



О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84 "Об утверждении форм учетной и отчетной документации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения"

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 июня 2024 года № 24. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 24 июня 2024 года № 34556

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-84 "Об утверждении форм учетной и отчетной документации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 24082) следующие изменения и дополнения:

преамбулу изложить в следующей редакции:

"В соответствии с подпунктом 31) статьи 7 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПРИКАЗЫВАЮ:"**;

в пункте 1:

подпункт 12) изложить в следующей редакции:

"12) форму акта о результатах расследования случая неблагоприятного проявления после иммунизации, согласно приложению 12 к настоящему приказу;"

дополнить подпунктами 12-1), 12-2), 12-3), 12-4), 12-5), 12-6) следующего содержания:

"12-1) форму акта о назначении расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 12-1 к настоящему приказу;

12-2) форму акта о продлении сроков расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 12-2 к настоящему приказу;

12-3) форму акта о результатах расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 12-3 к настоящему приказу;

12-4) форму акта о назначении контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 12-4 к настоящему приказу;

12-5) форму акта покупки продукции (товара), согласно приложению 12-5 к настоящему приказу;

12-6) форму акта о результатах контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 12-6 к настоящему приказу;"

подпункт 92) изложить в следующей редакции:

"92) форму постановления главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы, согласно приложению 92 к настоящему приказу;"

подпункт 94) изложить в следующей редакции:

"94) форму постановления главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий), согласно приложению 94 к настоящему приказу;"

подпункт 94-1 исключить;

подпункты 96), 97) изложить в следующей редакции:

"96) форму постановления главного государственного санитарного врача о введении временных санитарных мер, согласно приложению 96 к настоящему приказу;

97) форму постановления главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия), согласно приложению 97 к настоящему приказу;"

дополнить подпунктами 97-1) и 97-2) следующего содержания:

"97-1) форму постановления главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза, согласно приложению 97-1 к настоящему приказу;

97-2) форму постановления главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию, согласно приложению 97-2 к настоящему приказу;"

подпункт 98-1 исключить;

подпункты 99), 100) изложить в следующей редакции:

"99) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер, согласно приложению 99 к настоящему приказу;

100) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия), согласно приложению 100 к настоящему приказу;"

подпункты 102), 103) изложить в следующей редакции:

102) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы, согласно приложению 102 к настоящему приказу;

103) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий), согласно приложению 103 к настоящему приказу;"

дополнить подпунктами 103-1), 103-2) следующего содержания:

"103-1) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза, согласно приложению 103-1 к настоящему приказу;

103-2) форму журнала регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию, согласно приложению 103-2 к настоящему приказу;"

дополнить подпунктом 273-1) следующего содержания:

"273-1) форму журнала учета расследований в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласно приложению 273-1 к настоящему приказу;"

приложения 12), 92), 94), 96), 97), 99), 100), 102), 103) к указанному приказу изложить в новой редакции согласно приложениям 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9) к настоящему приказу;

дополнить приложениями 12-1), 12-2), 12-3), 12-4), 12-5), 12-6), 97-1), 97-2), 103-1), 103-2), 273-1) к указанному приказу согласно приложениям 10), 11), 12), 13), 14), 15), 16), 17), 18), 19), 20) к настоящему приказу;

2. Комитету санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

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

Министр здравоохранения
Республики Казахстан

А. Альназарова

Приложение 1 к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 июня 2024 года № 24
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-қосымша

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

Утверждена приказом
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от "___" _____ 2021 года №___

№ _____
"___" _____ (жыл) года уақыты (время) Елді мекен (Населенный пункт): _____

Иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс жағдайын тергеп-тексеру нәтижелері туралы акті
Акт о результатах расследования случая неблагоприятного проявления после иммунизации

(Иммундаудан кейінгі ауыр жанама көріністер үшін – өлім/ мүгедектік/ емдеуге жатқызу /
топтық жағдайлар)

(Только для серьезных побочных проявлений после иммунизации – смерть/ инвалидность/
госпитализация/ групповые случаи)

1 БӨЛІМ Негізгі ақпарат
РАЗДЕЛ 1 Базовая информация

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

Вакцинация орны (



):

