентов донорской крови методом плазмацитафереза

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады
2. Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және ақылы доннациялар үшін бөлек есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады
3. Мультикомпонентті донациямен алынған компоненттердің сәйкестік нөмірі бірыңғай
4. 7 – 27, 32-бағандары бойынша қорытынды шығарылады
5. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша баған қолданылуы ықтимал
6. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс

1. Заполняется ответственным лицом
2. При большом объеме производства допускается ведение отдельных журналов учета для безвозмездных и платных донаций
3. При мультикомпонентной донации полученные компоненты имеют одинаковый идентификационный номер
4. Итог подводится по графам 7 – 27, 32
5. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале допускается применение дополнительной графы
6. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

| Реттік № | Донация күні Дата донации | Сәйкестік номері (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0 | R h факторы R h фактор |
|----------|------------------------------|---|---|--|---------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

| Жаңа алынған қанның консервантпен бірге мөлшері, мл Объем цельной крови с консервантом, мл | Талдауға алынған қан, мл | Консервант , мл (CPD, | Қосымша ерігінді, | Реинфузия мөлшері, мл |
|--|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Дискретті плазмаферез | | | | |

| Плазмаферез дискретный | | Аппаратты Аппаратный | | | Кровь на анализы, мл | CPD-A, Цитрат Na 4%) | мл (SAGM , | Объем реинфузии, мл |
|------------------------|----------------------|----------------------|-----------|--------------------|----------------------|----------------------|------------|---------------------|
| 1-реттік 1- кратный | 2-реттік 2-х кратный | Плазмаферез | Цитаферез | Плазма / Цитаферез | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | | | | | |

Алынған қан компонентері (мөлшері / жасушалар саны)
Полученные компоненты крови (объем / число клеток)

| Аферездік плазма (дискретті), мл Плазма аферезная (дискретная), мл | | | | | Тромбоциттер (л / ф, аферездік) Тромбоциты (л / ф, аферезные) | | Эритроциттік (л / ф, аферездік) Эритроцитная (л / ф, аферезная) | |
|---|---|------------------|--------------------------------|--------------------------|--|---------------------------|--|--------------------------|
| Жаңа мұздатылған замороженная | Жаңа мұздатылған лейкофилтрленген Свежезамороженная лейкофилтрованная | Иммунды Иммунная | Антиденелер титрі Титр антител | Мұздатылған Замороженная | Жасушалар саны, x1011 Число клеток, x1011 | Мөлшері , мл Объем, мл | Массасы , мл Масса, мл | Жүзін , мл Взвес , мл |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| | | | | | | | | |

| Өндірістік жарамсыздық Производственный брак | | Трансфузиядан кейінгі реакция Посттрансфузионная реакция | Медициналық көмек көрсету Оказание медицинской помощи | Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передана продукция (название отделения) | | Ескертпе Примечание |
|---|--|---|--|--|------------------------------------|------------------------|
| Мөлшері / Саны Объем / Количество | Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака | | | Бөлімшенің атауы название отделения | Сапа бақылауы Контроль качества | |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 |
| | | | | | | |

Приложение 89
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|---|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 412-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 412-1/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года №907 |

Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсыздыққа шығару

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и клеток

20__ жылғы(года)

"__" _____ басталды (начато)

20__ жылғы(года)

"__" _____ аяқталды (окончено)

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлға толтырады.
2. 6-26-бағандары бойынша әр күннің соңында нәтиже шығарылады.
3. 7-9-бағандардың сомасы 13-24-бағандардың сомасына тең болуы тиіс.
4. 10-15-бағандардың сомасы 21-26-бағандардың сомасына тең болуы тиіс.
5. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады
6. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

1. Заполняется лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию крови и ее компонентов.
2. В конце каждого дня подводится итог по графам 6-26.
3. Сумма граф 7-9 должна равняться сумме граф 10-26.
4. Сумма граф 10-15 должна равняться сумме граф 21-26.
5. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале добавляется в соответствующие разделы.
6. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

| | | | | | |
|------------------|----------------------------------|--|---|----------------------------|----------------------------|
| Р/с № / № п/п | Дайындау күні Дата выбраковки | Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика- ционный номер(марка, штрих-код и др.) | АВО жүйесі бойынша кан тобы Группа крови по системе АВО | Rh-факторы Резус фактор | Донордың ТАӘ ФИО донора |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| ҚДБ алынған компоненттің саны (мл/доз) Количество компонентов, полученных из ОЗК | | | Салыстырмалы жарамсыздық Относительный брак | | |
| Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная | Антистафилакокк плазмасы Антистафилококковая плазма | Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные | Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная | Аферездік, иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, иммунная | Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| Карантиндеуге берілді Передано на карантинизацию (мл/доз) | | Өнімді беру бөлімшесіне берілді Передано в отделение выдачи продукции (мл/доз) | | |
| Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная | Аферездік, иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, иммунная | Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная | Аферездік, иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, иммунная | Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

| Өндеуге жіберілді На переработку (мл/доз) | | | Жоюға жіберілді На уничтожение (мл/доз) | | |
|---|---|--|---|---|--|
| Аферездік, жана мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная | Аферездік, иммундық, жана мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, иммунная | Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные | Аферездік. жана мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная | Аферездік, иммундық, жана мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, иммунная | Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| | | | | | |

Приложение 90
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 413/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета производства компонентов донорской крови

20 ____ жылғы (года)
 " ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)
 " ____ " _____ аяқталды (окончено)

Жауапты адам толтырады

Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және ақылы доннациядан алынған компоненттерге бөлек есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады
 Қан дозасы мен одан алынған компоненттердің сәйкестік нөмірі бірыңғай
 6 – 20, 22, 25, 26-бағандары бойынша қорытынды шығарылады

Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша баған қолданылуы ықтимал

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

* – "ерекше клиникалық көрсетілім" жағдайына нұсқайды

Заполняется ответственным лицом

При большом объеме производства допускается ведение отдельных журналов учета для компонентов, полученных от безвозмездных и платных донаций

Доза крови и полученные из нее компоненты имеют одинаковый идентификационный номер

Итог подводится по графам 6 – 20, 22, 25, 26

При производстве компонентов крови, не указанных в журнале

допускается применение дополнительной графы

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

* – указывает на "особые клинические показания"

| Реттік № Порядковый № | Күні Дата | Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови п о системе АВО | Rh факторы Rh фактор | Консервантпен тұрақтандырылған жаңа алынған қаннан алынған компоненттер (мл/доза) Компоненты, полученные из крови цельной, стабилизированной консервантом (мл/доза) | | |
|--------------------------|--------------|--|--|-------------------------|--|---|---|
| | | | | | Лейкофилтрленген жаңа алынған қан* Цельная кровь* лейкофилтрованная | Плазма Плазма Жаңа мұздатылған Свежезамороженная | Лейкофиль жаңа мұздатылған Свежезамо лейкофиль |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

| | |
|------------------|---|
| Плазма Плазма | Эритроциттер (эритроциттік масса - болған жағдайда (бұдан әрі - ЭМ), лейкоциттік-тромбоциттік қабат - болған жағдайда (бұдан әрі – ЛТҚ) / лейкоциттік масса - болған жағдайда (бұдан әрі - ЛМ), эритроциттік жүзінді - болған жағдайда (бұдан әрі - ЭЖ) Эритроциты (эритроцитная масса – при наличии (далее – ЭМ), лейкоциттарный слой – при наличии (далее – ЛТС / лейкоцитная масса – при наличии (далее – |
|------------------|---|

| | | | ЛМ), Эритроцитная взвесь – при наличии (далее – ЭВ) | | |
|-----------------------------|--|---|---|---|------------|
| Мұздатылған Замороженная | Иммундық жаңа мұздатылған Свежезамороженная иммунная | Лейкофилтрленген иммундық жаңа мұздатылған Свежезамороженная иммунная лейкофилтрованная | ЭМ | ЛМ алынған ЭМ ЭМ с удаленным ЛМ | ЛТҚ ЛТС |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | | |

| Консервантпен тұрақтандырылған жаңа алынған қаннан алынған компоненттер (мл/доза) Компоненты, полученные из крови цельной, стабилизированной консервантом (мл/доза) | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| Эритроциттер (ЭМ, ЛТҚ/ЛМ, ЭЖ) Эритроциты (ЭМ, ЛТС/ЛМ, ЭВ) | | | | Тромбоциттер Тромбоциты | |
| Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | ЛТҚ алынған эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь с удаленным ЛТС | Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная | Жаңа алынған қан дозасынан калыптасқан Восстановленные из дозы ЦК | Жаңа алынған қан дозасынан калыптасқан лейкофилтрленген Восстановленные из дозы ЦК лейкофилтрованные |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | |

| Өндірістік жарамсыздық Производственный брак | | | Өнім қайда жіберілді Куда передана продукция | | | Ескертпе Примечание |
|--|--|---|---|--|--|------------------------|
| Қан компонентінің атауы Наименование компонента крови | Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза) | Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака | Бөлімше атауы Название отделения | Бактериологиялық зерттеу Бактериальное исследование | Сапа бақылауы Контроль качества | |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| | | | | | | |

Приложение 91
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|---|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 413-1/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Донор қанының жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы

Журнал

учета производства клеточных компонентов донорской крови

20__ жылғы (года)

20__ жылғы (года)

"__" _____ басталды (начато)

"__" _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады

2. 8 – 24 және 26-бағандары

бойынша қорытынды шығарылады

3. Журналда көрсетілмеген қан

компоненттерін өндіру кезінде

қосымша баған қолданылуы
ықтимал

4. Журнал беттері нөмірленуі,

тігілуі, мөрмен және ұйым

басшысының қолымен бекітілуі
тиіс

5. * – "ерекше клиникалық
көрсетілім" жағдайына нұсқайды

1. Заполняется ответственным лицом

2. Итог подводится по графам 8 – 24 и 26

3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале

4. допускается применение дополнительной графы

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

6. * – указывает на "особые клинические показания"

| | | | | |
|----------|---|------------------------------|--------------------|--|
| Реттік № | Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы | Донордың тегі, аты, әкесінің | АВО жүйесі бойынша | |
|----------|---|------------------------------|--------------------|--|

| Порядковый № Реттік № Порядковый № | Күні Дата | басқасы) Идентифика- ционный номер (марка, штрих-код и др.) | аты Фамилия, имя, отчество донора | қан тобы Группа крови по системе AB0 | Rh факторы Rh фактор |
|--|--------------|--|---|---|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

| Қан компоненті кайдан кабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения) | Қан* және оның жасуша компоненттері өндірілді (мл/доза) Произведено крови* и ее клеточных компонентов (мл/доза) | | | | | |
|--|--|---|----|---|---|--|
| | Емшараға дейінгі мөлшері Объем до процедуры | Эритроциттер (жаңа алынған қан*) Эритроциты (кровь цельная*) | | Жуылған эритроциттер (лейкофилтрленген) Эритроциты отмытые (лейкофилтрованные) | Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная м а с с а лейкофилтрованная | Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная |
| Лейкофилтрленген жаңа алынған қан* Кровь цельная* лейкофилтрованная | | | | | | |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | | | |

| Қан* және оның жасуша компоненттері өндірілді (мл/доза) Произведено крови* и ее клеточных компонентов (мл/доза) | | | | | | |
|--|---|---|----|--|---|--|
| ЛТК ЛТС | Рәсімге дейінгі мөлшері Объем до процедуры | Тромбоциттер Тромбоциты | | Жаңа алынған қан дозасынан калыптасқан, біріктірілген Восстановленные из дозы ЦК, пулированные | Вирустазартылған Вирусинактивированные | Лейкофилтрленген вирустазартылған Лейкофилтрованные вирусинактивированные |
| | | Жаңа алынған қан дозасынан калыптасқан Восстанов- ленные из дозы ЦК | | | | |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | | | | | | |

| Өндірістік жарамсыздық Производственный брак | | | Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передана продукция (название отделения) | Ескертпе Примечание |
|---|--|---|---|------------------------|
| Қан компонентінің атауы Наименование компонента крови | Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза) | Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака | | |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| | | | | |

Приложение 92
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|--|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-2/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 413-2/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

**Донор плазмасынан криопреципитатты өндіруді есепке алу
журналы
Журнал
учета производства криопреципитата из донорской плазмы**

| | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| | | | | | | | | |

Приложение 93
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|---|--|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 415/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 415/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

**Уақытша оқшауланған сақталудағы қан компоненттерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации компонентов крови, находящихся на временном
изолированном хранении**

| | |
|---|---|
| 20 ____ жылғы(года) " ____ " _____ басталды (начато) | 20 ____ жылғы(года) " ____ " _____ аяқталды (окончено) |
| 1. Қан компоненттерін уақытша сақтау, жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлға толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс | 1. Заполняется лицом, ответственным за временное хранение, выбраковку и паспортизацию компонентов крови 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации |

| | | | | | |
|-----|--|----------|----------|-----------------------------------|---|
| P/c | Сәйкестендіру нөмірі (танбасы, штрих-коды | Дайындау | Тестілеу | Уақытша оқшаулауға салынған | Кешіктірілген компоненттерінің мөлшері, мл. Количество |
|-----|--|----------|----------|-----------------------------------|---|

| № п/п | Донордың ТАӘ ФИО донора | және басқа) Идентифика- ционный номер (марка, штрих-код и др.) | күні Дата заготовки | күні Дата тестирования | күн Дата закладки на временное изолированное | задержанных компонентов мл. | |
|----------|-------------------------------|---|---------------------------|------------------------------|--|---|---|
| | | | | | | Эритроциттік масса Эритроцитная масса, | эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

| Кешіктірілген компоненттерінің мөлшері, мл. Количество задержанных компонентов в мл. | | | Кешіктірудің себебі Причина задержки |
|---|---|--|---|
| Карантиндеуден жана мұздатылған плазма плазма свежезамороженная из карантинизации, | Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная | Жаңа алынған канның дозасынан калыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови | |
| 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | |

| Зерттеудің түпкілікті нәтижесі, күні Окончательный результат исследования, дата | Компонент қайда жіберілді (кәдеге жаратуға, препараттарға) Куда передан компонент (на утилизацию, на препараты) | Берілген күні Дата передачи | Есептен шығару актісінің нөмірі Номер акта списания | Есептен шығару күні Дата списания |
|---|---|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| | | | | |

Приложение 94
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

A4 форматы

| Өнім берілген өнімнің саны Количество заявленной продукции | Жіберілген өнімнің көлемі Количество отпущенной продукции | Жіберілген уақыты Время отправления | Орындаушының тегі, қолы Фамилия исполнителя, роспись | Ескертпе Примечание |
|---|--|--|---|------------------------|
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | |

Приложение 95
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 418/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 418/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Қанды және оның компоненттерін жарамсыздығы бойынша есептен шығаруды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации списания крови и ее компонентов по браку

20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығаруға, паспорттауға жауапты адам толтырады
2. 6-29-бағандар бойынша қорытынды күнде шығарылады
3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін

1. Заполняется ответственным лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию компонентов крови
2. Ежедневно подводится итог по графам 6-29
3. При производстве компонентов крови,

өндiргенде тиiстi бөлiмшелерге баған қосылады
 4. Журнал беттерi нөмiрленуi, тiгiлуi, ұйым
 басшысының мөрiмен және қолымен бекiтiлуi тиiс

не указанных в журнале, добавляется
 графа в соответствующие разделы
 4. Страницы должны быть пронумерованы,
 прошнурованы, скреплены печатью и
 подписью руководителя организации

| Р/с № п/п | Донордың Т.А.Ә. ФИО донора | Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика- ционный номер (марка, штрих-код и др.) | Дайындау күні Дата заготовки | Тестілеу күні Дата тестирования |
|--------------|----------------------------------|--|---------------------------------|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |

Себептер бойынша есептен шығару саны (мл/доз)

Количество списания (мл/доз) по причине

| АИТВ 1,2 ВИЧ 1,2 | | | | HBsAg | | |
|--|---|--|--|--|---|--|
| Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови | Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороже |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | |

| | | Себептер бойынша есептен шығарудың саны (мл/доз.) Количество списания (мл/доз) по причине | | | |
|---------------------|--|--|--|---------------------|---|
| | | Lues | | | |
| Жаңа мұздатылған | Жаңа алынған қанның дозасынан | | | Жаңа мұздатылған | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|---------------------------------------|--|
| плазма Плазма свежезамороженная | калыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови | Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | плазма Плазма свежезамороженная | тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | | | | | |

| Себептер бойынша есептен шығарудың саны (мл/доз.) Количество списания (мл/доз) по причине | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| ПТР ПЦР | | | | Басқа себептер Другие причины | |
| Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная | Жаңа алынған қанның дозасынан калыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови | Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| | | | | | |

| Себептер бойынша есептен шығарудың саны (мл/доз.) Количество списания (мл/доз) по причине | | | | Компонент қайда жіберілді Куда направлен компонент | Жауапты адамның қолы Подпись ответствен- ного лица |
|--|--|--|--|---|---|
| Басқа себептер Другие причины | | | | | |
| Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная | Жаңа алынған қанның дозасынан калыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови | Есептен шығару актісінің нөмірі Номер акта списания | Есептен шығару күні Дата списания | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|
| 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 |
| | | | | | |

Приложение 96
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|---|--|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 422/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

**Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке
алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета выдачи крови и клеточных компонентов - эритроцитов**

20 ____ жылғы(года)
" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы(года)
" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады
2. Әр баған бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады
3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады.
4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта

1. Заполняется ответственным лицом
2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации
3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы
4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

болуы мүмкін

5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

| Р/с №№ п/п | Күні Дата | Жөнелтпе құжаттың № накладной | Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0 | Rh-факторы Rh-фактор | Сәйкестендіру нөмірі (танбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | Дайындау күні Дата заготовки |
|------------|-----------|-------------------------------|---|--|-------------------------|---|---------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

| Лейкофилтрленген жаңа алынған қан Кровь цельная лейкофилтрованная | Ауыстырып құюға арналған, лейкофилтрленген жаңа алынған қан Кровь цельная лейкофилтрованная , для обменного переливания | Эритроциттік масса Эритроцитная масса, | Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная | Эритроциттік жүзіндіс Эритроцитная взвесь | Лейкофилтрленген эритроциттік жүзіндіс Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная |
|--|--|---|---|--|---|
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | | |

| Дейкофилтрленген, жуылған эритроциттер Эритроциты отмытые лейкофилтрованные | Лейкофилтрленген, сәулеленген, жуылған эритроциттер Эритроциты отмытые лейкофилтрованные , облученные | Лейкофилтрленген, сәулеленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная , облученные | Жуылған эритроциттер Эритроциты отмытые | Сәулеленген, жуылған эритроциттер Эритроциты отмытые, облученные | Аферездік эритроциттер Эритроциты аферезные | Афер лейко эритроциттер Эритроциты афере лейко |
|--|--|---|--|---|--|---|
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| | | | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| | | | | |
| Аферездік, лейкофилтрленген, сәуленген эритроциттер Эритроциты аферезные лейкофилтрованные, облученные | Қалыптасқан, ерітілген эритроциттер Эритроциты размороженные, восстановленные | Нәрестелер мен сәбилерге ЛТҚ алынған эритроциттік масса (аз көлемі) Эритроцитная масса с удаленным ЛТС для переливания новорожденным и младенцам (малые объемы) | Нәрестелер мен сәбилерге ЛТҚ алынған, сәуленген эритроциттік масса (аз көлемі) Эритроцитная масса с удаленным ЛТС для переливания новорожденным и младенцам (малые объемы), облученные | Нәрестелер мен сәбилерге ЛТҚ алынған, лейкофилтрленген эритроциттік масса (аз көлемі) Эритроцитная масса лейкофилтрованная для переливания новорожденным и младенцам (малые объемы) |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| | | | | |

Приложение 97
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|---|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 423/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 423/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және каналмастырғылардың өнімді беру бөлімшесі бойынша қозғалысын есепке алу ведомосы

Ведомость

учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции 20 ____ жылғы (год) "
_____ " _____ үшін (за)

1. Жауапты адам толтырады
2. Ведомоста көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады
3. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін

1. Заполняется ответственным лицом
2. При производстве продуктов крови, не указанных в ведомости, добавляется графа в соответствующие разделы
3. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

| Р/с № п/п | Ортаның атауы Наименование сред | Өлшем бірлігі Единица измерения | К ү н басындағы қалдық Остаток на начало дня | Кіріс Приход | | |
|-----------|--|------------------------------------|---|--------------------------------------|----------------------------|---|
| | | | | Алынғанның барлығы Всего получено | Оның ішінде В том числе | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Жаңа алынған лейкофилтрленген қан Кровь цельная лейкофилтрованная | мл/доз | | | | |
| 2 | Эритроциттік масса Эритроцитная масса | мл/доз | | | | |
| 3 | Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная | мл/доз | | | | |
| 4 | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | мл/доз | | | | |
| 5 | Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная | мл/доз | | | | |
| 6 | Жуылған эритроциттер Отмытые эритроциты | мл/доз | | | | |
| | Жуылған, лейкофилтрленген эритроциттер | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--------|--|--|--|--|
| 7 | Отмытые эритроциты лейкофильтрованные | мл/доз | | | | |
| 8 | Лейкоциттік масса Лейкоцитная масса | мл/доз | | | | |
| 9 | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови | мл/доз | | | | |
| 10 | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан, лейкофильтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови лейкофильтрованные | мл/доз | | | | |
| 11 | Аферездік, лейкофильтрленген тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофильтрованные | мл/доз | | | | |
| 12 | Аферездік, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты аферезные вирусиактивированные | мл/доз | | | | |
| 13 | Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофильтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофильтрованные | мл/доз | | | | |
| 14 | Қалыптасқан, біріктірілген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, вирусиактивированные | мл/доз | | | | |
| 15 | Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофильтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофильтрованные вирусиактивированные | мл/доз | | | | |
| 16 | Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженая | мл/доз | | | | |
| 17 | Плазма свежемороженая карантинизированная | мл/доз | | | | |
| 18 | Лейкофильтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженая лейкофильтрованная | мл/доз | | | | |
| 19 | Карантинделген, лейкофильтрленген плазма Плазма карантинизированная лейкофильтрованная | мл/доз | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--------|--|--|--|--|
| 20 | Иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженая иммунная | мл/доз | | | | |
| 21 | Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженая аферезная | мл/доз | | | | |
| 22 | Аферездік, карантинделген, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженая аферезная, карантинизированная | мл/доз | | | | |
| 23 | Аферездік, лейкофилтрленген, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженая аферезная, лейкофилтрованная | мл/доз | | | | |
| 24 | Аферездік, вирустартылған, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженая аферезная, вирусинактивированная | мл/доз | | | | |
| 25 | Криопреципитат | доз | | | | |
| 26 | Карантинделген криопреципитат Криопреципитат карантинизированные | доз | | | | |
| 27 | 5 % Аальбумин | мл/доз | | | | |
| 28 | 10 % альбумин | мл/доз | | | | |
| 29 | 20 % альбумин | мл/доз | | | | |
| 30 | Адамның қалыпты иммуноглобулинi Имуноглобулин человека нормальный | мл/доз | | | | |
| 31 | Антистафилакокк иммуноглобулинi Антистафилококковый иммуноглобулин | мл/доз | | | | |
| 32 | Антирезус иммуноглобулинi Имуноглобулин антирезус | мл/доз | | | | |
| 33 | Қан тобын анықтауға (ABO) арналған стандартты сарысу (гемосарысулар) Стандартная сыворотка для определения группы крови (ABO) (гемосыворотки) | мл | | | | |
| 34 | Резус-факторды анықтауға арналған стандартты сарысу (эмбебап реагент) Стандартная сыворотка для определения резус фактора (универсальный реагент) | мл | | | | |
| 35 | Полиглюкин - 33 % | мл | | | | |
| 36 | Цоликлондар Цоликлоны | мл | | | | |
| 37 | Желатин - 10 % - 10 мл | мл | | | | |
| | Фибрин желімі | | | | | |

Донорлардың зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы

Журнал регистрации образцов крови доноров, поступивших для лабораторных исследований

20__ жылғы (года)

"__" _____ басталды (начато)

1. Журналды қанды тестілеу зертханасында және трансфузиялық инфекциясы зертханасында тіркеуші толтырады
2. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін

20__ жылғы (года)

"__" _____ аяқталды (окончено)

1. Журнал заполняется регистратором в лаборатории тестирования крови и в лаборатории трансфузионных инфекций
2. Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

| Материалдың келіп түскен күні Дата поступления образцов | ____ бастап ____ дейінгі зертханалық нөмір Лабораторный номер с ____ по _____ | КОДЫ КОД | Код бойынша үлгілердің саны Количество образцов по кодам | Үлгілер жеткізілген бөлімшелер Отделение, откуда доставлены образцы | Ескертпе Примечание |
|--|--|-------------|---|--|------------------------|
| 1 | 2 | 4 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | |

Приложение 99
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|---|
| | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы |

| | |
|---|---|
| Республики Казахстан | № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-3/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 425-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

**МҰ түскен қанның иммуногематологиялық зерттеуінің нәтижелерін
тіркеу
журналы
Журнал
регистрации результатов иммуногематологических исследований
крови, поступившей из МО**

20 ____ жылғы(года)

20 ____ жылғы(года)

" ____ " _____ басталды (начато)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

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

| Р/с № п/п | Түскен күні Дата поступления | Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного | Жасы Возраст | МҰ атауы Наименование МО | Диагнозы Диагноз | Түскен кездегі қан тобы Группа крови при поступлении |
|-----------------|------------------------------------|---|-----------------|--------------------------------|---------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

| Түскен кездегі қан тобы Группа крови при поступлении | Резус тиістілігі Резус принадлежность при поступлении | Талдаулардың атауы мен нәтижесі Наименование анализа и результат | | | | |
|---|--|---|--|---|--|------------------------|
| | | Қан тобы Группа крови | Резус тиістілігі Резус принадлежность (фенотип) | Антидененің болуы (титрі) Наличие антител (титр) | Жауапты адамның қолы Подпись ответственного | Ескертпе Примечание |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

Приложение 100
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|---|
| | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-4/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 425-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындау журналы Журнал изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

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

| | | | | | | | |
|------------------|-----------------------|---|--------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Сериясы Серия | Дайындау күні Дата | Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика- | Қайдан келіп түсті | ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа | Фенотипі Фенотип | Агглютина-бельдігі Агглютина- | A,B агглютиногендерінің титрі |
|------------------|-----------------------|---|--------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|

| | изготов- ления | ционный номер (марка, штрих-код и др.) | Откуда получено | крови по системе AB0 | | бельность | Титр аглотино- генов: А,В |
|---|-------------------|--|--------------------|----------------------------|---|-----------|---------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

| Қан (эритроциттік масса және т.б) көлемі-мл Объем крови эритроцитной массы и т.д) - мл | | | (Консервант | | Дайындалған стандартты (консервіленген) эритроциттер | | Ескертпе | Жауапты адамның колы |
|---|---|-------------------|------------------|---------------------------------|--|--|------------|-----------------------------------|
| Жалпы Общий | Пайда- ланған Используй- - ванной | Калдық Остаток | Сериясы Серия | Колемі - мл Объем - мл | Колемі -мл Объем - мл | Жарамдылық мерзімі Срок годности | Примечание | Подпись ответственного лица |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| | | | | | | | | |

Приложение 101
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|---|---|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-5/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 425-5/у утверждена приказом и. о. Министра |

**Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін
тіркеу
журналы
Журнал
регистрации результатов иммуногематологических
исследований донорской крови**

20__ жылғы(года)

"__" _____ басталды (начато)

20__ жылғы(года)

"__" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды тегін және ақылы донорларға бөлек зертхананың жауапты адамы толтырады
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

1. Журнал заполняется ответственным лицом в лаборатории отдельно на безвозмездных и платных доноров
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

| P/c № п/п | Донордың ТАӘ ФИО донора | Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және баска) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO | Резус жүйесі бойынша антигендер фенотипі Фенотип антигенов по системе резус | | | | | |
|-----------------|-------------------------------|--|--|--|---|---|---|---|----|
| | | | | D | d | C | c | E | e |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | |

| Эритроциттердің басқа антигендері Другие антигены эритроцитов Kell | Антиденелердің болуы Наличие антител (титр) | Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица | Ескертпе Примечание |
|--|---|---|------------------------|
| | Rh-Hr | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | |

к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 31 июля 2012 года № 514
 Приложение 7
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан от 23 ноября 2010
 года № 907

Форма
 А4 форматы
 Формат А4

| | |
|--|--|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-6/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 425-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Жеке және арнайы іріктелген донор қанын тіркеу журналы
Журнал регистрации индивидуального и специального подбора
донорской крови

20 ____ жылғы (года)

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

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

| Р/с № п/п | Күні Дата | Реципиент | | | | |
|-----------------|--------------|------------|----------|---|---|--|
| | | ТАӘ ФИО | Диагнозы | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО | Резус жүйесі бойынша фенотипі Фенотип системы резус | Басқа антигендері Другие антигены |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | |
|------------|---|---|---|
| Донор | | | |
| ТАӘ ФИО | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0 | Резус жүйесі бойынша фенотипі Фенотип системы резус | Басқа антигендері Другие антигены |
| 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| Реципиент қанын аллоиммундық эритроцитке қарсы антиденелердің бар-жоқтығына зерттеу Исследование крови реципиента на наличие аллоиммунных антиэритроцитарных антител | | | | | |
| АВО жүйесінің антиденелері Антитела системы АВ0 | | Резус жүйесінің антиденелері Антитела системы резус | | C ₃ компонентінің компоненті Компонент комплемента C ₃ | |
| әдістері методы | | әдістері методы | | әдістері методы | |
| Жазықтықта 10% унитиол колдану Использование 10% унитиола на плоскости | Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации | НАГТ немесе 10% желатинді колдану НАГТ и л и использование 10% желатини | Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации | НАГТ | Автоматтанды - рылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизиро - ванный метод колонной или гелевой агглютинации |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| | | | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Реципиент пен донор қанының сәйкестігін тексеру Проба на совместимость крови реципиента и донора | | | |
|---|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|---|---|--|-------------------------|---|---|
| Резус жүйесінің сәйкестігі Совместимость по системе резус | | АВО жүйесінің сәйкестігі Совместимость по системе АВО. | | | | |
| әдістері методы | | әдістері методы | | | | |
| НАГТ немесе 10% желатинді қолдану НАГТ или использование 10% желатины | Автоматтан-дырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации | Тұзды ортада В солевой среде | Автоматтан ырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации | Қорытынды Заключение | Трансфузиялық орта аты Наименование трансфузионной среды | Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| | | | | | | |

Приложение 103
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А3 форматы
Формат А3

| | |
|--|---|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 426/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 426/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|------------------------------------|------|--|------|---------------------|------------------------------|------|--|
| Карантинделген карантинизированная | доза | Аферездік, карантинделген Аферезная, карантинизированная | доза | Иммундық / иммунная | Супернатантты Супернатантная | доза | Супернатантты, вирустазартылған Супернатантная, вирусиактивированная |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| | | | | | | | |

Жасушалық компоненттер (мл/доза)
Клеточные компоненты (мл/доз)

| | | | | | |
|---|---|---|------|--|------|
| Карантинделген криопреципитат Крипреципитат карантинизированный | Вирустазартылған криопреципитат Криопреципитат вирусиактивированный | Эритроциттік масса Эритроцитарная масса | доза | Лейкофилтрленген эр. масса Эр. масса лейкофилтрованная | доза |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| | | | | | |

Нысанның артқы беті
Разворот формы

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|------|---|------|---|------|---|
| Беру күні Дата выдачи | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | доза | Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитарная взвесь лейкофилтрованная | доза | Жуылған эритроциттер (мл) Отмытые эритроциты (мл) | доза | Лейкофилтрленген, жуылған эритроциттер Эритроциты отмытые лейкофилтрованная |
| 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------|-------------------------------------|------|---|------|--|------|---|------|
| доза | Лейкоциттік масса Лейкоцитная масса | доза | Вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты вирусиактивированные | доза | Аферездік, лейкофилтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты аферезные, лейкофилтрованные, вирусиакти | доза | Аферездік, лейкофилтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты аферезные, лейкофилтрованные, | доза |
|------|-------------------------------------|------|---|------|--|------|---|------|

| | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|------------|----|----------------------------|----|
| | | | | | вированные | | вирусинакти- вированные | |
| 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 |
| | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|------|---|------|---|------|
| Біріктірілген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты пулированные, вирусинактивированные | доза | Біріктірілген, лейкофилтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты пулированные, лейкофилтрованные, вирусинактивированные | доза | Фибрин желімі – 12 мл Фибриновый клей – 12мл | доза |
| 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 |
| | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------|--------|-------------------------|--------|--|--------|--|--------|
| Альбумин 5% - 200 мл | флакон | Альбумин 10% - 20 мл | флакон | Альбумин 10% - 50 мл ерітіндісі (раствор) | флакон | Альбумин 10%- 100 мл ерітіндісі (раствор) | флакон |
| 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|--------|---|--|----|----|
| Альбумин 10% - 200 мл ерітіндісі (раствор) | флакон | Антистафилакокк иммуноглобулин (доза) Антистафилококковый иммуноглобулин (доз) | Антирезус иммуноглобулин (доза) Иммуноглобулин антирезус (доз) | | |
| 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 |
| | | | | | |

Приложение 104
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| II - реакция | | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Қою күні Дата постановки | Тест-жүйенің атауы Название тест-системы | Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ) | Көрсеткіштер Показатели | Нәтиже Результат |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | |

| III - реакция | | | | | Соңғы қорытынды Окончательный результат | Ескертпе Примечание |
|--------------------------------|---|--------------------------------------|----------------------------|---------------------|--|------------------------|
| Қою күні Дата постановки | Тест- жүйенің атауы Название тест-системы | Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ) | Көрсеткіштер Показатели | Нәтиже результат | | |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| | | | | | | |

Приложение 105
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|---|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-2/ е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 433-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Трансфузиялық инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы

Журнал регистрации платных услуг лаборатории трансфузионных инфекций

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекция зертханасының жауапты адамы толтырады.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории трансфузионных инфекций
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

| Р/с № п/п | Зертханалық нөмірі Лабораторный номер | ТАӘ ФИО | Штрих-коды Штрих-код | Туған жылы Год рождения | Мекенжайы Адрес | Жасау күні Дата постановки |
|-----------|--|------------|-------------------------|----------------------------|--------------------|-------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

| Зерттеу нәтижесі Результаты исследований | | | | Ескертпе Примечание | Қолы Подпись |
|---|-------|-----|------------------|------------------------|-----------------|
| HIV 1.2 | HBsAg | HCV | Мерез Сифилис | | |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | | |

Приложение 106
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

КҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің міндетін
атқарушының
2010 жылғы "23" қарашадағы № 907
бұйрығымен бекітілген
№ 433-4/е нысанды медициналық
күжаттама
Медицинская документация
Форма № 433-4/у
утверждена приказом и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан "23" ноября 2010
года № 907

Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы

Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции

20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
3. Журналды электрондық және қағаз түрінде де жүргізуге болады

1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории трансфузионных инфекций
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
3. Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.

| Р/с № п/п | Зертханалық нөмірі Лабораторный номер | Қызметкердің ТАӘ ФИО сотрудника | Штрих коды Штрих- код | Туған жылы Год рождения | Бөлімше Отделение | Жасау күні Дата поста- новки |
|-----------------|--|--|--------------------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|----------|--|------|
| Тестілеу нәтижелері Результаты тестирования | | | | | | |
| АИТВ | | | | Ескертпе | | Қолы |

| ВИЧ | ВГВ | ВГС | Мерез Сифилис | Примечание | Подпись |
|-----|-----|-----|------------------|------------|---------|
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | | |

Приложение 107
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|--|
| | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 436/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 436/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года №907 |

Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу

Ж У Р Н А Л Ы

Ж У Р Н А Л

регистрации результатов контроля качества компонентов крови

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

1. Сапаны бақылау бөлімшесінде (СББ) немесе өнімнің сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Ведется в отделении контроля качества (ОКК) или лицами, на которых возложен контроль качества продукции
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | |
|-------------------------|--|------------------------|
| Қорытынды Заключение | Бақылау жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего контроль | Ескертпе Примечание |
| 26 | 27 | 28 |
| | | |

Приложение 108
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 437/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 437/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Қан компоненттері мен препараттарын өндіруге арналған негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарға кіріс бақылау жүргізу журналы
Журнал
входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови

20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ басталды (начато)

1. Шикізат түсу барысында сапаны

20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Заполняется отделением контроля качества

бақылау бөлімшесі (СББ) толтырылады.

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

(ОКК) по мере поступления сырья.

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

| Р/с № п/п | Күні Дата | | Өнім беруші Поставщик | Түскен материалдардың атауы, өндіруші ұйымы Наименование поступивших материалов, организация-изготовитель | Сериясының немесе партияның №, № серии или партии |
|-----------------|---------------------------------|--|--------------------------|--|--|
| | ҚО-ға түсуі Поступления в ЦК | СББ ұсыну, кіріс бақылау өкілінің ТАӨ Предъявления ОКК, ФИО представителя входного контроля | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

| Сериясының немесе партияның №, № серии или партии | Жарамдылық мерзімі Срок годности | Сыртқы түрі Внешний вид | Қаптамасы Упаковка | Таңбасы Маркировка | Төлқұжаттың немесе сертификаттың болуы Наличие паспорта или сертификата |
|--|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | | | |

| Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования | | СББ қорытындысы, күні Заключение ОКК, дата | Өндірісте пайдалану үшін рұқсаттың беру күні Дата выдачи разрешения для использования в производстве | СББ жауапты тұлғаның қолы Подпись ответственного лица ОКК | Қойма менгерушісінің ТАӨ және қолы ФИО и подпись заведующего складом |
|---|-------------------------------------|--|---|--|---|
| Зертхана атауы | Сынамаларды жинақтау және үлгілерді | | | | Зерттеу нәтижелері |

| Наименование лабораторий | зертханаға беру күні Дата отбора проб и передачи образцов в лабораторию | Саны Количество | (акт №, қорытынды) Результаты исследований (№ акта, заключение) | | | | |
|--------------------------|--|--------------------|---|----|----|----|----|
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| | | | | | | | |

Приложение 109
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405-3/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 405-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Қанды жеке және арнайы іріктеуге

ЖОЛДАМА

НАПРАВЛЕНИЕ

на индивидуальный и специальный подбор крови

1. ТАӘ (Ф И О) _____
2. Туған күні (Дата рождения) _____
3. АВО жүйесі (Группа крови по системе АВО) _____
4. Резус-тиістілігі (Резус принадлежность) _____
5. Диагнозы (Диагноз) _____
6. Қанды жеке іріктеу қажеттілігі неден туындады (Чем вызвана

необходимость индивидуального подбора крови)

7. Бұрын қанның трансфузиясы жүргізілді ме (Проводились ли раньше трансфузии крови) _____

(оның күні мен ағымын көрсетіңіз/указать даты и как они протекали)

8. Реципиентте гемолиттік ауруы бар балалар туылды ма (ауыр түрде сары ауру, туа біткен эмбебаб ісік т.б.)