Мемлекеттік емдеу алдын-алу мекеме

Жеке емдеу алдын-алу мекеме

Басқа (көрсетіңіз) _____

Место вакцинации (



):

Государственное лечебно профилактическое учреждение

Частное лечебно профилактическое учреждение

Другое (укажите) _____

Вакцинация орны (



):

Компания

Жоспарлы

Басқа (көрсетіңіз) _____

Вакцинация (



):

Кампания

Плановая

Другое (укажите) _____

Вакцинация жүргізілетін жердің мекенжайы:

Адрес места проведения вакцинации:

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

Тергеп-тексеру күні: ___ / ___ / ____

Дата расследования: ___ / ___ / ____

Нысанды толтыру күні: ___ / ___ / ____

Дата заполнения формы: ___ / ___ / ____

Лауазымы:
Должность:

Бұл есеп:

Этот отчет:

Алғашқы
первичный

Аралық
промежуточный

соңғы
окончательный

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

e-mail:

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

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

Е (М)

Ә (Ж)

фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента

(кластердегі әрбір жағдай үшін жеке нысандарды толтырыңыз)

(заполните отдельные формы на каждый случай в кластере)

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

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

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

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

дней ИЛИ

жас тобы:

< 1 жас

1-5 жас

> 5 жас

возрастная группа:

< 1 года

15 лет

> 5 лет

Барлық деректерді (көше, үй нөмірі, елді мекеннің атауы, телефон нөмірі және т. б.)

дәл көрсете отырып, пациенттің толық тұрғылықты мекен-жайы:

Полный адрес проживания пациента с точным указанием всех данных

(улица, номер дома, название населенного пункта, номер тел. и т.д.):

Пациент к е енгізілген вакциналардың/вакциналардың сұйылтуға арналған сұйылтқыштардың атаулары Названия вакцин / растворов для разведения вакцин, введенных пациенту	Вакцинация күні Дата вакцинации	Вакцинация уақыты Время вакцинации	Дозасы (мысалы., 1 - ші, 2-ші және т. б.) Доза (напр., 1-я, 2-я и т.д.)	Серия/партия нөмірі Номер партии / серии	Жарамдылық мерзімі Срок годности
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель

				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель
				Вакцина/Вакцина	Вакцина/Вакцина
				Еріткіш/ Растворитель	Еріткіш/ Растворитель

Егу пунктiнiң түрi (



)

Стационарлық

Мобильдi

Көшпелi

Басқа _____

Тип прививочного пункта (



)

Стационарный

Мобильный

Выездной

Другое _____

Бiрiншi / негiзгi симптомның даму күнi (күнi, айы, жыл): ___ / ___ / _____ Уақыт (сағат / минут) _
___ / ___

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

Емдеуге жатқызу күнi (күнi, айы, жыл): ___ / ___ / _____

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

Денсаулық сақтауды басқару органдарының алғашқы хабарлау күнi (күнi, айы, жыл): ___ / ___ / ___

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

Тергеп-тексеру күніндегі жағдай (



):

Қайтыс болды

Мүгедектік

Қалпына келтіру процесі

Состояние на дату расследования Умер Инвалидность Процесс выздоровления

Толық қалпына келтіру

Белгісіз

Полное выздоровление Неизвестно

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

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

Патологиялық зерттеу жүргізілді ме? (



) Иә (Да) күні (дата) _____

Жоқ (Нет)

Проводилось патологоанатомическое исследование

Жоспарланған

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

Қорытындыны қоса беріңіз (бар болса)

Приложите заключение (если имеется)

2 БӨЛІМ Алдыңғы анамнезі (вакцинацияға дейін)

РАЗДЕЛ 2 Предшествующий анамнез (до вакцинации)

Өлшемшарттар/ Критерии	Нәтижесі/ Результат	Пікірлер (Егер солай болса, мәліметтерді көрсетіңіз)/ Комментарии (если да, укажите подробности)
Өткендегі ұқсас жағдайлар / Аналогичные события в прошлом	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Алдыңғы егуден кейінгі қолайсыз көрініс (-тер) / Неблагоприятное проявление после предыдущей(-их) прививки(-ок)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Анамнезінде вакцинаға, дәрі-дәрмектерге немесе өнімге аллергия бар/ Аллергия на вакцину, лекарство или продукт питания в анамнезе	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	