(Рождались ли дети у реципиента с гемолитической болезнью (тяжелая желтуха, врожденный универсальный отек, прочее) _____

9. Сыртартпада неше рет жүкті болды, түсік тастау болда ма (Сколько в анамнезе беременностей, были ли выкидыши) _____

10. Қажетті трансфузиологиялық ортаның мөлшері, болжамды трансфузия күні (Количество требуемой трансфузионной среды и ориентировочная дата трансфузии)

11. Емдеуші дәрігердің ТАӘ (ФИО лечащего врача) _____

12. Емдеуші дәрігердің телефоны (Телефон лечащего врача) _____

13. Қанды жеке дара іріктеуге жіберген күні
(Дата направления крови для подбора)

Приложение 110
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-4/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 410-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

**HLA-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау
нәтижесін тіркеу**

журналы

Журнал

**регистрации результатов определения HLA-антител серологическим
и ИФА методами**

20___ жылғы (года)
"___" _____ басталды (начато)

20___ жылғы (года)
"___" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

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

| Р/с № п/п | ТАӨ ФИО | Туған жылы Дата рождения | Кім жіберді Кто направил | Диагнозы Диагноз |
|-----------------|------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

| Қан тобы, Rh-факторы Группа крови, Rh-фактор | Сенсибилизация % сенсбилизации | Антиденелер түрлері Специфичность антител | Ескертпе Примечание | Қолы Подпись |
|---|--------------------------------------|--|------------------------|-----------------|
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | |

Приложение 111
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| A4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-5/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 410-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

SBT типтеу әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы

Журнал

регистрации приготовления ПЦР-смесей для SBT методики

типирования

| | |
|--|--|
| 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начато) | 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ аяқталды (окончено) |
|--|--|

| | |
|--|--|
| 1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен | 1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, |
|--|--|

бекітілуі тиіс

прошнурованы, скреплены печатью и подписью
руководителя организации

| Р/с № п/п | Талдау жасаған күні Дата исследования | ДНК үлгісінің нөмірі Номер ДНК | ДНК концентрациясы Концентрация ДНК | Үлгінің штрих коды Штрих код образца | Зерттеу әдісі Методы исследования | Дәрігердің қолы Подпись врача |
|-----------------|--|---|---|---|---|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

Приложение 112
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|---|---|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-6/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 410-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики типирования

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

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

| Р\с № п\п | Талдау жасау күні Дата исследования | Үлгінің штрих коды Штрих код образца | ДНК үлгісінің нөмірі Номер ДНК | ДНК концентрациясы Концентрация ДНК | Анықталатын локустар Определяемые локусы |
|-----------------|--|---|--------------------------------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

| Қолданылған праймер фирмасы және сериясы Применяемые фирмы праймера и серия | Пайдаланылған полимераның түрі және сериясы Применяемый вид и серия полимеразы | Қоспа дайындаушының қолы Подпись готовившего смесь | Ескертпе Примечание |
|--|--|---|------------------------|
| 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | |

Приложение 113
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-7/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 410-7/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

НЛА-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

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

| ДНК № р/с ДНК п/н | Бөлінген күні Дата выделения | ТАӘ немесе үлгі № ФИО или № образца | Жолдаған МҰ Направляющая МО | Диагнозы Диагноз | ДНК концентрациясы Концентрация ДНК | Колы Подпись |
|-------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

Приложение 114

к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

Приложение 7

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

Форма

| | |
|--|---|
| A4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-8/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 410-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

**Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу
ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ

регистрации приема и выдачи анализов

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы(года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

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

| Р/с № п/п | Күні Дата | МҰ МО | Донор немесе наукастың ТАӘ ФИО пациента или донора | Қан үлгісін зертеу мақсаты Цель исследования образца крови | Жарамсыздықтың себебі Причина брака |
|-----------|-----------|-------|--|--|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

| Курьердің қолы Подпись курьера | Қабылдаған адамның қолы Подпись принявшего | Талдау нәтижесін беру күні Дата выдачи результата анализа | Нәтижені қабылдаған адамның қолы Подпись принявшего результат | Талдау нәтижесін берген адамның қолы Подпись выдавшего результаты анализов |
|-----------------------------------|---|--|--|---|
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | | |

Приложение 115
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

А5 форматы

Формат А5

Нысанның БҚСЖ бойынша
коды _____

Код формы по ОКУД

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды

Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау
министрлігі
Министерство
здравоохранения
Республики Казахстан

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2010 жылғы "23" қарашадағы
№ 907 бұйрығымен бекітілген
№ 410-9/е нысанды медициналық
құжаттама

Ұйымның атауы
Наименование
организации

Медицинская документация
Форма № 410-9/у утверждена
приказом и.о. Министра
здравоохранения Республики
Казахстан
"23" ноября 2010 года № 907

Лейкоциттік антиденелерді анықтауға жолдама
Направление на определение лейкоцитарных антител
Материал түрі (Вид материала):

CDC

антикоагулянты бар қан (кровь с антикоагулянтом)

ИФА

антикоагулянты бар қан (кровь с антикоагулянтом)

МҰ (МО) _____

Бөлімше (Отделение) _____

Реципиенттің немесе донордың ТАӘ (ФИО реципиента или донора) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Типтеу әдісі (Метод типирования):

CDC

сенсбилизациялау пайызы/процент сенсбилизации

сенсбилизациялау пайызы процент сенсбилизации

ELISA (ИФА)

рекшелігі/специфичность

A5 форм
Нысан
Код фс
ҚҰЖС
Код оғ

Қазақ
Денсау
минис
Минст
здраво
Респуі

Ұйым
Наиме
органи

Лейкоц
Резуль
МҰ ата
Бөлімш
Реципи
донора

Туған
рожден
Қан то
резус-т
(Групп
Талдау

(Метод
Сенсиб
Антиде
(Специ
Дәрігер
Талдау
(Дата г

Ұлты(Национальность) _____
 Мекенжайы, тел (Домашний адрес, тел) _____
 Диагнозы (Диагноз) _____
 Гематрансфузиялық анамнез _____
 Гемотрансфузионный анамнез _____
 Акушерлік сыртартқы
 (Акушерский анамнез) _____
 АВО мен Rh(ABO и Rh) _____
 Емдеуші дәрігердің ТАӘ
 (ФИО лечащего врача) _____
 Дәрігердің байланыс тел.
 (Контактные тел. врача) _____
 Қан алынған күн мен уақыты _____
 Дата и время забора крови _____

Талдау
(Дата в

Приложение 116
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 31 июля 2012 года № 514
 Приложение 7
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан от 23 ноября 2010
 года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-10/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 410-10/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

HLA-жүйесі бойынша типтеуге жолдама

Направление на типирование по HLA-системе

Типтеу әдісі (Метод типирования):

Типтеу әдісін белгілеңіз: Отметьте метод
типирования:

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----|---------------------|--------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | гепаринді | қан | (гепаринизированная | кровь) | |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| CDC | <input type="checkbox"/> | EDTA бар қан (Кровь с EDTA) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | EDTA бар қан (Кровь с EDTA) |
| SSP | <input type="checkbox"/> | EDTA бар қан (Кровь с EDTA) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | EDTA бар қан (Кровь с EDTA) |
| SBT | <input type="checkbox"/> | EDTA бар қан (Кровь с EDTA) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | EDTA бар қан (Кровь с EDTA) |
| SSO | <input type="checkbox"/> | EDTA бар қан (Кровь с EDTA) |

МҰ (МО) _____

Бөлімше (Отделение) _____

Реципиент немесе донордың ТАӘ (ФИО реципиента или донора) _____

Туған күні
(Дата рождения) _____

Ұлты (Национальность) _____

Мекенжайы, телефон _____

(Домашний адрес, телефон)
Диагнозы (Диагноз) _____

Гематрансфузиялық сыртартқы _____

(Гемотрансфузионный анамнез)
Акушерлік сыртартқы _____

(Акушерский анамнез)
Қан тобы мен резус тиістілігі _____
(Группа крови и резус-фактор)
ҚЖТ лейкоциттердің жалпы саны _____

(Количество лейкоцитов в ОАК)
Емдеуші дәрігердің ТАӘ (ФИО лечащего)

врача) _____

Байланыс телефонда (Контактные телефоны) _____

Қанды алу күні мен уақыты _____

(Дата и время забора крови)

Приложение 117
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | | |
|--|---|---|
| A5 форматы Формат A5 | | A5 фоґ Форма |
| Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____ Код формы по ОКУД | | |
| ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ | | Нысан коды _ Код ф ҚҰЖЖ _____ |
| Код организации по ОКПО | | |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-11/е нысанды медициналық құжаттама | Қазақс Денсау минис Минис здраво Респү |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 410-11/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 | |
| "Кросс-матч" үйлесімділігіне жеке сынамаға жолдама Направление на индивидуальную пробу на совместимость "Кросс-матч" Материал түрі (Вид материала): | | Ұйым Наиме органи |
| Реципиент | <input type="checkbox"/> антикоагулянт бар кан (кровь с антикоагулянтом) | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Донор</p> | <p><input type="checkbox"/> EDTA бар қан (кровь с EDTA)</p> <p><input type="checkbox"/> литий-гепарині бар қан (кровь с литий-гепарином)</p> | <p>"Кросс Резуль "Кросс МҰ ата Бөлімш Реципи ТАӘ (с Қан то Туған : (Дата р Донор ТАӘ (с Сынам (Резули Дәрігер Талдау</p> |
| <p>МҰ атауы (Наименование МО) _____</p> <p>Бөлімше (Отделение) _____</p> <p>Реципиент ТАӘ (ФИО) _____</p> <p>Қан тобы (Группа крови) _____</p> <p>Туған түні _____ (Дата рождения)</p> <p>Донор ТАӘ (ФИО) _____</p> <p>Қан тобы (Группа крови) _____</p> <p>Туған түні _____ (Дата рождения)</p> <p>Талдауға жолдаған дәрігердің қолы _____ (Подпись направившего врача)</p> <p>Талдауға жодаған күні _____</p> | | |

Приложение 118
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | | |
|---|--|--|
| <p>A5 форматы Формат A5</p> <p>Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____</p> <p>Код формы по ОКУД</p> <p>ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____</p> <p>Код организации по ОКПО</p> | <p>A5 фоғ Форма</p> | |
| <p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Минстерство здравоохранения Республики Казахстан</p> | <p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген</p> | <p>Нысан коды_ Код ф ҚҰЖЖ Код оғ</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | № 410-12/е нысанды медициналық құжаттама | |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 410-12/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 | Қазақс Денсау минис здраво Респу |
| Тромбоциттерді HLA-жүйесі бойынша арнайы іріктеу сынамасына жолдама Направление на специальный подбор тромбоцитов по HLA-системе Материал түрі (Вид материала): | | Ұйым Наиме органи |
| Реципиент <input type="checkbox"/> | антикоагулянты бар қан (кровь с антикоагулянтом) | Тромбс нәтиже Резуль МҰ ат Бөлімш Реципи ТАӘ (с Қан то Туған (Дата Донор ТАӘ (с Сынам (Резул Дәрігер Талдау |
| МҰ (МО) _____ Бөлімше (Отделение) _____ Реципиенттің немесе донордың ТАӘ (ФИО реципиента или донора) _____ _____ Туған күні (Дата рождения) _____ Ұлты (Национальность) _____ Мекенжайы, телефон _____ (Домашний адрес, телефон) Диагнозы (Диагноз) _____ Гематрансфузиялық сыртартқы _____ (Гемотрансфузионный анамнез) Акушерлік сыртартқы _____ (Акушерский анамнез) ABO мен Rh (ABO и Rh) _____ ҚЖТ тромбоциттерсаны _____ (Количество тромбоцитов в ОАК) Емдеуші дәрігердің ТАӘ (ФИО лечащего врача) _____ Байланыс телефондар (Контактные телефоны) _____ Қанды алған күні мен уақыты _____ (Дата и время забора крови) _____ | | |

Приложение 119
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 31 июля 2012 года № 514
 Приложение 7
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан от 23 ноября 2010
 года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОБЫ НА СОВМЕСТИМОСТЬ " КРОСС-МАТЧ"

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

Мұрағатқа тапсырылған күні 20 ____ жылғы " ____ " _____

| Рет № п/п | МҰ МО | Реципиенттің ТАӘ ФИО реципиента | Қан тобы Группа крови | Резус факторы Резус фактор | Реципиенттің HLA-фенотипі HLA-фенотип реципиента |
|-----------|-------|---------------------------------|-----------------------|----------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

| Донордың ТАӘ және ФИО и код донора | Донордың қан тобы Группа крови донора | Донордың резус факторы Резус фактор донора | Донордың HLA-фенотипі HLA-фенотип донора | Кросс–матч нәтижесі Результат кросс-матча | Ескертпе Примечание | Қолы Подпись |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|--|---|---------------------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

Приложение 121
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514

Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-3/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 413-3/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алу журналы

Журнал

учета производства плазмы свежемороженой вирусинактивированной

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

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

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

| | | | | | | | |
|--------------------------|---|--|---|--|--|-------------------------|--|
| Реттік № Порядковый № | Бастапқы плазма компонентінің паспорты (плазма, л/ф плазма, біріктірілген плазма, аферезді плазма, иммунды плазма және т.б.) Паспорт исходного плазменного компонента (плазма, плазма л/ф, плазма пулированная, плазма аферезная, плазма иммунная и др.) | | | | | | |
| | Дайындау күні Дата заготовки | Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора | Компонент атауы Наименование компонента | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО | Rh факторы Rh фактор | Бастапқы мөлшері, мл Исходный объем, мл |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|-----------|--------------------------------------|----------|
| Қан компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) | ЖМП-ны еріту күні және режимі (t ⁰ C, уақыт,) | Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазма Мөлшері / Саны, мл/доза | Өндірістік жарамсыздық Производственный брак | | Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) | Ескертпе |
| | | | Мөлшері / | Жарамсыз- | | |

| Откуда принят компонент крови (название отделения) | Дата и режим размораживания СЗП (t ⁰ C, время) | Плазма свезамороженная вирусинактивированная Объем / Количество, мл/доза | Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза) | дыкка шығару себебі Причина брака | Куда передана продукция (название отделения) | Примечание |
|--|---|---|--|--------------------------------------|--|------------|
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | | | |

Приложение 122
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| A4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-4/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 413-4/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Мұздатылған эритроциттерді өндіруді есепке алу

журналы

Журнал

учета производства эритроцитов замороженных

20___ жылғы (года)

"__" _____ басталды (начато)

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

20___ жылғы (года)

"__" _____ аяқталды (окончено)

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

| Реттік № Порядковый № | Бастапқы эритроциттік компонентінің паспорты (л/ф жаңа алынған қан, л/ф эритроциттік масса, л/ф эритроциттік жүзінді және т.б.) Паспорт исходного эритроцитного компонента (кровь целная л/ф, эритроцитная масса л/ф, эритроцитная взвесь л/ф и др.) | | | | | | |
|--------------------------|---|--|---|--|--|-------------------------|--|
| | Дайындау күні Дата заготовки | Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора | Компонент атауы Наименование компонента | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО | Rh факторы Rh фактор | Бастапқы мөлшері, мл Исходный объем, мл |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

| Қан компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения) | Алдын ала дайындау режимі (t ⁰ C, уақыт) Режим предварительной подготовки (t ⁰ C, время) | І-ші центрифугалау режимі (t ⁰ C, уақыт, айналым) І-ый режим центрифугирования (t ⁰ C, время, обороты) | Алынған эритроциттік концентраты І Полученный эритроцитный концентрат І | | І І-ші центрифугалау режимі (t ⁰ C, уақыт, айналым) І І-ой режим центрифугирования (t ⁰ C, время, обороты) | Криопротектор (атауы, концентрациясы %, қолданған мөлшері мл) Криопротектор (наименование, концентрация %, использованный объем мл) |
|--|---|---|--|---------------|---|--|
| | | | Мөлшері, мл Объем, мл | Гематокрит, % | | |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | | | | | | |

| Алынған эритроци концентраты І І Полученный эритроцитный концентрат І І | | Мұздатылған эритроциттер Замороженные эритроциты | | | | |
|--|-------------------------------|---|-----------|--------------------------|--|--|
| Мөлшері, мл | Криопротектор / жалпы көлем % | Мөлшері, | Өнім коды | Мұздату t ⁰ C | | |
| | | | | | | |

| Объем, мл | Гематокрит, % | Криопротектор / общий объем % | мл Объем, мл | Гематокрит % | Код продукта | t ⁰ C замораживания |
|--------------|---------------|-------------------------------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------------------------|
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| | | | | | | |

Приложение 123
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| A4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-5/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 413-5/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу

журналы

Журнал

учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады
2. 7 – 23 және 25-бағандары бойынша қорытынды шығарылады
3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша баған қолданылуы мүмкін

1. Заполняется ответственным лицом
2. Итог подводится по графам 8 – 23 и 25
3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале допускается применение дополнительной графы

4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
 5. * – "ерекше клиникалық көрсетілім" жағдайын көрсетеді

4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
 5. * – указывает на "особые клинические показания"

| Реттік № Порядковый № Реттік № Порядковый № | Күні Дата | Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО | Rh факторы Rh фактор | Қан компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения) |
|--|--------------|---|---|--|-------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

Сәулеленген қан* және оның жасуша компоненттері өндірілді (мл/доза)
 Произведено облученной крови* и ее клеточных компонентов (мл/доза)

| Емшараға дейінгі мөлшері Объем до процедуры | Эритроциттер (жаңа алынған қан*) Эритроциты (кровь цельная*) | | Жуылған эритроциттер (лейкофилтрленген) Эритроциты отмывые (лейкофилтрованные) | Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная | Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная | ЛТҚ алынған эритроциттік масса Эритроцитная масса с удаленным ЛТС |
|--|--|----|---|---|--|--|
| | Лейкофилтрленген жаңа алынған қан* Кровь цельная* лейкофилтрованная | | | | | |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | | | |

Сәулеленген қан* және оның жасуша компоненттері өндірілді (мл/доза)
 Произведено облученной крови* и ее клеточных компонентов (мл/доза)

| Лейкоциттер Лейкоциты | | Рәсімге | Тромбоциттер Тромбоциты | |
|--------------------------|--|---------|----------------------------|---|
| Лейкоциттік | | | Жаңа алынған қан дозасынан | Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан, |
| | | | | |

| масса (ЛТҚ) Лейкоцитная масса (ЛТС) | Аферездік гранулоциттер Гранулоциты аферезные | дейінгі мөлшері Объем до процедуры | қалыптасқан Восстановленные из дозы ЦК | | жинақталған Восстановленные из дозы ЦК, пулированные | | Аферездік Аферезные | |
|---|--|---|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|------------------------|----|
| | | | Лейкофилтрленген Лейкофилтрованные | Лейкофилтрленген Лейкофилтрованные | Лейкофилтрленген Лейкофилтрованные | Лейкофилтрленген Лейкофилтрованные | | |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| | | | | | | | | |

Приложение 124
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-6/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 413-6/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алу журналы

Журнал

учета производства фибринового клея из дозы донорской ПЛЗМЫ

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

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

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| Реттік № Порядковый № | Жаңа мұздатылған плазманың паспорты (карантинделген) Паспорт плазмы свежемороженой (карантинизированной) | | | | | Жаңа мұзда- тылған плазма қайдан кабылданды (бөлімше атауы) Откуда принята плазма свежеза- мороженная (название отделения) | ЖМП-ны еріту күні мен режимі (t ⁰ C, уақыты) Дата и режим (t ⁰ C, время) размора- живания СЗП |
|--------------------------|---|---|--|-------------------------|--|---|--|
| | Дайындау күні Дата заготовки | Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО | Rh факторы Rh фактор | ЖМП-ң бастапқы мөлшері (мл/доза) Исходный объем СЗП (мл/доза) | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

| Алынған плазманың туындылары (компоненттері) мұздатылған Полученные дериваты (компоненты) плазмы заморожены | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|------------------------------------|
| Фибрин желімі (карантинделген) Фибриновый клей (карантинизированный) | | | | Супернатантты плазма (карантинделген) Плазма супернатантная (карантинизированная) | | | |
| Криопреципитат: Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза) | Тромбин: Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза) | Мұздату режимі (t ⁰ C, уақыты) Режим замораживания (t ⁰ C, время) | Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передан продукт (название отделения) | Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза) | Өнім қайда жіберілді Куда передан продукт | | |
| | | | | | Бөлімше атауы Название отделения | Бактериологиялық зерттеу Бактериологическое исследование | Сапа бақылауы Контроль качества |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | | | | | | | |

| Өндірістік жарамсыздық Производственный брак | | | Ескертпе Примечание |
|---|--|--|------------------------|
| Компонент атауы Наименование компонента | Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза) | Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака | |
| | | | |

| | | | |
|----|----|----|----|
| 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | |

Приложение 125
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-7/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 413-7/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процесін тіркеу журналы

Журнал

регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее дериватов

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

1. Жауапты тұлға толтырады
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен

және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

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

| | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--|---|---|
| Реттік № Порядковый № | Мұздату күні Дата замораживания | Өнім атауы Наименование продукта | Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, | Өнімнің мөлшері, мл Объем продукта, мл |
|--------------------------|---------------------------------------|--|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|------------------|---|
| | | | штрих-код и др.) | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |

| Мұздату режимі Режим замораживания | | | Аппараттың № және атауы № и наименование аппарата | Өнім қайда жіберілді Куда передан продукт | Ескертпе. Техниктің қолы Примечание. Подпись техника |
|---------------------------------------|--|--|--|--|---|
| t ⁰ C | Басталуы, сағат, минута Начало, час, минута | Аяқталуы, сағат, минута Конец, час, минута | | | |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | | | |

Приложение 126
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|---|
| A4 форматы Формат А4 | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2012 жылғы "31" шілдедегі № 514 бұйрығымен бекітілген № 418 -1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 418-1 /у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "31" июля 2012 года № 514 |

Қан компоненттерін саластырмалы жарамсыздығы бойынша тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ

регистрации компонентов крови по относительному браку

20__ жылғы (года)

"__" _____ басталды (начато)

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа

20__ жылғы(года)

"__" _____ аяқталды (окончено)

1. Заполняется ответственным лицом,

шығаруға, паспорттауға жауапты адам толтырады
 2.6-29-бағандар бойынша күнде қорытынды шығарылады
 3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіргенде тиісті бөлімшелерге баған қосылады.
 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының мөрімен және қолымен бекітілуі тиіс

ответственным за выбраковку и паспортизацию компонентов крови
 2. Ежедневно подводится итог по графам 6-29
 3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы
 4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

| Р/с № № п/п | Донордың Т.А.Ә. ФИО донора | Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и другие) | Дайындау күні Дата заготовки | Тестілеу күні Дата тестирования |
|-------------------|-------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза)
 Причина относительного брака, объем (мл/доза)

| Аз дозасы Неполная доза | | Хилез | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | | | |

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза)
 Причина относительного брака, объем (мл/доза)

Оң нәтижелі "К" антигені
 Антиген "К" положительный

| | |
|--|----------------------------------|
| | Жаңа алынған қанның дозасынан |
|--|----------------------------------|

| | | |
|--|---|---|
| Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови |
| 12 | 13 | 14 |
| | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза) Причина относительного брака, объем (мл/доза) | | | |
| АЛТ | | | |
| Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови |
| 15 | 16 | 17 | 18 |
| | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза) Причина относительного брака, объем (мл/доза) | | | |
| АВО және резус жүйесі бойынша сәйкес келмеушілік Несовпадение по системе АВО и резус | | | |
| Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови |
| 19 | 20 | 21 | 22 |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза) Причина относительного брака, объем (мл/доза) | | | |
| Антиэритроциттік антиденелердің бар болуы Наличие антиэритроцитарных антител | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови |
| 23 | 24 | 25 | 26 |
| | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза) Причина относительного брака, объем (мл/доза) | | | |
| Техникалық жарамсыздық Технический брак | | | |
| Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови |

| | | | | |
|--|---|---|---|------------------------|
| Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза) Причина относительного брака, объем (мл/доза) | | | | |
| Өзге себептер Другие причины | | | | |
| Эритроциттік масса Эритроцитная масса | Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь | Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови | Ескертпе Примечание |
| 31 | 32 | 33 | 34 | 35 |
| | | | | |