Алдыңғы 30 күндегі ауру / туа біткен патология/ Заболевание в предшествующие 30 дней/ врожденная патология	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Себебін көрсете отырып, алдыңғы 30 күнде емдеуге жатқызу/ Госпитализация в предшествующие 30 дней с указанием причины	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Пациент қазіргі уақытта басқа себеппен дәрі-дәрмек терапиясын алады ма?/ Пациент получает лекарственную терапию в настоящее время по другой причине? (Егер солай болса, дәрі-дәрмектерді, оны колдану көрсеткіштерін, дозалары мен емдеу мерзімдерін көрсетіңіз)(Если да, укажите ЛС, показания к его применению, дозы и сроки лечения)	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
Кез-келген ауру (берілген иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініске қатысты) немесе аллергия отбасылық тарихта Любое заболевание (имеющее отношение к данному неблагоприятному проявлению после иммунизации) или аллергия в семейном анамнезе	Иә (Да) / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)	
<p>Ұрпақты болу жасындағы әйелдер үшін Для женщин детородного возраста</p> <p>Қазіргі уақытта жүктілік? Беременность в настоящее время? Иә (Да) мерзімі апта (срок в неделях) _____ _____ / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)</p> <p>Қазіргі уақытта емшек емізу? Грудное вскармливание в настоящее время? Иә (Да)/ Жоқ (Нет)</p>		
<p>Емшектегі сәбилер үшін Для детей грудного возраста</p> <p>Туған <input type="checkbox"/> мерзімінде</p> <p><input type="checkbox"/> мерзімінен бұрын</p> <p><input type="checkbox"/> мерзімінен кейін</p> <p>Туған кездегі дене салмағы: Родился срок недоношенным переносенным Масса тела при рождении:</p> <p>Босану <input type="checkbox"/> қалыпты</p> <p><input type="checkbox"/> кесар тілігі</p> <p><input type="checkbox"/> жәрдемақымен (кысқыштар, вакуум және т. б.)</p> <p><input type="checkbox"/> асқынумен (көрсетіңіз) Роды нормальные кесарево сечение с пособием (щипцы, вакуум и т.д.) осложненные (укажите)</p>		
С БӨЛІМІ Бірінші тексерудің нәтижелері ** иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс ауыр жағдайы		

РАЗДЕЛ С Результаты первого обследования ** серьезного случая неблагоприятного проявления после иммунизации

Ақпарат көзі



(барлық қажетті):



Тергеп- тексеру маманының тексеруі

Источник информации (



все нужно): Осмотр специалистом по расследованию



Құжаттама



Ауызша аутопсия



Басқа _____

Документация Вербальная аутопсия Другое

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

Бірінші тексерген адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) /пациентті емдеді:/
фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, который первым осматривал/лечил пациента:

Пациентті емдеуді жүргізетін басқа адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса):/
фамилия, имя, отчество (при наличии) других лиц, проводящих лечение пациента:

Ақпарат берген басқа көздер (көрсетіңіз):/

Другие источники, предоставившие информацию (укажите): _____

Белгілері мен симптомдары хронологиялық тәртіпте, вакцинациядан бастап:/

Признаки и симптомы в хронологическом порядке, начиная с момента вакцинации:

Осы клиникалық ақпаратты ұсынатын адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және байланыс ақпараты (фамилия, имя, отчество (при наличии) и контактная информация лица, предоставляющего эту клиническую информацию):

Лауазымы (Должность):

Күні / уақыты (Дата/время)

**Нұсқаулар – барлық қолда бар құжаттардың көшірмелерін (ауру тарихын, эпикризді, аралық қорытындыларды, зертханалық талдау нәтижелерін және патологиялық зерттеу нәтижелері бойынша қорытындыны қоса) қоса беріңіз, содан кейін осы құжаттарда қамтылмаған қосымша ақпаратты көрсетіңіз, яғни.:

** Инструкции – Приложите копии ВСЕХ имеющихся документов (включая историю болезни, выписной эпикриз, промежуточные заключения, результаты лабораторных анализов и заключение по результатам патологоанатомического исследования), а затем укажите дополнительную информацию, НЕ СОДЕРЖАЩУЮСЯ в этих документах, т.е.:

Егер пациент медициналық көмек алған болса, барлық қолда бар құжаттардың көшірмелерін (ауру тарихын, эпикризді, зертханалық талдаулардың нәтижелерін және егер бар болса, патологиялық-анатомиялық зерттеу нәтижелері бойынша қорытындыны қоса) қоса беріңіз және төменде

е сес си) Қол жет імді бол са, тірк еу жур нал ын тірк еңіз (При лож ите жур нал рег ист рац ии, есл и дос туп ен)	Число введен ных доз								
--	----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Пациентке вакцинация қашан жүргізілді?
 - БАРЛЫҚ сұрақтар үшін қажет нәрсені белгілеңіз
 Когда проводилась вакцинация пациента? отметьте нужное для ВСЕХ вопросов

Сессия шеңберіндегі алғашқы вакцинациялардың бірі
 Сессия шеңберіндегі соңғы вакцинациялардың бірі
 Белгісіз
 Одна из первых прививок в рамках сессии Одна из последних прививок в рамках сессии Неизвестно

Егер көп дозалы құтылар қолданылса, пациент оны алды ма/ Если использовались многодозовые флаконы , получил ли пациент

одну из первых доз из флакона?
 одну из последних доз из флакона?

Неизвестно құтыдағы алғашқы дозалардың бірін? құтыдағы соңғы дозалардың бірін? Белгісіз	
2. осы вакцинаны тағайындау кезінде немесе қолдану жөніндегі ұсыныстарды сақтамау түрінде қате байқалды ма? Наблюдались ли ошибки при назначении или в виде несоблюдения рекомендаций по применению этой вакцины?	Иә (Да) / Жоқ (Нет)
3. тергеп-тексеру нәтижелері бойынша Сіз енгізілген вакцина (оның ингредиенттері) стерильді емес болуы мүмкін деп ойлайсыз ба? По результатам расследования считаете ли вы, что введенная вакцина (ее ингредиенты) могли быть нестерильными?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
4. тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинаның физикалық жағдайы (мысалы., түс, лайлану, бөгде қоспалар және т. б.) енгізу кезінде сәйкес келмеді ме? По результатам расследования считаете ли вы, что физическое состояние вакцины (напр., цвет, мутность, инородные примеси и т.д.) было несоответствующим во время введения?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
5. тергеп-тексеру нәтижелері бойынша вакцинатор вакцинаны сұйылту/ дайындау кезінде қате жіберді деп ойлайсыз ба (мысалы., дұрыс емес препарат, сұйылтқыштың дұрыс еместігі, дұрыс араластырмау, шприцті дұрыс толтырмау және т. б.)? По результатам расследования считаете ли вы, что вакцинатором допущена ошибка при разведении/ подготовке вакцины (напр., неверный препарат, неверный растворитель, неправильное смешивание, неправильное заполнение шприца и т.д.)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
6. терге-птексеру нәтижелері бойынша вакцинамен жұмыс істеу кезінде қате жіберілді деп ойлайсыз ба (мысалы., тасымалдау, сақтау және/немесе егу сессиясы барысында және т. б. суық тізбек жағдайларын бұзу)? По результатам расследования считаете ли вы, что допущена ошибка при обращении с вакциной (напр., нарушение условий холодовой цепи при транспортировке, хранении и/или в ходе прививочной сессии и т.д.)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
7. терге-тексеру нәтижелері бойынша вакцина дұрыс қолданылмаған деп ойлайсыз ба (мысалы., дұрыс емес доза, дұрыс емес орын немесе енгізу тәсілінің дұрыс еместігі, иенің дұрыс емес мөлшері, инъекцияның тиісті тәжірибесін сақтамау және т. б.)? По результатам расследования считаете ли вы, что вакцина была применена неправильно (напр., неверная доза, неправильное место или способ введения, неверный размер иглы, несоблюдение надлежащей практики инъекций и т.д.)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Бағалау мүмкін емес (Невозможно оценить)
8. Зардап шегушімен бірдей құтыдан/ампуладан вакцина енгізілген адамдардың саны Число лиц, которым была введена вакцина из того же флакона/ампулы, что и пострадавшему	
9. Қаралып отырған вакцина сол егу сессиясы кезінде енгізілген адамдардың саны Число лиц, которым рассматриваемая вакцина была введена во время той же прививочной сессии	
10. Басқа мекемелерде бірдей партия/серия нөмірі бар вакцинаны енгізген адамдардың саны. Осы мекемелерді көрсетіңіз: _____ Число лиц, которым в других учреждениях была введена рассматриваемая вакцина с тем же номером партии/серии. Укажите эти учреждения: _____	
11. Бұл жағдай кластерге қатысты ма? Относится ли этот случай к кластеру случаев?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно

12. Олай болса, кластерде тағы қанша жағдай анықталды? Если да, сколько других случаев выявлено в кластере?	
1) Кластердегі барлық зардап шеккендерге бір құтыдағы вакцина егілді ме? Были ли все пострадавшие в кластере привиты вакциной из одного и того же флакона?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
2) Егер жоқ болса, зардап шеккендерді вакцинациялау үшін пайдаланылған құтылардың санын көрсетіңіз (толық ақпаратты бөлек көрсетіңіз) Если нет, то укажите число флаконов, которые использовались для вакцинации пострадавших (подробную информацию укажите отдельно)	

Осы жауаптар бойынша түсіндірмелерді жеке парақтарда ұсынуды ұмытпаңыз
Обязательно представьте разъяснения по этим ответам на отдельных листах

4 БӨЛІМ Қарастырылып отырған вакцина қолданылған мекемеде (мекемелерде) иммундау практикасы

РАЗДЕЛ 4 Практика иммунизации в учреждении(-ях), где применялась рассматриваемая вакцина (Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде процедураларды бақылау нәтижелері бойынша толтырыңыз)
(Заполните этот раздел по результатам распросов и/или наблюдений за процедурами на практике)

Қолданылатын шприцтер мен ижелер:
Используемые шприцы и иглы:

Вакцинация үшін өздігінен блокталатын (ӨБ) шприцтер қолданылады ма?	Иә (Да) / Жоқ (Нет)
Используются ли для вакцинации самоблокирующиеся (СБ) шприцы?	Белгісіз Неизвестно

Олай болмаса, шприцтердің қандай түрлері қолданылатынын көрсетіңіз:
Если нет, укажите, какие применяются типы шприцев:

Шыны

Бір реттік

Бір рет қолданылатын, бірақ қайта қолданылатын

Басқа _____ Стекланные Одноразовые Одноразовые, но применяемые повторно Другое _____

Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер:
Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:

Вакцины сұйылту (қалпына келтіру): (егер қажет болса ғана толтырылады, егер қолданылмаса, қажет емес белгісін қойыңыз)
Разведение (восстановление) вакцины: (заполняется только если применимо,

, отметьте не применимо, если не применимо)

Вакцины сұйылту (қалпына келтіру) процедурасы (<input checked="" type="checkbox"/>)	Мәртебесі (Статус)		Қажет емес (Нн применимо)
	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	
	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	

Процедура разведения (восстановления) вакцины	Иә (Да)	Жок (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
<p>Бір шприц бір вакцинаның бірнеше құтысын сұйылту үшін қолданылады ма? Используется ли один и тот же шприц для разведения нескольких флаконов одной и той же вакцины?</p> <p>Бір шприц әртүрлі вакциналарды сұйылту үшін қолданылады ма? Используется ли один и тот же шприц для разведения разных вакцин?</p> <p>Әрбір вакцина құтысын сұйылту үшін бөлек шприц қолданылады ма? Используется ли отдельный шприц для разведения каждого флакона с вакциной?</p> <p>Әр егу кезінде бөлек шприц сұйылту үшін қолданылады ма? Используется ли отдельный шприц для разведения при каждой прививке?</p>	Иә (Да)	Жок (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
<p>Өндіруші тек вакциналар мен сұйылтқыштарды қолдана ма? Используются ли только вакцины и растворители рекомендованы производителем?</p>	Иә (Да)	Жок (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)

Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер:

Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:

5 БӨЛІМ Салқындату тізбегі және тасымалдау
 РАЗДЕЛ 5 Холодовая цепь и транспортировка
 (Бұл бөлімді сауалнамалар және/немесе іс жүзінде процедураларды бақылау нәтижелері бойынша толтырыңыз) (Заполните этот раздел по результатам распросов и/или наблюдения за процедурами на практике)