Приложение 127
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|---|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-2/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 422-2/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ

учета выдачи плазмы и криопреципитата

20___ жылғы (года)

" ___ " _____ басталды (начато)

20___ жылғы(года)

" ___ " _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады
2. Әр баған бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады
3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады.
4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін

1. Заполняется ответственным лицом
2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации
3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы
4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях

| Р/с № п/п | Күні Дата | Жөнелтпе құжаттың № накладной | Медициналық ұйымның атауы Наименоо вание медицинской | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе | Rh – факторы Rh – фактор | Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика- ционный номер (марка, | Дайындау күні Дата заготовки |
|-----------------|--------------|-------------------------------------|---|--|-----------------------------------|--|---------------------------------------|
|-----------------|--------------|-------------------------------------|---|--|-----------------------------------|--|---------------------------------------|

| | | | | | | | |
|---|---|---|-------------|-----|---|------------------|---|
| | | | организации | AB0 | | штрих-код и др.) | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| Компоненттің атауы (саны, мл/дозы) | | | | | |
| Наименование компонента (количество мл/дозы.) ПЛАЗМА | | | | | |
| Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная | Карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная карантинизированная | Лейкофилтрленген, карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная лейкофилтрованная, карантинизированная | Лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная лейкофилтрованная | Вирустары зартылған жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная вирусинактивированная | Аферездік жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | | |

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| Компоненттің атауы (саны, мл/дозы) | | | | |
| Наименование компонента (количество мл/дозы.) ПЛАЗМА | | | | |
| Аферездік, карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная, карантинизированная | Аферездік, лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная лейкофилтрованная | Плазма свежемороженная аферезная вирусинактивированная | Иммундық жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная иммунная | Иммундық, лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная иммунная лейкофилтрованная |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| | | | | |

| | | | | |
|---|-------------------------------|---------------|--|----------------|
| Компоненттің атауы (саны, мл/дозы) | | | | |
| Наименование компонента (количество мл/дозы.) ПЛАЗМА | | | | |
| Иммундық, карантинделген жаңа мұздатылған | Карантинделген, супернатантты | Супернатантік | | Карантинделген |

| | | | | |
|--|---|------------------------------------|----------------|---|
| плазма Плазма свежеморо- женная иммунная, карантини- зированной | плазма Плазма супернатантная карантинизированная | плазма Плазма супернатантная | Криопреципитат | криопреципитат Криопреципитат карантинизированный |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| | | | | |

Приложение 128
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|---|
| | КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-3/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 422-3/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Жасушалық қан компоненттерін – тромбоциттерді, лейкоциттерді беруді есепке алу

**ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ**

учета выдачи клеточных компонентов крови – тромбоцитов, лейкоцитов

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады

1. Заполняется ответственным лицом

2. Әр баған бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады
3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады.
4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін

2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации
3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа и соответствующие разделы
4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

| Р/с №№ п/п | Күні Дата | Жөнелтпе құжаттың № накладной | Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации | АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0 | Rh-факторы Rh-фактор | Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | Дайындау күні Дата заготовки |
|------------|-----------|-------------------------------|---|--|-------------------------|--|---------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

Компонеттің атауы (саны, мл/доз) **ТРОМБОЦИТТЕР**

Наименование компонента (количество мл/доз) **ТРОМБОЦИТЫ**

| Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельноц крови | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельноц крови лейкофилтрованные | Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельноц крови вирусинактивированные | Қалыптасқан, біріктірілген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные | Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованные |
|---|--|--|--|---|
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | |

Компонеттің атауы (саны, мл/доз) **ТРОМБОЦИТТЕР**

Наименование компонента (количество мл/доз) **ТРОМБОЦИТЫ**

| Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофилтрленген, вирустазартылған | Аферездік, лейкофилтрлен- | Афуруздік, вирустазартылған | Аферездік, лейкофилтрленген, вирустазартылған |
|--|---------------------------|-----------------------------|---|
| | | | |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованые, вирусинакти- вированные | Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные | ген тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофилтрово- ванные | тромбоциттер Тромбоциты аферезные вирусинакти- вированные | тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофилтрованые, вирусинакти- вированные |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| | | | | |

| | | | | | | |
|--|----|----|--|---|----|----|
| Компонеттің атауы (саны, мл/доз) ТРОМБОЦИТТЕР | | | | | | |
| Наименование компонента (количество мл/доз) ТРОМБОЦИТЫ | | | | | | |
| Аферездік, лейкофилтрленген, сәулеленген тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофилтрованые, облученные | | | Лейкоциттік масса Лейкоцитная масса | Сәулеленген лейкоциттік масса Лейкоцитная масса облученные | | |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| | | | | | | |

Приложение 129
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

КҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық
сақтау министрінің міндетін
атқарушының 2010 жылғы "23"
қарашадағы
№ 907 бұйрығымен бекітілген
№ 422-4/е нысанды медициналық
күжаттама
Медицинская документация
Форма № 422-4/у

Ұйымның атауы
Наименование организации

утверждена приказом и.о. министра
здравоохранения Республики Казахстан
"23" ноября 2010 года №907

Стандартты диагностикаларды беруді есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета выдачи стандартных диагностикумов

20 ____ жылғы (года)

20 ____ жылғы(года)

" ____ " _____ басталды (начато)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады
2. Әр баған бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады
3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады
4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін

1. Заполняется ответственным лицом
2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации
3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы
4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

| Р/с № п/п | Күні Дата | Жөнелтпе құжаттың № накладной | Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации | Өнімнің атауы СТАНДАРТТЫ ДИАГНОСТИКУМДАР Наименование продукта СТАНДАРТНЫЕ ДИАГНОСТИКУМЫ | | | | | |
|-----------|-----------|-------------------------------|---|---|--|-------------------------------|-------------|--------------|---------------------|
| | | | | Изогемаглютинеуіш сарысу (мл) Изогемагглютинирующая сыворотка (мл) | Әмбебаб реагент (мл) Универсальный реагент (мл) | Цоликлондар Цоликлоны (мл) | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 Анти А | 8 Анти В | 9 Анти АВ | 10 D супер резус |
| | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---------------------------------|------------------|--------------------------|
| Өнімнің атауы СТАНДАРТТЫ ДИАГНОСТИКУМДАР Наименование продукта СТАНДАРТНЫЕ ДИАГНОСТИКУМЫ | Жинақ нөмірі Номер комплекта | Серия № серии | Өндіруші Изготовитель |
| | | | |

Стандартты

| | | | | | |
|----------------------------|-------------------|---|----|----|----|
| Желатин 10% (флакон) | Полиглюкин 33% | эритроциттер Стандартные эритроциты | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | | | | | |

Приложение 130
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

КҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің міндетін атқарушының 2010
жылғы "23" қарашадағы
№ 907 бұйрығымен бекітілген
№ 422-5/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация
Форма № 422-5/у
утверждена приказом и.о. министра
здравоохранения Республики Казахстан
"23" ноября 2010 года № 907

Қан препараттардың босатуды есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета выдачи препаратов крови

20 ____ жылғы(года)
" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы(года)
" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады
2. Әр баған бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады
3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады

1. Заполняется ответственным лицом
2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации
3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы

4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
 5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін

4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
 5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

| P/c № п/п | Күні Дата | Жөнелтпе құжаттың № № накладной | Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации | Серия № № серии | Өндіруші изготовитель | Альбумин ерітіндісі (саны, мл) Раствор Альбумина (количество, мл) | | |
|-----------------|--------------|--|---|--------------------|--------------------------|---|-----|-----|
| | | | | | | 5% | 10% | 20% |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| | | | | | | | | |

| Ампулалар (дана) Ампулы (штук) | | | |
|---|-----------------------------|---|--|
| Қанның басқа препараттары Иные препараты крови | Иммуноглобулин антirezус | Адам иммуноглобулин қалыпты Иммуноглобулин человека нормальный | Стафилококка қарсы иммуноглобулин Антистафиллоэ кокковый иммуноглобулин |
| 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | |

Приложение 131
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 31 июля 2012 года № 514
 Приложение 7
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан от 23 ноября 2010
 года № 907

Форма
 А4 форматы
 Формат А4

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

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-8/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 425-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

**Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу
журналы**
Журнал
**регистрации результатов биохимических исследований донорской
крови**

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

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

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

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

| Р/с № п/п | Зерттеу күні Дата исследования | Донордың ТАӘ ФИО донора | Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | Жалпы ақуыз, г/л Общий белок, г/л | АЛАТ ммольхсағ /л АЛАТ ммоль х час/л | Басқа зерттеулер Другие исследования | Ескертпе Примечание | Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица |
|-----------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | | | | | | | | |

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|--|
| | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-9/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 425-9/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Донор қанының клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал регистрации результатов клинических исследований донорской крови

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс

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

| Р/с № п/п | НВ г/л | Эритроциттер x 10 ¹² /л Эритроциты x 10 ¹² /л | Гематокрит | Қанның ұю уақыты, минут Время свертывания, минута | Тромбоциттер x 10 ⁹ /л Тромбоциты x 10 ⁹ /л | Лейкоциттер x 10 ⁹ /л Лейкоциты x 10 ⁹ /л |
|--------------|-----------|--|------------|---|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Лейкоциттік формула Лейкоцитарная формула | | | | | | | | Жауапты адамның қолы Подпись ответственно лица |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|--|
| Миелоцит % | Таяқша ядролар Палочкоядер % | Сегмент ядролық Сегментоядер % | Эозинофилдер Эозинофилы % | Базофилдер Базофилы % | Лимфоциттер Лимфоциты % | Моноциттер Моноциты % | СОЭ мл/ сағ СОЭ мл/ час | |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | | | | | | | | |

Приложение 133
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|---|
| | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-10/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 425-10/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

**Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу
журналы
Журнал
регистрации результатов исследований белковых фракций
донорской крови**

20 ____ жылғы (год)
 " ____ " _____ басталды (начато)

20 ____ жылғы(года)
 " ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

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

| Р/с № п/п | Зерттеу күні Дата исследования | Донордың ТАӘ ФИО донора | Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | Жалпы ақуыз Общий белок |
|--------------|--------------------------------------|----------------------------|--|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |

| Фракциялар Фракции | | | | | Ескертпе Примечание | Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----|-----|------------------------|--|
| Альбумин г/л | <i>a</i> 1 % | <i>a</i> 2 % | В % | Г % | | |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | |

Приложение 134
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 31 июля 2012 года № 514
 Приложение 7
 к приказу и.о. Министра здравоохранения
 Республики Казахстан от 23 ноября 2010
 года № 907

Форма
 А4 форматы
 Формат А4

| | |
|--|--|
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-7/е нысанды медициналық құжаттама |
| | Медицинская документация Форма № 433-7/у |

Ұйымның атауы
Наименование организации

утверждена приказом и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

1. Журналды трансфузиялық инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории трансфузионных инфекций
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

| р/с № п/п | Зертханалық нөмірі Лабораторный номер | Т.А.Ә. ФИО | Туған жылы Год рождения | Коды | Сарысу қайдан кабылданды Откуда поступила сыворотка |
|--------------|--|---------------|-------------------------------|------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 |
| | | | | | |

| I - реакция | | | | | II - реакция | | | | |
|---------------------------------------|---|--|----------------------------|---------------------|--|---|--|----------------------------|---------------------|
| Жасау уақыты Дата постановки | Тест- жүйенің атауы Название тест- системы | Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ) | Көрсеткіштер Показатели | Нәтиже Результат | Жасау уақыты Дата поста- новки | Тест- жүйенің атауы Название тест- системы | Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ) | Көрсеткіштер Показатели | Нәтиже Результат |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| | | | | | | | | | |

| III - реакция | | | | Қорытынды нәтиже | Сынаманы ЖИТС орталығына жібері күн Дата отправки | ЖИС орталығындағы жолдаманың нөмірі Номер направления |
|-------------------------|--|--------------------------------|----------------------------|---------------------|--|--|
| Жасау уақыты Дата | Тест- жүйенің атауы Название тест- | Серия № (ЛОТ) № серии | Көрсеткіштер Показатели | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------|---------|-------|----|---------------------|----------------------------|-----------------------|------------------|
| постановки | системы | (ЛОТ) | | Нәтиже Результат | Окончательный результат | пробы в центр СПИД | в центре СПИД |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|-----------------------|----------------------------|------------------------|-----------------|
| ЖИТС орталығының нәтижесі Результат Центра СПИД | | | Қорытынды нәтиже | | |
| Күні Дата | Зертханалық нөмір (ИФТ, ИБ) Лабораторный номер (ИФА, ИБ) | Нәтижесі Результат | Окончательный результат | Ескертпе Примечание | Қолы Подпись |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| | | | | | |

Приложение 135
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

| | |
|--|--|
| А4 форматы Формат А4 | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-8/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 433-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу жолдамасы

Направление для исследования на трансфузионные инфекции

1. 1, 3, 4, 5, 6-бағандарын үлгілер
жеткізілген бөлімінің қызметкері

1. Графы 1, 3, 4, 5, 6, заполняется
сотрудниками отделения, откуда доставлены
образцы.

толтырады 2, 2, 7-11-бағандарын
зертхананың уәкілетті қызметкерлері
толтырады
3. Жолдаманың екі нұсқасы жеткізіледі,
талдау нәтижелері қойылғаннан кейін бір
дана қан компоненттерін іріктеу бөліміне
беріледі, екіншісі зертханада қалады
4. Жолдаманы электрондық және дәстүрлі
қағаз түрінде де жүргізуге болады

2. Графы 2, 7-11 заповняються
уполномоченными сотрудниками лаборатории
3. Направление доставляются в двух
экземплярах, после проставления результатов
анализов один экземпляр передается в
отделение выбраковки, второй остается в
лаборатории.
4. Возможно ведение направления как в
электронном виде, так и в традиционном виде
на бумажном носителе.

Бөлімше _____
отделение

| № | Зертханалық нөмірі Лабораторный номер | ТАӘ ФИО | Туған жылы (год рождения) | Донация нөмірі (Номер донации) | Конт. коды (код контин гента) |
|---|--|------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

| Зерттеу нәтижесі (результаты исследований) | | | | |
|---|-------|-----|------------------|---------|
| HIV 1.2 | HBsAg | HCV | Мерез сифилис | ПЦР-МРХ |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | | | | |

Тізімді толтырған күн 201 жылғы
" ____ " _____
Жолдаманы толтырған адамның
қолы _____

Зерттелген күні 201 жылғы
" ____ " _____
Дәрігердің қолы _____

Приложение 136
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|---|---|
| | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 436-2/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 436-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

ЖҚП мен криопреципитат сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу

Ж У Р Н А Л Ы

Ж У Р Н А Л

регистрации результатов контроля качества СЗП и криопреципитата

20__ жылғы (года)

"__" _____ басталды (начато)

1. Сапаны бақылау бөлімшесінде (СББ) немесе өнім сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс

20__ жылғы (года)

"__" _____ аяқталды (окончено)

1. Ведется в отделении контроля качества (ОКК) или лицами, на которых возложен контроль качества продукции
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

| Р/с № п/п | Қан компоненттерінің атауы Наименование компонента крови | Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.) | Дайындалған мерзімі Дата заготовки | Сақтау мерзімі Срок хранения | Көлемі (объем) (мл) |
|-----------------|---|---|---|---------------------------------------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

Фибриноген

мг/доза

Сақтау мерзімінің бірінші айында
В течение первого месяца хранения

Сақтау мерзімінің соңғы айында
В течение последнего месяца
хранения

Бақылау
жүргізілген күн

Бақылау нәтижелері

Бақылау
жүргізілген күн

Бақылау
нәтижелері

| | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| Дата проведения контроля | Результаты контроля | Дата проведения контроля | Результаты контроля |
| 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| VIII факторы Фактор VIII МЕ/доза | | | | | |
| Бастапқы дәреже Исходный уровень | | Сақтау мерзімінің бірінші айында В течение первого месяца хранения | | Сақтау мерзімінің соңғы айында В течение последнего месяца хранения | |
| Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля | Бақылау нәтижелері Результаты контроля | Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля | Бақылау нәтижелері Результаты контроля | Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля | Бақылау нәтижелері Результаты контроля |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | | | | | |

| | | |
|-------------------------|---|------------------------|
| Қорытынды Заключение | Бақылау жүргізілген адамның қолы Подпись лица, проводившего контроль | Ескертпе Примечание |
| 17 | 18 | 19 |
| | | |

Приложение 137
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|------------------------|---|
| | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін |

| | |
|--|--|
| Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 446/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 446/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

**Кіндік қаны донорынан перифериялық қан мен кіндік қанды қабылдауды
тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации приема пуповинной крови
и периферической крови донора пуповинной крови**

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато)

1. Медициналық тіркеуші жүргізеді
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Ведется медицинским регистратором.
2. Страницы журнала должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

| Р/с № п/п | Кіндік қанды жеткізу уақыты және күні Дата и время доставки | Кіндік қанды алу күні және уақыты Дата и время заготовки пуповинной крови | Кіндік қаның жеткізілім температурасы, градусов С Температура доставки пуповинной крови, градусов С | Әйел-донорының ТАӘ ФИО женщины-донора |
|-----------|--|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |

| | | | |
|------------------------------------|---|---|----------------------------------|
| Үйінің мекенжайы Домашний адрес | ABO жүйесі бойынша аналыққан тобы Группа материнской крови по системе ABO | Аналық қан тобының резус-тиістілігі Резус-принадлежность материнской | Жүктілігі, босану (есеп бойынша) |
|------------------------------------|---|---|----------------------------------|

| | | | |
|---|---|-------|--------------------------------|
| | | крови | Беременность, роды по счету |
| 6 | 7 | 8 | 9 |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Нәрістенің жынысы және салмағы Пол и вес новорожденного | Босандыру мекемесі Учреждение родовспоможения | Кіндік қанның мөлшері Количество пуповинной крови | |
| | | КҚ бар гемаконның жалпы салмағы, гр Общий вес гемакона с ПК, гр | Кіндік қаның "таза" салмағы, (гемакон мен консервантты есептемегенде), гр "Чистый" вес ПК (без учета веса гемакона и консерванта), гр |
| 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | |

Приложение 138
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма
А4 форматы
Формат А4

| | |
|--|---|
| | ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ |
| Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 446-1/е нысанды медициналық құжаттама |
| Ұйымның атауы Наименование организации | Медицинская документация Форма № 446-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 |

Кіндік қан донорының кіндік қаны мен перифериялық қанын зерттеу нәтижелерін тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации результатов исследования пуповинной крови и периферической крови донора пуповинной крови

| | |
|---|--|
| 20__ жылғы (года) "__" _____ басталды (начато) | 20__ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено) |
| 1. Бөлімнің жауапты қызыметкері жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекетілеуі тиіс. | 1. Ведется ответственным сотрудником отдела 2. Страницы журнала должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации. |

| P/c № п/п | Үлгінің штрих-коды Штрих-код образца | Аналық қанды зерттеп-қарау және оның нәтижелері (нәтижені қабылдаған күнін көрсете отырып) Обследование материнской крови и результаты (с указанием даты получения результатов) | | | |
|-----------|---|--|---|------------------|---|
| | | В вирусты гепатит Вирусный гепатит В | С вирусты гепатит Вирусный гепатит С | Мерез Сифилис | АИТВ 1, 2, инфекциясы ВИЧ-инфекция 1, 2 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

| Кіндік қанының резустілігі Резус-принадлежность пуповинной крови | Құрамында ядро бар жасушалар (лейкоциттер) санын анықтау Определение содержания ядросодержащих клеток (лейкоциты) | | Дін жасушалар концентратында CD34+ мөлшері Содержание CD34+ в концентрате стволовых клеток | HLA-типтеу HLA-типирование | Зарарсыздыққа бактериологиялық зертеу Бактериологическое исследование на стерильность |
|---|--|--|---|-------------------------------|--|
| | Жаңа алынған кіндік қанда В цельной пуповинной крови | Дін жасушалары концентратында В концентрате стволовых клеток | | | |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| Р/с № п/п | Үлгінің штрих-коды Штрих-код образца | Аналық қанды зерттеп-қарау және оның нәтижелері (нәтижені қабылдаған күнін көрсете отырып) Обследование материнской крови и результаты (с указанием даты получения результатов) | | | |
|--------------|---|--|---|------------------|--|
| | | В вирусты гепатит Вирусный гепатит В | С вирусты гепатит Вирусный гепатит С | Мерез Сифилис | 1, 2, АИТВ- инфекциясы ВИЧ-инфекция 1, 2 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |

| Кіндік қанды зерттеп-қарау және оның нәтижелері (нәтижені қабылдаған күнін көрсете отырып) Обследование пуповинной крови и результаты (с указанием даты получения результатов) | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---------------------------------------|---|
| АВО жүйесі бойынша кіндік қанның тобы Группа пуповинной крови по системе АВО | Кіндік қанының резус- тиістілігі Резус- принадлежность пуповинной крови | Ядролық жасушалар (лейкоциттер) санын анықтау Определение содержания ядросодержащих клеток (лейкоциты) | | Дін жасушалар концентратында CD34+ мөлшері Содержание CD34+ в концентрате стволовых клеток | HLA- типтеу HLA- типирование | Зарарсыздыққа бактериологиялық зертеу Бактериологическое исследование на стерильность |
| | | Жаңа алынған кіндік қанында В цельной пуповинной крови | Дін жасушалары концентратында В концентрате стволовых клеток | | | |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| | | | | | | |