Вакцинаның соңғы сақтау орны: Последний пункт хранения вакцины:	
Вакциналарды сақтау үшін тоңазытқыштағы температураны бақылау жүргізіле ме? Осуществляется ли мониторинг температуры в холодильнике для хранения вакцин?	Иә (Да) / Жоқ (Нет)
егер иә болса, вакцинаны тоңазытқышқа салғаннан кейін +2мл +8° С шегінен асатын температурада қандай да бір ауытқулар байқалды ма? Если да, отмечались ли какие-либо отклонения в температуре, выходящие за пределы +2+8° С, после помещения вакцины в холодильник?	Иә (Да) / Жоқ (Нет)
егер иә болса, температура режимін бақылау нәтижелерін қосыңыз. Если да, приложите результаты мониторинга температурного режима.	
Вакциналарды, еріткіштерді және шприцтерді сақтаудың тиісті процедуралары орындалды ма? Соблюдались ли надлежащие процедуры хранения вакцин, растворителей и шприцев?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
Тоңазытқышта немесе мұздатқышта басқа препараттар / өнімдер сақталады ма (RPI вакциналары мен вакцина еріткіштерінен басқа)? Хранятся ли в холодильнике или морозильнике другие препараты/товары (отличные от вакцин RPI и растворителей для вакцин)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
Тоңазытқышта жартылай пайдаланылған қалпына келтірілген вакциналар анықталды ма? Обнаружены ли в холодильнике частично использованные восстановленные вакцины?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
Тоңазытқышта қолдануға жарамсыз вакциналар анықталды ма (жарамдылық мерзімі өтіп кеткен, таңбаланбаған, 3 немесе 4 сатыдағы құтыдағы термоиндикатор, мұздатылған)? Обнаружены ли в холодильнике какие-либо вакцины, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, без маркировки, флаконный термоиндикатор на стадиях 3 или 4, замороженные)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
Қоймада қолдануға жарамсыз вакцинасұйытқыштары анықталды ма (жарамдылық мерзімі өткен, дұрыс өндірушіге сәйкес келмейтін, жарылған ампулаларда, ластанған ампулаларда)? Обнаружены ли на складе какие-либо растворители для вакцин, не пригодные для использования (с истекшим сроком годности, не соответствующие нужному производителю, в треснутых ампулах, загрязненных ампулах)?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) Белгісіз Неизвестно
Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер: Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:	

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

Приложение 2 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
92-қосымша
Приложение 92 к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ №_____ бұйрығымен бекітілген № 092/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 092/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №____

**Жұмыстан уақытша шеттетуге жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы
Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің ҚАУЛЫСЫ**

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

**главного государственного санитарного врача о применении меры
оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы**

№ _____
" _____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____
Бақылау және қадағалау органының атауы
(Наименование органа контроля и надзора)

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

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру және (немесе) нәтижелерінің материалдарын қарап (бар болса) (Рассмотрев материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____

бақылау нысаны (форма контроля)

лауазымды тұлға (должностным лицом)

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

Мыналар анықталды (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан

"О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПОСТАНОВИЛ**):

жұмыстан уақытша шеттету (временно отстранить от работы с) 20 ___ жылғы (года)

" ___ " _____ бастап, (до) 20 ___ жылғы (года) " ___ " _____ ға дейін

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)),

полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі

(Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

(бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы) (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица (лиц), проводившего государственный контроль и надзор):

Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар

(Указания по устранению выявленных нарушений):

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын

(Информацию о выполнении настоящего постановления представить в)

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

(представить к) "___" _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес))

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования) _____

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам

(Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного

реагирования) _____

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) қаулы алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс

(Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Халықтың санитариялық-

эпидемиологиялық

саламаттылығы

саласындағы мемлекеттік

органның

басшысы

Руководитель государственного

органа в

с ф е р е

санитарно-эпидемиологического

благополучия населения

Мөр орны

Место печати

ТАӘ ФИО

Қаулы _____ данада жасалды.

Постановление составлено в _____ экземплярах.

Приложение 3 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
94-қосымша

Приложение 94 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " _____" " _____"

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	№ _____ бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " _____ " _____ 2021 года № _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) тоқтата тұру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің ҚАУЛЫСЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)

№ _____
" _____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____
Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

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

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап шығу (рассмотрев представленные материалы и сведения): _____

қызметі тоқтатыла тұрған тұлға туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға (қажетінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность приостанавливается: индивидуального предпринимателя или юридического лица (нужное подчеркнуть))

жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні
(№ и дата выдачи свидетельства государственной регистрации)

Туған күні (Дата рождения) _____

Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері
(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер
(сведения о регистрации по месту жительства)

Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы
(Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Занды тұлға (Юридическое лицо) _____
басшының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя, наименование,
организационно-правовая форма)

занды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі
(номер государственной регистрации в качестве юридического лица)

Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері
(Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты)
Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды және (немесе)
нәтижелерінің жүзеге асыру материалдары (бар болса) (материалы осуществления
и (или) результатов государственного контроля, относящиеся к предмету меры
оперативного реагирования (при наличии))

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото -
және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама
нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств контроля,
приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты
санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе
и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

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

Мыналарды анықталды (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың(дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТТІ (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан

"О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПОСТАНОВИЛ):**

(ПРИОСТАНОВИТЬ с) 20__ жылғы (года) " __ " _____ бастап, (до) 20__ жылғы (года) " __ " _____ ға дейін ТОҚТАТЫЛСЫН.

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша тоқтатылатын қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) көрсету

(указать вид приостанавливаемой деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельные ее виды (процессов, действия))

Осы қаулының орындалғаны үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі

(Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Анықталған бұзушылықтарды жою жөніндегі нұсқаулар

(Указания по устранению выявленных нарушений):

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын

(Информацию о выполнении настоящего постановления представить в)

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

(представить к) " __ " _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-

қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес))

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты

(Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам

(Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования)

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс

(Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления).

Х а л ы қ т ы ң

санитариялық-эпидемиологиялық

саламаттылығы

саласындағы мемлекеттік

органның басшысы

Руководитель государственного

органа в сфере

санитарно-эпидемиологического

благополучия населения

Мөр орны

Место печати

ТАӘ

ФИО

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Приложение 4 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
96-қосымша

Приложение 96 к приказу
Министра здравоохранения

Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		№_____ бұйрығымен бекітілген № 096/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 096/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____ _____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің ҚАУЛЫСЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер

№ _____
"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____
Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

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

(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған

жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии) (нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля)

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері, тиісті халықаралық ұйымдардан, Еуразиялық экономикалық одаққа мүше мемлекеттерден немесе үшінші елдерден мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау мен қадағалаудың бақылауындағы Еуразиялық экономикалық одақтың кедендік аумағына әкелінуіне және адам өмірі, денсаулығы және оның мекендеу ортасы үшін қауіпті өнімнің (тауарлардың) айналымына жол бермеу жөніндегі қолданылатын санитариялық шаралар туралы ақпарат және өзге де материалдар (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы, информация от соответствующих международных организаций, государств – членов Евразийского экономического союза или третьих стран о применяемых санитарных мерах по недопущению ввоза на таможенную территорию Евразийского экономического союза и оборота опасной для жизни, здоровья человека и среды его обитания подконтрольной государственному санитарно-эпидемиологическому контролю и надзору продукции (товаров) и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____

бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың (дың) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы

Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 15) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының

5) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 15) пункта 1

статья 38, подпункта 5) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан

"О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПОСТАНОВЛЯЮ**):

Техникалық регламенттердің және (немесе) Еуразиялық экономикалық одақтың бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес емес) өнімді (тауарды) әкелуге тыйым салынсын (запретить ввоз продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)

өнімнің атауы, өндіруші, сыртқы экономикалық қызметтің тауар номенклатурасы коды, өзге де сәйкестендіру деректері (наименование продукции, производитель, код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности, иные идентификационные данные)

Сондай-ақ келесі іс-шараларды жүргізсін (а также осуществит следующие мероприятия):

Мемлекеттік бақылау мен қадағалауды жүргізген адамның (адамдардың) тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) және лауазымы (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и должность лица (лиц), проводившего государственный контроль и надзор): _____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о введении временных санитарных мер) _____

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

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес)) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о введении временных санитарных мер подлежит исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента получения постановления.