Приложение 139
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 31 июля 2012 года № 514
Приложение 7
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 23 ноября 2010
года № 907

Форма

Формат А4
А4 форматы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

Ұйымның атауы
Наименование организации

КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____

Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің міндетін
атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы №
907 бұйрығымен бекітілген
№ 446-2/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация

Форма № 446-2/у

утверждена приказом и.о. Министра
здравоохранения Республики Казахстан
"23" ноября 2010 года № 907

Кіндік қанының дің жасушалары үлгілерін криоконсервілеу процесін жазу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

записи процесса криоконсервации образцов стволовых клеток пуповинной крови

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ басталды (начато
)

20 ____ жылғы (года)

" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Жазбаны мұздату жөніндегі персонал жүргізеді
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс

1. Запись осуществляется персоналом по замораживанию
2. Страницы журнала должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

| Р/с № | Кіндік қанды алудың күні мен уақыты | Үлгіні криоконсерві - леудің күні мен уақыты | Үлгі штрих-коды | Өңдеу әдісі | Криокөйманың түрі, орналасқан орны | Қызметкердің ТАӘ | Ескертпе |
|----------|---|--|-------------------|-----------------|--------------------------------------|------------------|------------|
| № п/п | Дата и время заготовки пуповинной крови | Дата и время криоконсервации образца | Штрих-код образца | Метод обработки | Вид криохранилища, месторасположение | ФИО сотрудника | Примечание |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |

Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы (есепке алу) медициналық құжаттамаларының нысандарының тізбесі және оларды сақтау мерзімдері

Перечень форм первичной (учетной) медицинской документации организаций здравоохранения и сроки их хранения

1. СТАЦИОНАРЛАРДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ

МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В СТАЦИОНАРЕ

| № / № п/п | Нысанның атауы Наименование формы | Нысан нөмірі Номер формы | Формат | Құжат түрі Вид документа | Сақталу мерзімі Срок хранения |
|-----------|--|-----------------------------|--------|------------------------------------|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Науқастарды қабылдау және емдеуге жатқыздан бас тартуларды есепке алу журналы (Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации) | 001/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 2 | Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы (Медицинская карта больного туберкулезом) | ТБ 01/у | A4 | Дәптер (Тетрадь), 30 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 3 | Туберкулезге шалдыққан IV категориялық науқастың медициналық картасы (Медицинская карта больного туберкулезом категории IV) | ТБ 01/у – категория IV | A4 | Дәптер (Тетрадь), 50 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 4 | Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеу журналы (облыс, қала, аудан) (Журнал регистрации больных туберкулезом (область, город, район)) | ТБ 03/у | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 5 | Туберкулезбен ауыратын науқасты ауыстыру жолдамасы (Направление на перевод больного туберкулезом) | ТБ 09/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| | Туберкулезбен ауыратын IV санаттағы науқастарды тіркеу | | | | |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|-----------------------------------|--------------|
| 6 | журналы (Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV) | ТБ 11/у | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 7 | Туберкулезге қарсы препараттарды (ТҚП) тіркеу журналы (Журнал регистрации противотуберкулезных препаратов (ПТП)) | ТБ 12/у | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 8 | Емдеуге алынатын науқастың ақпараттық келісімі (Информированное согласие больного на лечение) | ТБ 14/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 9 | Туберкулезге қарсы препараттардың қозғалысы туралы стеллажды карта (Стеллажная карта движения противотуберкулезных препаратов) | ТБ 19/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 10 | Жөнелтпе құжат (Накладная) | ТБ 20/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 11 | Жүкті, босанатын және жаңа босанған әйелдерді қабылдауды есепке алу журналы (Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц) | 002/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 50 жыл (лет) |
| 12 | Стационарлық науқастың медициналық картасы (Медицинская карта стационарного больного) | 003/у | A4 | Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 13 | Жүктілікті үзудің медициналық картасы (Медицинская карта прерывания беременности) | 003-1/у | A4 | Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 14 | Температура парағы (Температурный лист) | 004/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 15 | Дәрігерлік тағайындаулар парағы (Лист врачебных назначений) | 004-1/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 16 | Эритроцитқұрамды заттар трансфузиясының хаттамасы (Протокол трансфузии эритроцитосодержащих средств) | 005/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 17 | Қан компоненттері, препараттары трансфузиясының хаттамасы (Протокол трансфузий компонентов, препаратов крови) | 005-1/у | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 18 | Қанның, оның компоненттері мен препараттарының мен диагностикалық стандарттардың қабылдануы мен таратылуын тіркеу журналы (Журнал регистрации поступления и выдачи крови, ее | 005-2/у | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | |

| | | | | | |
|----|---|----------|----|-----------------------------------|--------------|
| | компонентов, препаратов, диагностических стандартов) | | | | 5 жыл (лет) |
| 19 | Науқасының трансфузиялық парағы (Трансфузионный лист больного) | 005-3/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 20 | Медициналық ұйымдарда қанның компоненттері мен препараттарын есептен шығаруды және жоюды тіркеу журналы (Журнал регистрации списания и утилизации компонентов и препаратов крови в медицинских организациях) | 005-4/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 21 | Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы (Журнал учета сбора ретроплацентарной крови) | 006/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 22 | Науқастар мен стационар төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы (Листок учета движения больных и коечного фонда стационара) | 007/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 23 | Стационардағы бос төсектерді есепке алу парағы (Листок учета свободных коек в стационаре) | 007 -1/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 24 | Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу журналы (Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре) | 008/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 50 жыл (лет) |
| 25 | Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы (Журнал регистрации переливания инфузионно-трансфузионных сред) | 009/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 26 | Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу журналы (Журнал учета реципиентов крови и ее компонентов) | 009-1/y | A4 | Журнал, 48 стр. | 5 жыл (лет) |
| 27 | Стационарда босануды жазу журналы (Журнал записи родов в стационаре) | 010/y | A4 | Журнал, 48 стр. | 25 жыл (лет) |
| 28 | Реанимация және жіті терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы) тағайындаулар мен науқас жағдайының негізгі көрсеткіштерінің картасы (Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии) | 011/y | A4 | Дәптер (Тетрадь), 5 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| | Науқасты операциядан кейін бақылау картасы (Карта | | | | |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|-----------------------------------|--------------|
| 29 | послеоперационного наблюдения пациента) | 011-2/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 30 | Анестезиологтың консультациясы(Консультация анестезиолога) | 011-3/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 31 | Жаңа туған нәрестенің реанимация және жігі терапия бөліміндегі науқас жағдайының негізгі көрсеткіштері мен тағайындаулары (Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии новорожденных) | 011-6/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 32 | Жүрек-қан тамырларына операция жасаудағы операция кезеңінің картасы (Карта операционного периода при проведении сердечно-сосудистых операций) | 012/y | A4 | Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 33 | Патологоанатомиялық зерттеу хаттамасы (картасы) № __ (Протокол (карта) патологоанатомического исследования № __) | 013/y | A4 | Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 34 | Патологиялық - гистологиялық зерттеуге жолдама (Направление на патолого-гистологическое исследование) | 014/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 35 | Мәйіттердің түсуі мен берілуін тіркеу журналы (Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов) | 015/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 36 | Стационар, белімше немесе төсек бейіні бойынша науқастар мен төсек қоры қозғалысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек) | 016/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 37 | Биологиялық өлімді констатациялау актісі (Акт констатации биологической смерти) | 017/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 38 | Транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу актісі (Акт об изъятии органов тканей у донора - трупа для трансплантации) | 018/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| | Ми өлімі негізінде өлімді | | | | |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|--------------------------|--------------|
| 39 | констатациялау актісі (Акт констатации смерти на основании смерти мозга) | 019/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 40 | Республикалық деңгейде жоғары мамандырылған консультациялық-дагностикалық көмек алуға жолдама (Направление на получение высокоспециализированной консультативно-диагностической помощи на республиканском уровне) | 021 / у | A5 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 41 | Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымдағы (бөлімшедегі) оқиғаларды тіркеу журналы (Журнал учета происшествий в наркологической организации для принудительного лечения (отделения)) | 022/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 42 | Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымның (бөлімшенің) изоляторында тұратын тұлғаларды есепке алу журналы (Журнал учета лиц, содержащихся в изоляторе наркологической организации для принудительного лечения (отделения)) | 022-1 | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 43 | Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы (Журнал учета консервированного костного мозга) | 024/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 44 | Қатерлі ісікпен ауырған стационарлық наукастың медициналық картасынан көшірме (Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием) | 027-1/у | A4 | Бланк | 10 жыл (лет) |
| 45 | Науқаста асқынған түрдегі қатерлі ісік (IV клиникалық топ) анықталған жағдайға толтырылатын хаттама (Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (клиническая группа IV)) | 027-2/у | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 46 | Материалды цитологиялық зерттеуге жіберу (Направление материала на цитологическое исследование) | 027-3/у | A5 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 47 | Транспланттау үшін мәйіттің бүйрегін алу туралы актісі (Акт об изъятии почки у трупа для трансплантации) | 033/у | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 48 | Консервіленген донорлық бүйрек паспорты (Паспорт консервированной донорской почки) | 034/у | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |

| | | | | | |
|----|---|----------|----|-----------------------------------|--------------|
| 49 | Бүйрек трансплантанты бар науқастың картасы (Карта больного с почечным трансплантатом) | 041/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 50 | Адамды психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп тану туралы комиссиялық куәландырудың № _____ медициналық қорытындысы (Медицинское заключение № _____ по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении которого решается вопрос о признании его больным с психическим расстройством (заболеванием)) | 056/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 51 | Стационардан шыққан адамның картасы (Карта выбывшего из стационара) | 066/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 52 | Наркологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (Статистическая карта выбывшего из наркологического стационара) | 066-1/y | A4 | Бланк | 50 жыл (лет) |
| 53 | Онкологиялық стационардан шыққан адамның картасы (Карта выбывшего из онкологического стационара) | 066-2/y | A4 | Бланк | 50 жыл (лет) |
| 54 | Психиатриялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (Статистическая карта выбывшего из психиатрического стационара) | 066 -3/y | A4 | Бланк | 50 жыл (лет) |
| 55 | Емдеуді жалғастыратын науқастың статистикалық картасы (Статистическая карта больного, продолжающего лечение) | 066-п/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 56 | Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (жүкті, босанған әйелге және жаңа туған (өлі туған) нәрестеге) (Статистическая карта выбывших из стационара (беременных, родильниц и новорожденных (мертворожденных)) | 066-5/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 57 | Босану тарихы (История родов) | 096/y | A4 | Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 58 | Нәрестенің даму тарихы (История развития новорожденного) | 097/y | A4 | Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| | Нәрестелер бөлімшесінің | | | | |

| | | | | | |
|----|---|-------|----|-----------------------------|-------------|
| 59 | (палатасының) журналы Журнал отделения (палаты) новорожденных | 102/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
|----|---|-------|----|-----------------------------|-------------|

2. СТАЦИОНАРЛАРДА ЖӘНЕ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ – ЕМХАНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В СТАЦИОНАРАХ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

| № п/п | Нысанның атауы Наименование формы | Нысан нөмірі Номер формы | Формат | Құжат түрі Вид документа | Сакталу мерзімі Срок хранения |
|-------|--|-----------------------------|--------|-----------------------------|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Күндізгі стационардағы (емханадағы, ауруханадағы) науқастарды есепке алу журналы (Журнал учета больных дневного стационара (поликлиники, больницы)) | 001-1/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 2 | Консультацияға, диагностикалық жолдама (Направление на консультацию, диагностическое исследование) | 001-4/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 3 | Психикалық белсенді затты қолдану және мас болу күйі фактісін анықтау үшін медициналық куәландыруды тіркеу журналы (Журнал регистрации медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения) | 022-2у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 4 | Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме (Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного) | 027/у | A5 | Бланк | 3 жыл (лет) |
| | Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің | | | | |

| | | | | | |
|----|--|----------|----|---------------------------------|--------------|
| 5 | қосымша парағы (Вкладной лист учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях) | 028/у | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 6 | Емшараларды есепке алу журналы (Журнал учета процедур) | 029/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 7 | Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы (Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии) | 035/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 8 | Дәрігерлік – консультациялық комиссиясының қорытындысы (Заключение врачебно – консультационной комиссии) | 035 -1/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 9 | Еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы (Книга регистрации листов нетрудоспособности) | 036/у | A4 | Кітап (Книга), 96 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 10 | СӨСҚ, аурулардың профилактикасы жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы (Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ, профилактике заболеваний) | 038/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 11 | Медицина ұйымының ақпараттық – оқыту жұмысын тіркеу журналы (Журнал регистрации информационно-образовательной работы медицинской организации) | 038-1/у | A5 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 12 | Медицина қызметкердің халық арасында СӨС насихаттау, аурулардың алдын алу жөніндегі жұмыстың тіркеу журналы (Журнал регистрации работы медицинского персонала по пропаганде ЗОЖ, профилактике заболеваний среди населения) | 038-2/у | A5 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| | Рентген-диагностикалық бөлімшесінің, УДЗ және компьютерлік томография | | | | |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|--------------------------|-------------|
| 13 | бөлмесінің жұмысын есепке алу күнделігі (Дневник учета работы рентгенодиагностического отделения, кабинета УЗИ и компьютерной томографии) | 039-5/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 14 | Емхананың/әйелдер консультациясының орта медперсоналының жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы среднего медперсонала поликлиники/женской консультации) | 039-6/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 15 | Эндоскопиялық бөлімшенің (бөлмесінің) жұмысының есепке алу журналы (Журнал учета работы эндоскопического отделения (кабинета)) | 039-7/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 16 | Функциялық диагностика бөлімшесінің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу журналы (Журнал работы отделения (кабинета) функциональной диагностики) | 039-8/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 17 | Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы (Карта лечашегося в кабинете лечебной физкультуры) | 042/у | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 18 | Физиотерапия бөлімшесінде (бөлмесінде) емделуші науқастың картасы (Карта больного, лечашегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)) | 044/у | A5 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 19 | Физиотерапиялық бөлімшенің (бөлмесінің) күнделігі (Дневник физиотерапевтического отделения (кабинета)) | 046/у | A3 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 20 | Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың процедураларын есептеу картасы (Карта учета процедур больного, лечашегося в | 047/у | A5 | | 1 жыл (год) |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|------------------------------------|--------------|
| | кабинете иглорефлексотерапии) | | | Бланк | |
| 21 | Рентгенологиялық, ультрадыбыстық ж ә н е компьютерлік-томографиялық зерттеулерді жазу журналы (Журнал записи рентгенологических, ультразвуковых и компьютерно-томографических исследований) | 050/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 6 жыл (лет) |
| 22 | Сәуле терапиясына ұшыраған науқастың медициналық картасы (Медицинская карта больного, подвергающегося лучевой терапии) | 051/y | A4 | Дәптер (Тетрадь), 12 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 23 | Инфекциялық ауру, тамақтан, кенеттен кәсіби улану, еекпеге әдеттегіден бөлек реакция болғаны туралы шұғыл хабарлама (Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, острым профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку) | 058/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 24 | Инфекциялық ауруларды тіркеу журналы (Журнал учета инфекционных заболеваний) | 060/y | A5 | Журнал, 96 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 25 | Венерологиялық аурумен ауырған адамға ескерту (Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью) | 065-2/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 26 | Д е н е с і н е электрокардиоширатқыш (ЭКШ) қойылған науқастың картасы (Карта больного с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС) | 073/y | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 27 | Амбулаториялық науқастарды тіркеу журналы (Журнал регистрации амбулаторных больных) | 074/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 3 жыл (лет) |
| | Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы | | | | |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|--------------------------|--------------|
| 28 | (Журнал регистрации и реабилитации инвалидов) | 088-1/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 3 жыл (лет) |
| 29 | Өмірінде бірінші рет белсенді туберкулез, көбінесе жыныстық жолмен жұғатын инфекция, трихофития, микроспория, фавус, қышыма, трахома, психикалық ауру диагнозы қойылған науқас туралы хабарлама (Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, инфекцией передающейся преимущественно половым путем, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания) | 089/y | A5 | Бланк | 3 жыл (лет) |
| 30 | Обыр немесе басқа қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған науқас туралы мәлімдеме (Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования) | 090/y | A4 | Бланк | 3 жыл (лет) |
| 31 | Өмірінде алғаш рет нашакорлық диагнозы анықталған науқас туралы хабарлама-қағаз (Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании) | 091/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 32 | Спорттық ауыр жарақат туралы хабарлама (Извещение о тяжелой спортивной травме) | 092/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 33 | ГБО сеанстарын есепке алу картасы (Карта учета сеансов ГБО) | 093/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 34 | ГБО сеанстарын тіркеу журналы (Журнал регистрации сеансов ГБО) | 093-1/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| | Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті | | | | |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|-------|---------------|
| 35 | көп мөлшерде қолдану салдарынан уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама (Справка о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем) | 094/у | A5 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 36 | Студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы, мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері туралы анықтама (Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию) | 095/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 37 | Ерікті медициналық сақтандыру бойынша медициналық қызметке ақы төлеу есебі (Счет для оплаты медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию) | 099/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 38 | Телемедициналық консультация өткізу туралы өтінім (Заявка на проведение телемедицинской консультации) | 099-1/у | A5 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 39 | Телемедициналық консультацияға жіберілген пациенттердің есебін жүргізу журналы (Журнал учета пациентов, направленных на телемедицинскую консультацию) | 099-2/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| | Телемедицина орталығының телекоммуникация каналын | | | | |

| | | | | | |
|----|---|----------|----|--------------------------|--------------|
| 40 | пайдалану туралы тіркеу журналы (Журнал учета использования канала телекоммуникаций телемедицинским центром) | 099-3/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 41 | Аудандық телемедицина орталығының қызметі туралы есебі (Отчет о деятельности районного телемедицинского центра) | 099-4/у | A5 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 42 | Телемедициналық консультация өткізу хаттамасы (Протокол проведения телемедицинской консультации) | 099-5/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 43 | Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы (Заключение судебно-психиатрической экспертизы) | 100/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 44 | Сотталған адамды психиатриялық куәландыру қорытындысы (Заключение психиатрического освидетельствования осужденного) | 101/у | A5 | Бланк | куа (дмн)* |
| 45 | ИКСИ ЭКҰ шарасын өткізу хаттамасы (Протокол проведения процедуры ЭКО ИКСИ) | 103/у | A4 | Бланк | куа (дмн)* |
| 46 | Туу туралы медициналық куәлік (Медицинское свидетельство о рождении) | 103/у-12 | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 47 | Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың қорытындысы (Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении) | 104/у | A4 | Бланк | куа (дмн)* |
| 48 | Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы тіркеу журналы (Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической | 105/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | |

| | | | | | |
|----|---|------------|----|--------------------------|--------------|
| | экспертизы) | | | | 3 жыл (года) |
| 49 | Сот-психиатриялық сараптама комиссиясының істері (қылмыстық және азаматтық) мен қорытындыларын қабылдауды, беруді тіркеу журналы (Журнал регистрации приема, выдачи дел (уголовных и гражданских) и заключений судебно-психиатрических экспертных комиссий) | 105-1/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 50 | Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік (Медицинское свидетельство о смерти) | 106/у-12 | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 51 | Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік (Медицинское свидетельство о перинатальной смерти) | 106-2/у-12 | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 52 | Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы (Обменная карта беременной и родильницы) | 113/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 53 | ЭКУ тағайындау парағы (Лист назначения ЭКО) | 125/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 54 | Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы (Карта учета родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет) | 2009/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 55 | Анна өлім-жітімін есепке алу картасы (Карта учета материнской смертности) | 2009-1/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |

**3. АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ- ЕМХАНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДА ҚОЛДАНАЛАТЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ
МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

| Р/с № п/п | Нысанның атауы Наименование формы | Нысан нөмірі Номер формы | Формат | Құжат түрі Вид документа | Сақталу мерзімі Срок хранения |
|-----------------|---|-----------------------------------|--------|------------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Үйдегі стационар науқастарын есепке алу журналы (Журнал учета больных стационара на дому) | 001-2/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 2 | Стационарға, күндізгі стационарға емдеуге жатқызуға жолдама (Направление на госпитализацию в стационар, в дневной стационар) | 001-3/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 3 | Консультацияға немесе диагностикалық зерттеуге жіберілген науқасты есепке алу журналы (Журнал учета больных, направленных на консультацию или диагностическое исследование) | 001-5/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 4 | Емдеуге жатқызуға жіберілген және емдеуге жатудан бас тартқан науқастарды есепке алу журналы (Журнал учета больных, отправленных на госпитализацию и отказа в госпитализации) | 001-6/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 5 | Күндізгі стационар (емхана, аурухана), үйдегі стационар науқасының картасы (Карта больного дневного стационара (поликлиники, больницы), стационара на дому) | 003-2/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 6 | Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы (Медицинская карта амбулаторного пациента) | 025/y | A4 | Дәптер (Тетрадь), 24 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 7 | Амбулаториялық пациенттің медициналық картасына жасөспірімге жапсырма парақ (Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного пациента) | 025-1/y | A5 | Дәптер (Тетрадь), 6 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 8 | Қорытынды (анықталған) диагноздарды тіркеуге арналған статистикалық талон (Статистический талон для | 025-2/y | A5 | | 1 жыл (год) |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|------------------------------------|--------------|
| | регистрации заключительных (уточненных) диагнозов) | | | Бланк | |
| 9 | Диспансерлік есептегі амбулаторлық пациенттің медициналық картасына жапсырма парак (сатылық эпикриз) (Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента, находящегося на диспансерном учете (этапной эпикриз)) | 025-3/y | A5 | Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страницы) | 5 жыл (лет) |
| 10 | Дәрігердің қабылдауына арналған талон (Талон на прием к врачу) | 025-4/y | A5 | Бланк | 1 ай (мес) |
| 11 | Амбулаториялық пациенттің картасы (Карта амбулаторного пациента) | 025-5/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 12 | Баланы профилактикалық медициналық тексерудің (скринингтің) статистикалық картасы (Статистическая карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка) | 025-7/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 13 | Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) үшін амбулаториялық пациенттің картасы (Карта амбулаторного пациента для профилактического медицинского осмотра (скрининга)) | 025-8/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 14 | Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы (консультациялық-диагностикалық орталықтар (емханалар) үшін) (Статистическая карта амбулаторного пациента (для консультативно-диагностических центров (поликлиник)) | 025-9/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 15 | Баланың медициналық картасы (Медицинская карта ребенка) | 026/y | A5 | Дәптер (Тетрадь), 11 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 16 | Баланың медициналық картасы балалар үйі үшін (қыз бала) (Медицинская карта ребенка для детского дома (девочка)) | 026-1/y | A4 | Дәптер (Тетрадь), 11 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 17 | Баланың медициналық картасы балалар үйі үшін (ұл бала) (Медицинская карта ребенка для детского дома (мальчик)) | 026-2/y | A4 | Дәптер (Тетрадь), 11 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|-----------------------------------|--------------|
| 18 | Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы (Контрольная карта диспансерного наблюдения) | 030/y | A5 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 19 | "В" және "С" вирусты гепатиттерге тексерілгендер және ауыратын науқастарды жеке есепке алу картасы (Карта индивидуального учета обследованных и больных вирусными гепатитами "В" и "С") | 030-1/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 20 | Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы (Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством) | 030-2/y | A5 | Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 21 | Диспансерлік бақылаудың тексеру картасы (онко) (Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)) | 030-6/y | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 22 | Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу кітабы (Книга записи вызовов врачей на дом) | 031/y | A4 | Кітап (Книга), 94 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 23 | Үйде босануға көмектесуді жазу журналы (Журнал записи родовспоможения на дому) | 032/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 24 | Стоматологиялық емхананың бөлімшенің, бөлменің стоматолог-(тіс) дәрігерінің жұмысын күнделікті есепке алу парағы (Листок ежедневного учета работы врача стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета) | 037/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 25 | Ортопед (ортодонт) стоматолог-дәрігерінің күнделікті жұмысын есепке алу парағы (Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда (ортодонта)) | 037-1/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 26 | Емханада (амбулаторияда), диспансерде, консультацияда, үйде науқастарды қарауды есепке алу ведомосы (Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, | 039/y | A5 | | 1 жыл (год) |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|------------------------------------|--------------|
| | консультации и на дому) | | | Бланк | |
| 27 | Денсаулық пунктiнiң, фельдшерлiк-акушерлiк пункттiң орташа медициналық персоналына қаралуды есепке алу ведомосы (Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта) | 039-1/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 28 | Барлық меншiк нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердiң терапевтiк және хирургиялық қабылдаулар жұмысының жиынтық ведомосы (Сводная ведомость ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности) | 039-2/y | A4 | Бланк | 1 жыл (лет) |
| 29 | Стоматолог-ортодонт-дәрігердiң жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы врача стоматолога-ортодонта) | 039-3/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 30 | Стоматолог-ортопед дәрігердiң жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы врача стоматолога ортопеда) | 039-4/y | A3 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 31 | Дәрігерге қаралуға алдын ала жазылу карточкасы (Карточка предварительной записи на прием к врачу) | 040/y | A5 | Бланк | 1 жыл (лет) |
| 32 | Стоматологиялық науқастың медициналық картасы (Медицинская карта стоматологического больного) | 043/y | A5 | Дәптер (Тетрадь), 5 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 33 | Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы (Карта обратившегося за антирабической помощью) | 045/y | A5 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 34 | Мектеп оқушысының санациялық картасы (Санационная карта школьника) | 048/y | A4 | Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страницы) | 10 жыл (лет) |
| | Ауыз қуысын профилактикалық тексеріп- қарауды есепке алу | | | | |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|------------------------------------|--------------|
| 35 | журналы (Журнал учета профилактических осмотров полости рта) | 049/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 36 | Профилактикалық флюорографиялық тексеріп-қарау картасы (Карта профилактических флюорографических обследований) | 052/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 37 | Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емдеу картасы (Лечебная карта допризывника) | 053/y | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 38 | Шақырылушылардың жеке тізімі (жүйелі түрде емдеуге) (Именной список допризывников (для систематического лечения) | 054/y | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 39 | Әскерге шақырылатын жасөспірімдер тізімі (тексерілуге) (Именной список допризывников (на обследование) | 054-1/y | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 40 | Әскерге шақырылатын жасөспірімдер (диспансерлік қадағалауға) тізімі (Именной список допризывников (на диспансерное наблюдение) | 054-2/y | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 41 | Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы (Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг) | 055/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 42 | Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны (Талон прикрепления к медицинской организации) | 057/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 43 | Балалар емханасының, емхана бөлімшесінің изоляторына баруды тіркеу журналы (Журнал регистрации посещений изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники) | 059/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 44 | Дене шынықтырушы мен спортшының дәрігерлік-бақылау картасы (Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена) | 061/y | A4 | Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страницы) | 3 жыл (года) |
| 45 | Спортшыны диспансерлік байқаудың дәрігерлік-бақылау картасы (Врачебно-контрольная карта) | 062/y | A5 | | 5 жыл (лет) |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|------------------------------------|--------------|
| | диспансерного наблюдения спортсмена) | | | Дәптер (Тетрадь), 26 бет (страниц) | |
| 46 | Профилактикалық екепелердің картасы (Карта профилактических прививок) | 063/y | A5 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 47 | Профилактикалық екепелерді есепке алу журналы (Журнал учета профилактических прививок) | 064/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 48 | Жаңа туған нәрестелерге (перзентхана) профилактикалық екепелерді есепке алу журналы (Журнал учета профилактических прививок новорожденным (роддома)) | 064-1/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 49 | Вакциналар қозғалысының журналы (Журнал движения вакцин) | 064-2/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 50 | Жыныстық аурумен ауыратын наукастың медициналық картасы (Медицинская карта больного венерическим заболеванием) | 065/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 51 | Саңырауқұлақтық аурумен ауырған наукастың медициналық картасы (Медицинская карта больного грибковым заболеванием) | 065-1/y | A5 | Журнал, 48 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 52 | Күндізгі стационарда және үйдегі стационарда емдеуден өткен адамның статистикалық картасы (Статистическая карта прошедшего лечение в дневном стационаре и стационаре на дому) | 066-4/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 53 | Дене шынықтыру сабақтары мен спорт іс-шараларында көрсетілетін медициналық көмекті тіркеу журналы (Журнал регистрации медицинской помощи оказываемой на занятиях физической культурой и спортивных мероприятиях) | 067/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 54 | Дене шынықтыру іс-шараларына медициналық қызмет көрсетуді тіркеу журналы (Журнал регистрации медицинского обслуживания физкультурных мероприятий) | 068/y | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|------------------------------------|--------------|
| 55 | Амбулаторлық операцияларды жазу журналы (Журнал записи амбулаторных операций) | 069/у | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 56 | Жолдама алуға анықтама (Справка для получения путевки) | 070/у | A5 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 57 | Медициналық қорытынды (Медицинское заключение) | 071/ у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 58 | Санаториялық-курорттық карта (Санаторно-курортная карта) | 072/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 59 | Фельдшерлік-акушерлік пункттің бақылауында тұрған жүкті әйелдерді жазу дәптері (Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта) | 075/у | A4 | Дәптер (Тетрадь), 48 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 60 | Балалар мен жасөспірімдерге арналған санаториялық-курорттық карта (Санаторно-курортная карта для детей и подростков) | 076/у | A5 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 61 | Жолдама (балалар санаторийіне) (Путевка в детский санаторий) | 077/у | A5 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 62 | Туберкулезбен ауырған науқастар үшін санаторийге жолдама (Направление в санаторий для больных туберкулезом) | 078/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 63 | Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына медициналық анықтамасы (Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь) | 079/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 64 | Туберкулезбен ауыратын науқастың амбулаториялық картасы (Амбулаторная карта больного туберкулезом) | 081/у | A4 | Дәптер (Тетрадь), 26 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 65 | Туберкулезге күдікті науқастарды тіркеу журналы (Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез) | ТБ 15/у | A4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 66 | Диспансерлік контингентті бақылау картасы (Карта наблюдения за диспансерным контингентом) | ТБ 16/у | A5 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 67 | Шет елге шығушыға медициналық анықтама (Медицинская справка | 082/у | A5 | Бланк | |

| | | | | | |
|----|--|-------|----|-----------------------------------|--------------|
| | (для выезжающего за границу)) | | | | 3 жыл (года) |
| 68 | (Мемлекеттік автоинспекцияға көрсету үшін) Медициналық анықтама (Медицинская справка (для представления в Госавтоинспекцию)) | 083/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 69 | Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы (Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу) | 084/у | A5 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 70 | Туберкулезге қарсы диспансердің, аурухананың (емхананың) туберкулезге қарсы диспансерлік бөлімшесінің (бөлмесінің) учаскелік мейірбикесінің картасы (Карта участковой медсестры противотуберкулезного диспансера, противотуберкулезного диспансерного отделения (кабинета) больницы (поликлиники)) | 085/у | A4 | Дәптер (Тетрадь), 8 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 71 | Дәрігерлік кәсіби-консультациялық қорытынды медициналық анықтама (Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)) | 086/у | A5 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 72 | Денсаулық сақтау ұйымы заң консультантының жұмысын жазу кітабы (Книга записи работы юрисконсульта организации здравоохранения) | 087/у | A4 | Книга 96 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 73 | Алдын ала, кезеңдік немесе қосымша медициналық тексеруге жолдама (Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға) (Направление на предварительный периодический или дополнительный медицинский осмотр (для получения разрешения на | 108/у | A4 | Бланк | |

| | | | | | |
|----|---|------------|----|------------------------------------|--------------|
| | приобретение, хранение, хранение и ношения гражданского и служебного оружия)) | | | | 3 жыл (года) |
| 74 | Медициналық тексеру қорытындысы (Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға) (Заключение медицинского осмотра (для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношения гражданского и служебного оружия)) | 108-1/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 75 | Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы (Индивидуальная карта беременной и родильницы) | 111/у | A4 | Дәптер (Тетрадь), 6 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 76 | Баланың даму тарихы (ұл бала) История развития ребенка (мальчик) | 112-б(м)/у | A4 | Дәптер (Тетрадь) | 25 жыл (лет) |
| 77 | Баланың даму тарихы (қыз) История развития ребенка (девочка) | 112-к(д)/у | A4 | Дәптер (Тетрадь) | 25 жыл (лет) |
| 78 | Учаскелік (патронаждық) мейіркенің (акушердің) үйлерге жұмыс істеуін есепке алу дәптері (Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)) | 116/у | A4 | Дәптер (Тетрадь), 24 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 79 | Инфекциялық аурулар кабинетінің жұмысын есепке алу журналы (Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний) | 128/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 80 | Рецепт (рецепт) | 130/у | A6 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 81 | Профилактикалық тексеріп-қарауларды есепке алу картасы (Карта учета профилактических осмотров) | 131/у | A5 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 82 | Тегін немесе жеңілдікті рецепт (рецепт бесплатный или льготный) | 132/у | A6 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 83 | Дәрілік заттарды тегін және жеңілдікпен босатуға арналған рецептердің бланкілері есебін жүргізу кітабы (Книга учета бланков рецептов на бесплатный и льготный отпуск лекарственных средств) | 133/у | A4 | Кітап (Книга) | 5 жыл (лет) |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----|---|-------|----|------------------|--------------|
| 84 | Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы анықтама (Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком) | 138/у | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 85 | Амбулаториялық науқастарды тіркеу журналы (Журнал регистрации амбулаторных больных) | 278/у | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 86 | Диспансерлік бақылау картасы (Карта диспансерного наблюдения) | 279/у | A5 | Дәптер (Тетрадь) | 3 жыл (года) |

4. БАСҚА ТҮРДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ КҰЖАТТАМАСЫ

МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ДРУГИХ ТИПОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

| Р/с № п/п | Нысанның атауы Наименование формы | Нысан нөмірі Номер формы | Формат | Құжат түрі Вид документа | Сақталу мерзімі Срок хранения |
|-----------|---|-----------------------------|--------|-----------------------------|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Медбикелік күту ауруханасының стационарлық науқасының медициналық картасы (Медицинская карта стационарного больного больницы сестринского ухода) | 003-4/у | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 2 | Төтенше жағдайда зардап шеккеннің (науқас) алғашқы медициналық картасы (Первичная медицинская карта пораженного (больного) в чрезвычайной ситуации) | 025-6/у | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 3 | Төтенше жағдайлар (ТЖ) туралы шұғыл мәлімет жеткізу (Экстренное донесение о чрезвычайной ситуации (ЧС)) | 058-1/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 4 | Төтенше жағдайлар туралы жедел мәлімет жеткізу (Срочное донесение о чрезвычайной ситуации) | 058-2/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| | Төтенше жағдайларды (ТЖ) есепке алу | | | | |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|------------------------------------|--------------|
| 5 | журналы (Журнал учета чрезвычайных ситуаций (ЧС)) | 060-1/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 6 | АИТВ-жұқтырғандардың (ИБ (+) тіркеу журналы (Журнал регистрации ИБ (+) ВИЧ-инфицированных) | 060-2/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | куа (дмн)* |
| 7 | Төтенше жағдайда апаттық медицина орталығында зақым шеккендердің (аурулар) қозғалысының күнделікті есептік парақшасы (8.00 соңғы тәулік бойынша) (Ежедневный листок учета движения пораженных (больных) в центре медицины катастроф в чрезвычайных ситуациях (за истекшие сутки на 8.00) | 067-1/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 8 | Шаруашылық есептегі (жеке) ұйым дәрігерінің халықты қабылдауын күнделікті оперативті есепке алу журналы (Журнал ежедневного оперативного учета приема населения врачом хозрасчетной (частной) организации) | 098/у | A4 | Журнал | 2 жыл (года) |
| 9 | Оңалту картасы (Реабилитационная карта) | 107/у | A4 | Дәптер (Тетрадь), 25 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 10 | Жедел медициналық жәрдем станциясының (бөлімшесінің) шақыртуларды тіркеу журналы (Журнал регистрации вызовов станции (отделения) скорой медицинской помощи) | 109/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 11 | Жедел және шұғыл медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы (Карта вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи) | 110/у | A5 | Бланк | 2 жыл (года) |
| 12 | Учаскелік дәрігерге жіберілетін дабыл парағы (Сигнальный лист участковому врачу) | 110-1у | A5 | Бланк | 2 жыл (года) |
| 13 | Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағы (Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи) | 114/у | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |

| | | | | | |
|----|--|-------|----|--------------------------|--------------|
| 14 | Жедел медициналық жәрдем станция жұмысының күнделігі (Дневник работы станции скорой медицинской помощи) | 115/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 15 | Шақыртулардың қабылдануын, олардың ш ұ ғ ы л ж ә н е жоспарлы-консультациялық көмектер бөлімшесінің орындауын тіркеу журналы (Журнал регистрации приема вызовов, их выполнения отделением экстренной и планово-консультативной помощи) | 117/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 16 | Санитариялық ұшуға тапсырма (Задание на санитарный полет) | 118/у | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 17 | Консультант- дәрігерге- тапсырма (Задание врачу-консультанту). Тапсырманың орындалғаны туралы анықтама (Справка о выполнении задания). | 119/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 18 | Жоспарлы шығуды (ұшып шығуды) тіркеу журналы (Журнал регистрации плановых выездов (вылетов)) | 120/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 19 | Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы (Журнал учета приема детей в дом ребенка) | 121/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 20 | Бөбектер бақшасына балаларды қабылдауды есепке алу журналы (Журнал учета приема детей в ясли-сад) | 122/у | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 21 | Бөбектер бақшасына балалардың күнделікті келуін есепке алу табелі (Табель учета ежедневной посещаемости детей ясли-сада) | 123/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 22 | Баланың тамақтануын жазу (жасы 9 айға дейінгі балаларға толтырылады) картасы (Карта для записи питания ребенка (заполняется на детей в возрасте до 9 месяцев)) | 124/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 23 | Гемодиализ емшараларын есепке алу картасы (Карта учета процедур) | 150/у | A5 | Бланк | |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|------------------------------------|--------------|
| | гемодиализа) | | | | 1 жыл (год) |
| 24 | Экстракорпоралдык гемокоррекцияның картасы (Карта экстракорпоральной гемокоррекции) | 150-1/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 25 | Плазмаферез картасы (Карта плазмафереза) | 150-2/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 26 | Қанның ультракүлгін сәулеленуі, қанның лазерлік сәулеленуі картасы (Карта ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови) | 150-3/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 27 | Плазманы сүзгілеу картасы (Карта плазмофльтрации) | 150-4/у | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 28 | Велоэргометриялық зерттеу хаттамасы (Протокол велоэргометрического исследования) | 202/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 29 | Электрокардиограмма | 203/у | A5 | Дәптер (Тетрадь), 4 бет (страницы) | 25 жыл (лет) |
| 30 | Фонокардиограмма | 209/у | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 31 | Жүрек қызметінің фазалық талдау (поликாரдиография) (Фазовый анализ сердечной деятельности (поликாரдиография)) | 212/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 32 | Эхокардиографиялық тексеру картасы (Карта эхокардиографического обследования) | 213/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 33 | Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы (Карта лечашегося в кабинете лечебной физкультуры) | 213-2/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 34 | ӨаЭФЗ хаттамасы-өңеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу (Протокол ЧпЭФИ -чрезпищеводного электрофизиологического исследования) | 225/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 35 | Реография | 226/у | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 36 | Зональдық реография (Зональная реография) | 229/у | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 37 | Спирография | 231/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 38 | Эхоэнцефалография | 243/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|----------|----|-------|--------------|
| 39 | Электроэнцефалография | 243-1/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 40 | Перифериялық қан тамырларын функциялық зерттеу (Функциональное исследование периферических сосудов) | 246/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 41 | Ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование) | 247/у | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 42 | Емшек бездерін зерттеу хаттамасы (Протокол исследования грудных желез) | 247-1/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 43 | Ультрадыбыстық тексеру (жатыр, жатыр мойыны, аналық без) (Ультразвуковое исследование (матки, шейки матки, яичника)) | 247-2/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 44 | Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование беременной) | 247-3/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 45 | Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности) | 247-3/1у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 46 | Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности) | 247-3/2у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 47 | Ультрадыбыстық зерттеу (бауыр, от қабы, ұйқыбез, көкбауыр, бүйректер) (Ультразвуковое исследование (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки)) | 247-4/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 48 | Қуықты ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование мочевого пузыря) | 247-5/у | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 49 | Қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование щитовидной железы) | 247-6/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 50 | Қуық асты безін ультрадыбыстық зерттеу (Ультразвуковое исследование) | 247-7/у | A5 | Бланк | |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|--------|--------------|
| | предстательной железы) | | | | 25 жыл (лет) |
| 51 | Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне зерттеуге тізімдік жолдама (Направление посписочное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ) | 264/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 52 | Вирусқа қарсы АИТВ ДНК анықтау үшін ПЦР түскен материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего на ПЦР для определения провирусной ДНК ВИЧ) | 264-1/у | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 53 | АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ) | 264-2/у | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 54 | ПЦР әдісімен тексерудің қорытындысы (Результат исследования методом ПЦР) | 264-3/у | A4 | Журнал | 5 жыл (лет) |
| 55 | ПЦР-ге жолдама (Направление на ПЦР) | 264-4/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 56 | Вирустық жүктемеге жолдама (Направление на вирусную нагрузку) | 264-5/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 57 | АИТВ инфекциясы бар аналардан туған балаларға арналған ПЦР жолдама (Направление на ПЦР для детей, рожденных от ВИЧ инфицированных матерей) АИТВ ДНК вирустық анықтама (определение провирусной ДНК ВИЧ) | 264-6/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 58 | АИТВ-ға вирустық жүктемеге жолдама (Направление на вирусную нагрузку на ВИЧ) | 264-7/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 59 | Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ-ға антиденелерге зерттеуге жеке жолдама (Направление индивидуальное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ) | 264-8/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| | АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға резистенттілігіне | | | | |

| | | | | | |
|----|--|----------|----|--------|--------------|
| 60 | жолдама (Направление на резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам) | 264-9/у | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 61 | АИТВ-тың антиретровирустық препараттарға резистенттілігін анықтау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов на определение резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам) | 264-10/у | A4 | Журнал | 5 жыл (лет) |
| 62 | Референс зертханаға қанда АИТВ-ға антиденелердің болуын зерттеуге жолдама (Направление на исследование крови на наличие антител к ВИЧ - в референс лабораторию) | 265/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 63 | АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға төзімділігін зерттеу нәтижесі (Результат исследования резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам) | 265-1 | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 64 | Зерттеуге келген материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего на исследование) | 266/у | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 65 | АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы (Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на антитела к ВИЧ) | 267/у | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 66 | АИТВ-ға антиденесіне қайта бақылау сарысуын тіркеу және есепке алу журналы (Журнал регистрации и учета переконтрольных сывороток на антитела к ВИЧ) | 267-1/у | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 67 | Иммуноблот нәтижелерін есепке алу журналы (Журнал учета результатов иммуноблота) | 267-2/у | A4 | Журнал | 25 жыл (лет) |
| 68 | _____ ИФТ-ға алғашқы оң нәтижелі қан сарысуларын тіркеу журналы Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на _____ | 267-3/у | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|--------|--------------|
| 69 | АИТВ-инфекциясын жұқтырған адамдардың оң нәтижелі сарысуының қозғалысын тіркеу журналы (Журнал движения положительных сывороток от ВИЧ-инфицированных) | 268/у | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 70 | Жұқтырылған материалдарды залалсыздандыру журналы (Журнал обеззараживания инфицированных материалов) | 269/у | A4 | Журнал | 2 жыл (года) |
| 71 | АИТВ-ға антиденелерді тексеру қорытындысы (Результат исследования на антитела к ВИЧ) | 270/у | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 72 | АИТВ/ЖИТС-мен сырқаттанудың үдеу көрсеткішінің есеп беру нысаны (Отчетная форма показателя прогрессирования заболеваемости ВИЧ/СПИДом) | 270-1/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 73 | АИТВ-инфекциясын жұқтырып қайтыс болған адамдарды есепке алу журналы (Журнал учета умерших ВИЧ-инфицированных) | 270-2/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 74 | АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын есепке алу журналы (Журнал учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей) | 270-3/у | A4 | Журнал | 5 жыл (лет) |
| 75 | АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін кеңес беруді есепке алу журналы (Журнал учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ) | 270-4/у | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 76 | АИТВ инфекциясы және ТБ бірлескен ауруларға жүргізілген профилактикалық шаралар мен (АРТ) емдеуді есепке алу журналы (Журнал учета проведения профилактических мероприятий и лечения (АРТ) больным с сочетанной инфекцией - ВИЧ /ТБ) | 270-5/у | A5 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 77 | АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы (Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери) | 270-6/у | A4 | Журнал | 5 жыл (лет) |
| | Зертхана қызметкерлерін тексеруді | | | | |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|--------|--------------|
| 78 | тіркеу журналы (Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории) | 271/у | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 79 | АИТВ қарсы антиденелерге тексерілгені туралы куәлікті беру журналы (Журнал выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ) | 272/у | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 80 | Референс-зертханаға қайта тексеруге түскен қан сарысуының нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы (Журнал регистрации и учета результатов сывороток крови, поступивших на переконтроль в референс-лабораторию) | 272-1/у | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 81 | АИТВ-инфекциясы туралы шұғыл хабарлама (Экстренное извещение о ВИЧ-инфекции) | 274/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 82 | ЖИТС - диагнозының өзгергені туралы хабарлама (Донесения об изменении диагноза – СПИД) | 274-1/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 83 | ЖИТС-пен ауырған немесе АИТВ-инфекциясын тасушы адаммен жасырын әңгімелесу парағы (Лист конфиденциального собеседования с лицом больным СПИДом или носителем ВИЧ-инфекции) | 275/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 84 | Зертханашы - дәрігердің жұмысын есепке алу күнделігі (Дневник учета работы врача-лаборанта) | 277/у | A3 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 85 | Бракераждық журнал (Бракеражный журнал) | 280/у | A4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 86 | Қанды CD-4, CD-8 тексеру үшін берілген _____ № жолдама (Направление № _____ на исследование крови на CD-4, CD-8) | 281/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 87 | CD-4, CD-8 анықтау үшін алынған үлгілердің қорытындысын тіркеу журналы (Журнал учета результатов образцов, | 281-1/у | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|-------|-------------|
| | поступающих для определения CD-4, CD-8) | | | | |
| 88 | CD-4, CD-8 тексерілген қанның қорытындысы Результаты исследования крови на CD-4, CD-8 | 281-2/у | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |

**5. СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМА ҰЙЫМДАРЫНЫҢ
МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛУ
ҚҰЖАТТАМАСЫ
МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

| Р/с № п/п | Нысанның атауы Наименование формы | Нысан нөмірі Номер формы | Формат | Құжат түрі Вид документа | Сақталу мерзімі Срок хранения |
|-----------------|---|-----------------------------------|--------|-----------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Мәйіттің сот-медициналық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта судебно-медицинской экспертизы трупа) | 170/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 2 | Куәландыруды сот-медициналық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта судебно-медицинской экспертизы свидетельствуемого) | 170-1/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 3 | Сот-медициналық куәландыру актісі (акт судебно-медицинского освидетельствования) | 170-2/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 4 | Медициналық-криминалистикалық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта медико-криминалистической экспертизы) | 173/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 5 | Сот-биологиялық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта судебно-биологической экспертизы) | 173-1/у | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 6. | Молекулалы-генетикалық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта молекулярно-генетической | 173-2/у | A4 | | 25 жыл (лет) |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|--------------------------|--------------|
| | экспертизы) | | | Бланк | |
| 7. | Заттай айғақтарды сот-медициналық зерттеу актісі (Акт судебно-медицинского исследования вещественных доказательств) | 173-3/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 8 | Сот–гистологиялық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта судебно-гистологической экспертизы) | 176/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 9 | Химиялық-токсикологиялық сараптама сарапшысының қорытындысы (Заключение эксперта химико-токсикологической экспертизы) | 177/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 10 | Химиялық -токсикологиялық зерттеу актісі (Акт химико-токсикологического исследования) | 177-1/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 11 | Сот-медициналық зертханаға жолдама (Направление в судебно-медицинскую лабораторию) | 178/y | A5 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 12 | Химиялық-токсикологиялық зерттеуге жолдама (Направление на химико-токсикологическое исследование) | 179/y | A4 | Бланк | 19 жыл (лет) |
| 13 | Сот-гистологиялық зерттеуге жолдама (Направление на судебно-гистологическое исследование) | 180/y | A4 | Бланк | 10 жыл (лет) |
| 14 | Сот - медицина мәйтханасында мәйттерді тіркеу журналы (Журнал регистрации трупов в судебно-медицинском морге) | 181/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 15 | Куәландырудың сот-медициналық сараптамаларын тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских экспертиз свидетельствуемых) | 182/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 16 | Медициналық құжаттама бойынша сот-медициналық сараптамаларды тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских экспертиз по медицинской документации) | 182-1/y | A4 | Журнал, 96 бет. (стр.) | 10 жыл (лет) |
| 17 | Жыныстық жағдайлар (қылмыстар) бойынша сот-медициналық сараптамаларды тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских экспертиз по | 182-2/y | A4 | | 10 жыл (лет) |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|--------------------------|--------------|
| | половым состояниям, преступлениям) | | | Журнал, 96 бет (страниц) | |
| 18 | Сот-медициналық куәландыруды тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских освидетельствований) | 182-3/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 19 | Комиссиялық сот-медициналық сараптамаларды тіркеу журналы (Журнал регистрации комиссионных судебно-медицинских экспертиз) | 183/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 20 | Қайталау және қосымша сот-медициналық сараптамаларды тіркеу журналы (журнал регистрации повторных и дополнительных судебно-медицинских экспертиз) | 183-1/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 21 | Зертханада заттай айғақтар мен олардың құжаттарын тіркеу журналы (Журнал регистрации вещественных доказательств и документов к ним в лаборатории) | 184/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 22 | Зертханада заттай айғақтардың сот-медициналық зерттеуін тіркеу журналы (Журнал регистрации судебно-медицинских исследований вещественных доказательств в лаборатории) | 184-1/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 23 | Сот-биологиялық бөлімде (бөлімшеде) жұғынды және тампон зерттеулерді тіркеу журналы (Журнал регистрации исследований мазков и тампонов в судебно-биологическом отделе (отделении)) | 185/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 24 | Сот-биологиялық бөлімде (бөлімшеде) мәйіт қанын зерттеуді тіркеу журналы (Журнал регистрации исследований трупной крови в судебно-биологическом отделе (отделении)) | 186/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 25 | Тірі адамдардың қанын сот-биологиялық бөлімде (бөлімшеде) зерттеуді тіркеу журналы (Журнал регистрации исследований крови живых лиц в судебно – биологическом отделе (отделении)) | 186-1/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| | Тірі адамдардың қанын молекулярлы-генетикалық бөлімде зерттеуді тіркеу журналы (Журнал | | | | |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|---------------------------|--------------|
| 26 | регистрации исследований крови живых лиц в молекулярно-генетическом отделе) | 186-2/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 27 | Сарапшының (ларының) қорытындысы (Заключение эксперта (экспертов)) | 188/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 28 | Сот-медициналық сарапшының қорытындысына орай консультация алуға, рентгенологиялық зерттеуге жолдама (Направление на консультацию, рентгенологическое исследование к заключению судебно-медицинского эксперта) | 189/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 29 | Сот-гистологиялық бөлімде (бөлімшеде) материалдар мен құжаттарды тіркеу журналы (Журнал регистрации материалов и документов в судебно-гистологическом отделе (отделении)) | 190/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |
| 30 | Мәйітханада киімдерді, заттай айғақтарды, бағалы заттар мен құжаттарды тіркеу журналы (Журнал регистрации носильных вещей, вещественных доказательств, ценностей и документов в морге) | 191/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 25 жыл (лет) |

**6. МЕДИЦИНА ҰЙЫМДАРЫНЫҢ ҚҰРАМЫНДАҒЫ
ЗЕРТХАНАЛАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ
ЕСЕПКЕ АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ
МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ЛАБОРАТОРИЙ В
СОСТАВЕ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

| Р/ с № п/ п | Нысанның атауы Наименование формы | Нысан нөмірі Номер формы | Формат | Құжат түрі Вид документа | Сақталу мерзімі Срок хранения |
|-------------------------|--|-----------------------------------|--------|-----------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | (№__сериалы бақылаудағы сарысудың қайта өндірілуінің параметрлерін зерттеу нәтижелерін) Бақылау картасы (Контрольная карта (контроль воспроизводимости результатов | 200/y | A5 | Бланк | |

| | | | | | |
|----|--|-------|----|-------|--------------|
| | исследования параметров контрольной сыворотки серии)) | | | | 1 жыл (год) |
| 2 | Қан талдауына жолдау (Направление на анализ крови) | 201/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 3 | Қанды биохимиялық генетикалық скринингке жолдау (Направление крови на биохимический генетический скрининг) | 202/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 4 | Микробиологиялық зерттеуге жолдама (Направление на микробиологическое исследование) | 204/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 5 | Санитариялық-микробиологиялық зерттеуге жолдама. Санитариялық-микробиологиялық зерттеу нәтижесі (Направление на санитарно-микробиологическое исследование. Результат санитарно-микробиологического исследования) | 205/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 6 | Антиглобулиндік тестіге (тікелей сынама, тікелей емес сынама) жолдама (Направлениена антиглобулиновый тест (прямой, непрямой) | 206/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 7 | Қанды иммуногематологиялық зерттеуге (қан тобы, резус-тиістілік, антиэритроциттік антиденелер) жолдама (Направление на иммуногематологические исследования крови (группа крови, резус-принадлежность, антиэритроцитарные антитела) | 207/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 8 | Глюкозаның тәуліктік экскрециясын талдау (Анализ - суточной экскреции глюкозы) | 208/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 9 | Несеп талдау (Анализ мочи) | 210/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 10 | Зимницкий бойынша несеп тадауы (Анализ мочи по Зимницкому) | 211/y | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 11 | Қан және несеп тадауы (А-амилаза белсенділігі) (Анализ крови и мочи (активность а-амилазы)) | 214/y | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 12 | Несептің пішіндік элементтері санын анықтау талдауы (Анализ (определение количества форменных элементов мочи)) | 215/y | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| | Қақырықты экспресс зерттеу | | | | |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|-------|--------------|
| 13 | (алгоритмдік талдау) (Экспресс — исследование мокроты (алгоритмический анализ)) | 216/y | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 14 | Қақырық тадауы (Анализ мокроты) | 216-1/y | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 15 | Плевралық сұйықтығының талдауы (Анализ плевральной жидкости). | 216-2/y | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 16 | Қуық асты безі секретінің талдауы (Анализ секрета простаты) | 217/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 17 | Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектен бөлінген сұйықтар талдауы (Анализ отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки) | 218/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 18 | Копрологиялық зерттеу (Копрологическое исследование) | 219/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 19 | Гельминттер жұмыртқасы, жасырын қан, стеркобилин, билирубин нәжіс талдауы (Анализ кала (яйца гельминтов, скрытая кровь, стеркобилин, билирубин)) | 220/y | A7 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 20 | Асқазан сұйықтығының талдауы (фракциялық зерттеу) (Анализ желудочного содержимого (фракционное исследование)) | 221/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 21 | Ұлтабарды сүңгілеу картасы (Карта дуоденального зондирования) | 222/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 22 | Дуоденал сұйықтығының талдауы (Анализ дуоденального содержимого) | 222-1/y | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 23 | Жұлын сұйықтығының талдауы (Анализ спинномозговой жидкости) | 223/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 24 | Қан талдауы (кеңейтілген) (Анализ крови (развернутый)) | 224/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 25 | Сүйек кемігі пунктатының талдауы (Анализ пунктата костного мозга) | 227/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 26 | Қанның биохимиялық талдауы (Биохимический анализ крови) | 228/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 27 | Биохимиялық талдауы Реберг сынамаcы (Биохимический анализ проба Реберга) | 230/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 28 | Қан талдауы глюкозамен жүктеуге төзімділік сынамаcы (Анализ крови проба на толерантность к нагрузке глюкозой) | 232/y | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |

| | | | | | |
|----|--|---------|----|--------------------------|--------------|
| 29 | Несеппен фосфор, кальций, оксалаттардың тәуліктік экскрециясы (Суточная экскреция с мочой фосфора, кальция, оксалатов) | 233/y | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 30 | Электролиттер мөлшеріне қан талдауы (Анализ крови (содержание электролитов)) | 234/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 31 | Гормондар мен медиаторлардың мөлшерін анықтау қан талдауы (Анализ крови на содержание гормонов и медиаторов) | 235/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 32 | Гормондар мен медиаторлар мөлшеріне несеп талдауы (Анализ мочи на содержание гормонов и медиаторов) | 236/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 33 | Коагуологиялық зерттеу қан талдауы (Анализ крови (коагуологические исследования)) | 237/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 34 | Талдау №__ қанды LE - клеткаға зерттеу (Анализ (исследование крови на LE - клетки)) | 238/y | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 35 | Микробиологиялық зерттеу нәтижесі (Результат микробиологического исследования) | 239/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 36 | Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері (Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам) | 240/y | A4 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 37 | Перзентханалардан, ауруханалардан, шаштараздардан және басқалардан әкелінген материалды микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований материала из роддомов, больниц, парикмахерских и прочее) | 240-1/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 38 | Иерсинниозға микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований на иерсинниоз) | 240-2/y | A4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| | Мал шаруашылығы өнімдеріндегі | | | | |

| | | | | | |
|----|--|----------|----|--------------------------|-------------|
| 39 | антибиотиктердің қалдық мөлшерін анықтаудың микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований по определению остаточных количеств антибиотиков в продуктах животноводства) | 240-3/у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 40 | Ыдыстар мен коректік орталарды бақылау журналы (Журнал контроля посуды и питательных сред) | 240-4/у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 41 | Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений) | 240-5/у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 42 | Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам) | 240-6/у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 43 | Қанды гемокультураға микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований крови на гемокультуру) | 240-7/у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 44 | Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований крови на стерильность) | 240-8/у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 45 | Емдік балшықтарды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований лечебных грязей) | 240-9/у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 46 | Қанды безгекке зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета исследований крови на малярию) | 240-10/у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 47 | Қанды эхинококка зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета исследований крови на эхинококк) | 240-11/у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 48 | Күнделікті тұтыну заттары мен қолдар жуындыларын зерттеуді есепке алу журналы (Журнал учета исследований смывов с предметов обихода и рук) | 240-12/у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| | Балықты описторх пен жалпақ | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--------------|----|--------------------------|--------------|
| 49 | лентец құрттарын жұқтыруына зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета исследований рыбы на зараженность личинками описторха и широкого лентеца) | 240-13/ у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 50 | Уытты құл дақылын қайта себу журналы (Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии) | 240-14/ у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 51 | Стафилококкты фаготиптеу журналы (Журнал фаготипирования стафилококка) | 240-15/ у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 52 | РСЭС-ке расталуға берілген культураларды тіркеу журналы (Журнал регистрации культур, переданных для подтверждения в РСЭС) | 240-16/ у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 53 | Безгек бойынша қолайсыз жерлерден келген адамдарды диспансерлік есепке алу журналы (Журнал диспансерного учета прибывших лиц из неблагополучных мест по малярии) | 240-17/ у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 54 | 3.01.067-97 "Ауыз су" Сан ЕменН бойынша микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований по СанПиН 3.01.067-97 "Вода питьевая") | 240-18/ у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 55 | Құлге микробиологиялық зерттеулер журналы (Журнал микробиологических исследований на дифтерию) | 240-19/ у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 56 | Вассерман реакциясы және т.б. қан талдауы (Анализ крови - реакция Вассермана и др.) | 241/у | А5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 57 | Серологиялық зерттеулер нәтижесі қан тадауы (Анализ крови (результат серологических исследований)) | 242/у | А5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 58 | Иммунологиялық талдауы (Иммунологический анализ) | 244/у | А5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 59 | Иммунограмма | 244-1/у | А5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 60 | Иммуноглобулиндер (Иммуноглобулины) | 244-2/у | А5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| | Антистрептолизин-О, антигиалуронидаза, | | | | |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|--------|--------------|
| 61 | антистрептокиназа, С-реактивті нәруыз, ревматоид факторы, церулоплазмин қан талдауы (Анализ крови (антистрептолизин-О, ангиалуронидаза, антистрептокиназа, С-реактивный белок, ревматоидный фактор, цероплазмин)) | 244-3/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 62 | Вирусты гепатиттердің маркерлеріне қанды зерттеу жолдама (Направление (исследование крови на маркеры вирусных гепатитов)) | 245/y | A6 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 63 | Иммуноферменттік талдау (Иммуноферментный анализ) | 245-1/y | A5 | Бланк | 25 жыл (лет) |
| 64 | Қанды экспресс-әдіспен талдау (Анализ крови экспресс-методом) | 248/y | A5 | Бланк | 1 жыл (лет) |
| 65 | Қанды микрореакцияға жолдау (Направление крови на микрореакцию) | 249/y | A5 | Бланк | 1 жыл (лет) |
| 66 | Талдаулар мен олардың нәтижесін тіркеу журналы (Журнал регистрации анализов и их результатов) | 250/y | A4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 67 | Микробиологиялық және паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналы (Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований) | 252/y | A4 | Журнал | 1 жыл (год) |
| 68 | Микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований) | 253/y | A4 | Журнал | 1 жыл (год) |
| 69 | Шайындылардың стерильдігіне микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы (Рабочий журнал микробиологических исследований смывов на стерильность) | 253-1/y | A4 | Журнал | 1 жыл (год) |
| 70 | Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы (Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха) | 253-2/y | A4 | Журнал | 1 жыл (год) |
| | Микроорганизмдердің химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтауға арналған зерттеулер мен олардың нәтижесін тіркеу журналы (Журнал | | | | |

| | | | | | |
|----|---|-----------|----|--------|--------------|
| 71 | регистрации исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов к химио-терапевтическим препаратам) | 254/у | А4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 72 | Зертханалық тіркеу журналы (Лабораторный регистрационный журнал) | ТБ 04 / у | А4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 73 | Қақырықты туберкулез микобактериясына микроскопиялық тексеруге жіберетін жолдама (Направление на проведение микроскопического исследования мокроты на наличие микобактерии туберкулеза) | ТБ 05/ у | А4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 74 | ТМБ культурасын туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілерге сезімталдығын анықтауға жолдама (Направление на чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам) | ТБ 06/ у | А4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 75 | ТМБ культурасының туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығының нәтижелерін алуға арналған жолдама (Направление на получение результатов теста на лекарственную чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам) | ТБ 06А /у | А4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 76 | Қақырықты Хрерт МТВ/RIF-мен зертханалық зерттеуге жолдама (Направление на лабораторное исследование мокроты на Хрерт МТВ/RIF) | ТБ 06Б /у | А4 | Бланк | 3 жыл (года) |
| 77 | Культуралық зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы (Лабораторный журнал учета культуральных исследований) | ТБ 17/ у | А4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 78 | ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы (Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ) | ТБ 18/ у | А4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 79 | ВАСТЕС ТМБ дәріге сезімталдық тестісі және культуралық зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета культуральных | | А4 | Журнал | |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|--------------------------|--------------|
| | исследований и теста на лекарственную чувствительность МБТ проведенного на ВАСТЕС) | ТБ 24/у | | | 3 жыл (года) |
| 80 | НАIN тест және ХpertMTB/RIF нәтижелерін есепке алу журналы (Журнал учета результатов НАIN-теста и ХpertMTB/RIF) | ТБ 25/у | А4 | Журнал | 3 жыл (года) |
| 81 | Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы (Журнал приготовления и контроля питательных сред) | 256/у | А4 | Журнал, 96 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 82 | Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру журналы (Журнал контроля работы стерилизатора воздушного, парового (автоклава)) | 257/у | А4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 83 | Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы (Рабочий журнал исследований на стерильность) | 258/у | А4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 84 | Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы (Журнал регистрации серологических исследований) | 259/у | А4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 85 | Серологиялық зерттеулерді тіркеу (мерезді диагностикалау) журналы (Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса)) | 260/у | А4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 3 жыл (года) |
| 86 | Зертханашы дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағы (Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта) | 261/у | А4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 87 | Зертханада жасалған талдаулар санын есептеу жұмыс журналы (Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории) | 262/у | А4 | Журнал, 48 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 88 | Кіріс бақылау актісі (Акт входного контроля) | 263/у | А5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 89 | Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу актісі (Акт приема - передачи образцов для исследования) | 283/у | А5 | Бланк | 1 жыл (год) |

**7. ҚАН ҚЫЗМЕТІ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛУ ҚҰЖАТТАМАСЫ
МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ КРОВИ**

| Р/с № п/п | Нысанның атауы Наименование формы | Нысан нөмірі Номер формы | Формат | Құжат түрі Вид документа | Сақталу мерзімі Срок хранения |
|-----------|--------------------------------------|-----------------------------|--------|-----------------------------|----------------------------------|
|-----------|--------------------------------------|-----------------------------|--------|-----------------------------|----------------------------------|

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----|--|---------|----|------------------------------------|-------------|
| 1 | Жолдама (Направление (донору на ФГ)) | 400/y | A6 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 2 | Анықтама (Донорға жұмыс орнына көрсету үшін берілді) (Справка (донору для предъявления по месту работы)) | 402/y | A6 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 3 | Қан тапсыруға, плазмаферезге және т.б. жолдама (Направление на кроводачу, плазмаферез и др.) | 404/y | A5 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 4 | ____ № ____ күн сайынғы ведомостан алынған донордың қан үлгісін бастапқы зертханалық зерттеу нәтижелерінің жиынтық ведомосы (Сводная ведомость результатов первичного лабораторного исследования образцов крови донор за ____ № ____ ежедневной ведомости) | 405/y | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 5 | ____ күні донорларды алдын ала зертханалық тексеруден өткізу ведомосы (Ведомость предварительного лабораторного обследования доноров за ____) | 405-1/y | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 6 | Үлгілерді трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосы ____ (Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов на трансфузионные инфекции за ____) | 405-2/y | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 7 | Қанды жеке және арнайы іріктеуге жолдама (Направление на индивидуальный и специальный подбор крови) | 405-3/y | A4 | Бланк | 3 жыл (лет) |
| 8 | Ақылы донордың медициналық картасы (Медицинская карта платного донора) | 406/y | A4 | Дәптер (Тетрадь), 32 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 9 | Тегін донордың картасы (Карта безвозмездного донора) | 407/y | A4 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 10 | Донорларды иммундау емшараларын тіркеу журналы (Журнал регистрации процедур иммунизации доноров) | 408/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 11 | Донорларды иммундауды есепке алу ведомосы (Ведомость учета иммунизации доноров) | 409/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| | Донорлыққа қатысуға ниет | | | | |

| | | | | | |
|----|--|----------|----|--------------------------|-------------|
| 12 | білдірген тұлғаларды есепке алу күнделігі (Дневник учета лиц, обратившихся для участия в донорстве) | 410/у | A4 | Журнал, 40 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 13 | Донорлар мен науқастарды типтеу журналы (Журнал типирования доноров и больных) | 410-1/у | A4 | Журнал, 40 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 14 | HLA-типтеу нәтижесі (Результат HLA-типирования) | 410-2/у | A4 | Журнал, 40 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 15 | HLA-антиденелі донорларды тіркеу журналы (Журнал регистрации доноров с HLA - антителами) | 410-3/у | A4 | Журнал, 40 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 16 | HLA-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау нәтижесін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов определения HLA-антител серологическим и ИФА методами) | 410-4/у | A4 | Журнал, 40 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 17 | SBT типтеу әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы (Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SBT методики типирования) | 410-5/у | A4 | Журнал, 40 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 18 | Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы (Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики типирования) | 410-6/у | A4 | Журнал, 40 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 19 | HLA-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу журналы (Журнал регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования) | 410-7/у | A4 | Журнал, 40 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 20 | Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу журналы (Журнал регистрации приема и выдачи анализов) | 410-8/у | A4 | Журнал, 40 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 21 | Лейкоциттік антиденелерді анықтауға жолдама (Направление на определение лейкоцитарных антител) | 410-9/у | A5 | Бланк | 3 жыл (лет) |
| 22 | HLA-жүйесі бойынша типтеуге жолдама (Направление на типирование по HLA-системе) | 410-10/у | A5 | Бланк | 3 жыл (лет) |
| 23 | "Кросс-матч" үйлесімділігіне жеке сынамаға жолдама (Направление на индивидуальную пробу на совместимость "Кросс-матч") | 410-11/у | A5 | Бланк | 3 жыл (лет) |

| | | | | | |
|----|---|----------|----|--------------------------|--------------|
| 24 | Тромбоциттерді HLA-жүйесі бойынша арнайы іріктеу сынама сынама жолдама (Направление на специальный подбор тромбоцитов по HLA-системе) | 410-12/y | A5 | Бланк | 3 жыл (лет) |
| 25 | Антиденелерді серологиялық әдіспен анықтау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов определения антител серологическим методом) | 410-13/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 26 | "Кросс-матч" үйлесімділігіне сынама нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов пробы на совместимость "кросс-матч") | 410-14/y | A4 | Журнал, 40 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 27 | Донор қанын дайындауды есепке алу журналы (Журнал учета заготовки донорской крови) | 411/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 28 | Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерінің қозғалысын есепке алу және жарамсыздыққа шығару журналы (Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров кроводач) | 411 -1/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 29 | Донор қаны компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства компонентов донорской крови методом плазмацитафереза) | 412/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 30 | Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсыздыққа шығару журналы (Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и клеток) | 412 -1/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 31 | Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства компонентов донорской крови) | 413/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 32 | Донор қанының жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства клеточных компонентов донорской крови) | 413 -1/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----|---|----------|----|--------------------------|--------------|
| 33 | Донор плазмасынан криопреципитатты өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства криопреципитата из донорской плазмы) | 413 -2/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 34 | Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства плазмы свежемороженой вирусинактивированной) | 413 -3/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 35 | Мұздатылған эритроциттерді өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства эритроцитов замороженных) | 413 -4/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 36 | Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов) | 413 -5/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 37 | Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алу журналы (Журнал учета производства фибринового клея из дозы донорской плазмы) | 413 -6/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 38 | Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процессін тіркеу журналы (Журнал регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее дериватов) | 413 -7/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 39 | Криоконсервіленген қан компоненттерін өндіру журналы (Журнал производства криоконсервированных компонентов крови) | 414/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 40 | Уақытша оқшауланған сақталудағы қан компоненттерін тіркеу журналы (Журнал регистрации компонентов крови, находящихся на временном изолированном хранении) | 415/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 41 | Ерітінділер бөлмесінің жұмысын есепке алу журналы (Журнал учета работы растворной) | 416/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| | Медициналық ұйымдардың трансфузия ортасына берген | | | | |

| | | | | | |
|----|---|----------|----|--------------------------|--------------|
| 42 | өтінімдерін есепке алу журналы (Журнал учета заявок медицинских организаций на трансфузионные сред) | 417/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 43 | Қанды және оның компоненттерін жарамсыздығы бойынша есептен шығаруды тіркеу журналы (Журнал регистрации списания крови и ее компонентов по браку) | 418/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 44 | Қан компоненттерін саластырмалы жарамсыздығы бойынша тіркеу журналы (Журнал регистрации компонентов крови по относительному браку) | 418-1/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 45 | Карантиндеудегі _____(плазманың түрі) плазманы тіркеу журналы (Журнал регистрации плазмы _____(вид плазмы), находящейся на карантинизации) | 419/y | A3 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 46 | Карантиндеудегі _____(плазманың түрі) плазманың кірісі мен шығысының журналы (Журнал прихода и расхода плазмы _____(вид плазмы), находящейся на карантинизации) | 420/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| 47 | Трансфузиялық заттарға ақылы немесе тегін негіздегі өтінім (Заявка на трансфузионные среды на платной или бесплатной основе) | 421/y | A5 | Бланк | 7 күн (дней) |
| 48 | Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу журналы (Журнал учета выдачи крови и клеточных компонентов – эритроцитов) | 422/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 49 | Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару журналы (Журнал списания компонентов крови в отделении выдачи продукции) | 422 -1/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 50 | Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу журналы (Журнал учета выдачи плазмы и криопреципитата) | 422 -2/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| | Жасушалық қан компоненттерін – | | | | |

| | | | | | |
|----|--|----------|----|--------------------------|--------------|
| 51 | тромбоциттерді, лейкоциттерді беруді есепке алу журналы (Журнал учета выдачи клеточных компонентов крови – тромбоцитов, лейкоцитов) | 422 -3/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 52 | Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналы (Журнал учета выдачи стандартных диагностикумов) | 422 -4/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 53 | Қан препараттардын босатуды есепке алу журналы (Журнал учета выдачи препаратов крови) | 422 -5/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 54 | Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және каналмастырғылардың өнімді беру бөлімшесі бойынша қозғалысын есепке алу ведомосы (Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции) | 423/y | A4 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 55 | Карантиндегі плазманы жою актісі (Акт уничтожения плазмы, находящейся на карантинизации) | 424/y | A5 | Бланк | 1 ай (месяц) |
| 56 | Донорлардың зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы (Журнал регистрации образцов крови доноров, поступивших для лабораторных исследований) | 425 /y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 57 | Донорлардың бастапқы зертханалық тексерулерін тіркеу журналы (Журнал регистрации первичного лабораторного обследования доноров) | 425 -1/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 58 | Донор қанының биохимиялық және клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов биохимических и клинических исследований донорской крови) | 425-2/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 59 | МҰ түскен қанның иммуногематологиялық зерттеуінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований крови, поступившей из МО) | 425 -3/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| | Стандартты (консервіленген) | | | | |

| | | | | | |
|----|---|-----------|----|--------------------------|-------------|
| 60 | эритроциттерді дайындау журналы (Журнал изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов) | 425 -4/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 61 | Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований донорской крови) | 425 -5/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 62 | Жеке және арнайы іріктелген донор қанын тіркеу журналы (Журнал регистрации индивидуального и специального подбора донорской крови) | 425 -6/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 63 | Жеке іріктелген қан нәтижесі (Результат индивидуального подбора крови) | 425 -7/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 64 | Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов биохимических исследований донорской крови) | 425 -8/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 65 | Донор қанының клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов клинических исследований донорской крови) | 425 -9/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 66 | Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов исследований белковых фракций донорской крови) | 425 -10/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 67 | Медициналық ұйымдарға трансфузиялық заттардың берілуін есепке алу картасы (Карта учета выдачи трансфузионных сред медицинской организации) | 426/y | A3 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 68 | Стандартты эритроциттер мен лимфоциттер дайындау үшін донордан алынған қанды есепке алу картасы (Карта учета крови, взятой у донора для приготовления стандартных эритроцитов и лимфоцитов) | 427/y | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| | Үй қояндарының эритроциттері | | | | |

| | | | | | |
|----|---|---------|----|--------------------------|-------------|
| 69 | қоюын дайындауды тіркеу журналы (Журнал регистрации приготовления взвеси эритроцитов кроликов) | 427-1/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 70 | Изоиммунды тұлғаны есепке алу картасы (Карта учета изоиммунного лица) | 428/у | A5 | Бланк | 5 жыл (лет) |
| 71 | АВО жүйесі бойынша стандартты сарысу дайындау үшін түскен материалдарды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего для изготовления стандартной сыворотки системы АВО) | 429/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 72 | Дайындалған АВО сарысуын тіркеу журналы (Журнал регистрации изготовленной стандартной сыворотки АВО) | 430/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 1 жыл (год) |
| 73 | Антиальфастафилолизинді сарысуларда, донорлар плазмасында, иммундық препараттарда анықтау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов определения антиальфастафилолизина в сыворотках, плазме доноров, иммунопрепаратах) | 430-1/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 74 | Донор үй қояндарының сарысуында антиальфастафилолизинді анықтау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов определения антиальфастафилолизина в сыворотке кроликов-доноров) | 430-2/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 75 | Стафилококктік альфатоксиннің (Lh) гемолиздік әсерінің лимитін анықтау журналы (Журнал определения лимита гемолитического действия (Lh) стафилококкового альфатоксина) | 430-3/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 76 | Донорлық антиальфастафилолизинді анықтау нәтижесі (плазма, сарысу, иммуноглобулин) (Результат определения антистафилолизина в донорской(-ом) (плазма, сыворотка, ммуноглобулин)) | 430-4/у | A5 | Бланк | 1 жыл (год) |
| | Стандартты антирезус сарысуды | | | | |

| | | | | | |
|----|--|----------|----|--------------------------|-------------|
| 77 | (реагентті, реактивті) дайындау үшін түскен материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего для изготовления стандартной сыворотки антирезус (реагента, реактива)) | 431/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 78 | Скринингке түскен сарысуларды есепке алу журналы (Журнал учета поступления сывороток на скрининг) | 431-1/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 79 | Дайындалған стандартты антирезус сарысуларын (реагентті, реактивті) тіркеу журналы (Журнал регистрации изготовленной стандартной сыворотки антирезус (реагента, реактива)) | 432/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 80 | Донорлардың бастапқы-позитивті сарысуының үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға қайта зерттеуді тіркеу журналы (Журнал регистрации повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток доноров на трансфузионные инфекции) | 433 -1/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 81 | Трансфузиялық инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы (Журнал регистрации платных услуг лаборатории трансфузионных инфекций) | 433 -2/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 82 | Ағзалар мен тіндерді трансфузиялық инфекцияларға ақылы зерттеуді тіркеу журналы (Журнал регистрации платных исследований на трансфузионные инфекции органов и тканей) | 433 -3/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 83 | Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы (Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции) | 433 -4/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 84 | Қан препараттарын трансфузиялық инфекцияларға зерттеуді тіркеу журналы (Журнал регистрации исследований препаратов крови на трансфузионные инфекции) | 433 -5/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |

| | | | | | |
|----|--|----------|----|--------------------------|--------------|
| 85 | АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы (Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ) | 433 -7/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 86 | Трансфузиялық инфекцияларға зерттеу № _____ жолдамасы (Направление для исследования на трансфузионные инфекции) | 433 -8/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 87 | Өнімді мұздату процесін жазу журналы (Журнал записи процесса замораживания продукта) | 434/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 88 | Плазманың түсуін тіркеу журналы (Журнал регистрации поступления плазмы) | 434 -1/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 89 | Плазманы фракциялауға беру журналы (Журнал передачи плазмы на фракционирование) | 434 -2/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 90 | Өнім қозғалысының журналы (Журнал движения продукции) | 434 -3/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 91 | Альбумин ерітіндісін өндірудің техникалық үдерісі журналы (Журнал технологического процесса производства раствора альбумина) | 434 -4/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 92 | Адам иммуноглобулинін өндірудің технологиялық үдерісі журналы (Журнал технологического процесса производства иммуноглобулина человека) | 434 -5/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 93 | Жөнелтпе құжаттың №____ (Накладная №____ (Плазманың атауы және мөлшері (литр) (Наименование плазмы и ее количество в литрах)) | 434 -6/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 94 | Өнімді лиофилизациялау процесін жазу журналы (Журнал записи процесса лиофилизации продукта) | 435/y | A4 | Журнал, 80 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 95 | Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов контроля качества компонентов крови) | 436/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| | Қызметкерлердің қолдарын тазалаудың және донордың шынтақ бүгілетін жер терісінің | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|----------|----|--------------------------|--------------|
| 96 | тиімділігін микробиологиялық зерттеу журналы (Журнал бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров) | 436 -1/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 97 | ЖҚП мен криопреципитат сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов контроля качества СЗП и криопреципитата) | 436 -2/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 10 жыл (лет) |
| 98 | Қан компоненттері мен препараттарын өндіруге арналған негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарға кіріс бақылау жүргізу журналы (Журнал входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови) | 437/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 99 | Шөлмектер мен тығындарды өндеу сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов контроля и качества обработки бутылок и пробок) | 438/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 100 | Сапаны бақылау бөліміне (СББ) ұсынылған өнімдерді көзбен бақылау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов контроля качества продукции, предъявляемых отделу контроля качества (ОКК)) | 439/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 101 | Қан компоненттерінің, препараттарының, каналмастырғыш заттардың сынақ үлгілерін Республикалық сапаны бақылау зертханасында сапасын тексеруге іріктеп алу актісі (Акт отбора проб компонентов, препаратов крови, кровезаменителей для проверки их качества в Республиканскую лабораторию контроля качества) | 439-4/у | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| | Биологиялық бақылау нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|---------|----|---------------------------|-------------|
| 102 | регистрации результатов биологического контроля) | 440/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 103 | Препараттарды, ерітінділер мен инъекцияға арналған суды ФС (ВФС)-ке сәйкес тексеру нәтижелерін және талдау төлқұжаттарының берілуін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов контроля препаратов, растворов и воды для инъекций в соответствии с ФС (ВФС) и выдачи аналитических паспортов) | 441/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 104 | Талдау төлқұжаты (Аналитический паспорт) | 442/y | A4 | Бланк | қуа (дмн)* |
| 105 | Өнімнің дайын өнім қоймасына берілуін тіркеу журналы (Журнал регистрации выдачи продукции на складе готовой продукции) | 443/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц). | қуа (дмн)* |
| 106 | Сапаны бақылау бөлімшесі (СББ) жарамсыз деп тапқан қан препараттарын тіркеу журналы (Журнал регистрации препаратов крови, забракованных отделением контроля качества (ОКК)) | 444/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 107 | Өнімге білдірілген рекламацияларды (наразылықтарды) есепке алу журналы (Журнал учета рекламации (претензий) на продукцию) | 444-1/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | 5 жыл (лет) |
| 108 | Мұрағаттық үлгілер мен оларды бақылау нәтижелерін тіркеуді есепке алу журналы (Журнал учета архивных образцов и регистрации результатов их контроля) | 445/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | қуа (дмн)* |
| 109 | Кіндік қаны донорынан перифериялық қан мен кіндік қанды қабылдауды тіркеу журналы (Журнал регистрации приема пуповинной крови и периферической крови донора пуповинной крови) | 446/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | қуа (дмн)* |
| 110 | Кіндік қан донорының кіндік қаны мен перифериялық қанын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов исследования пуповинной крови и периферической крови донора пуповинной крови) | 446-1/y | A4 | Журнал, 72 бет (страниц) | қуа (дмн)* |
| | | | | | |

| | | | | | |
|-----|---|---------|----|--------------------------|------------|
| 111 | Кіндік қанының дін жасушалары үлгілерін криоконсервілеу процесін жазу журналы (Журнал записи процесса криоконсервации образцов стволовых клеток пуповинной крови) | 446-2/у | А4 | Журнал, 72 бет (страниц) | қау (дмн)* |
|-----|---|---------|----|--------------------------|------------|

*қау- қажеттілік уақыты аяқталғанан (дмн - до минования надобности).

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»
Министерства юстиции Республики Казахстан