Бас мемлекеттік санитариялық
дәрігері
Главный государственный
санитарный врач
Республики Казахстан

Мөр орны
Место печати

ТАӘ
ФИО

Қаулы ___ данада жасалды
Постановление составлено в ___ экземплярах.

Приложение 5 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
97-қосымша
Приложение 97 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 097/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестер, әрекеттер) тыйым салу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің ҚАУЛЫСЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного

реагироваия о запрещении деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

№ _____

" _____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____
Бақылау және қадағалау органының атауы (Наименование органа контроля и надзора)

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

керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) (нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Ұсынылған материалдар мен мәліметтерді қарап (рассмотрев представленные материалы и сведения):

қызметіне тыйым салынған тұлға туралы мәліметтер: жеке кәсіпкер немесе заңды тұлға (керегінің астын сызу) (сведения о лице, чья деятельность запрещается: индивидуального предпринимателя или юридического лица (нужное подчеркнуть))

жеке кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса (фамилия, имя, отчество (при наличии)) индивидуального предпринимателя)

мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және берілген күні

№ и дата выдачи свидетельства государственной регистрации

Туған күні (Дата рождения) _____

Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

жеке басын куәландыратын құжаттың атауы және деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность)

жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

тұрғылықты жері бойынша тіркеу туралы мәліметтер (сведения о регистрации по месту жительства)

(Жұмыс орны, атқаратын лауазымы, ұйымның мекенжайы)

(Место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо) _____

басшының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), атауы, ұйымдық-құқықтық нысаны (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя, наименование, организационно-правовая форма)

(заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі)

(номер государственной регистрации в качестве юридического лица)

(Бизнес сәйкестендіру нөмірі және банк деректемелері)

(Бизнес идентификационный номер и банковские реквизиты)

Мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов государственного контроля) _____

(техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____

бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

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

Мыналарды анықтады (выявлено следующее) _____

бұзушылықтың анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы

Кодексінің 38 бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2) тармағының 4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (На основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан

"О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПОСТАНОВЛЯЮ):**

ТҮЙІМ САЛЫНСЫН (ЗАПРЕТИТЬ): _____

_____ тыйым салынған қызмет түрін немесе оның жекелеген түрлерін (процестер, әрекеттер) көрсету (указать вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

Рұқсат беру құжаттарының немесе қызметтің басталғаны туралы хабарламаның болмауына байланысты талаптардың бұзылуына қатысты жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулының қолданылу мерзімі – рұқсат беру құжатын алғанға дейін немесе қызметтің басталғаны туралы хабарлама жіберілгенге дейін, талаптардың өзге де бұзылуына қатысты – мерзімсіз (қажеттісінің астын сызу керек)

(Срок действия постановления о применении меры оперативного реагирования в отношении нарушений требований, связанных с отсутствием разрешительных документов или уведомления о начале деятельности, – до получения разрешительного документа или направления уведомления о начале деятельности, в отношении иных нарушений требований – бессрочно (нужное подчеркнуть)).

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат ұсынылсын

(Информацию о выполнении настоящего постановления представить в)

_____ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

_____ (представить к) "___" _____ жылы (года) ұсынылсын.

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес))

_____ Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің күні мен қолы (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы алудан бас тартты

(Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

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

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам
(должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного
реагирования) _____

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

Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі) жедел ден қою шараларын қолдану
туралы қаулыны алған сәттен бастап дереу орындауға тиіс.

Постановление о применении меры оперативного реагирования подлежит
исполнению субъектом (объектом) контроля и надзора незамедлительно с момента
получения постановления.

Х а л ы қ т ы ң

санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы

саласындағы мемлекеттік
органның басшысы

Руководитель государственного
органа в сфере

санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

Мөр орны

Место печати

ТАӘ

ФИО

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

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

Приложение 99 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2021 жылғы " ____ " _____ № ____ бұйрығымен бекітілген № 099/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 099/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____

Уақытша санитариялық шараларды енгізу жөніндегі Қазақстан Республикасы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача Республики Казахстан о введении временных санитарных мер

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімнің (тауардың) атауы (Наименование продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим	Өнімнің атауы, өндіруші, сыртқы экономикалық қызметтің тауар номенклатурасының коды, өзге де сәйкестендіру деректері (Наименование продукции, производитель, код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности, и иные идентификационные данные)	Уақытша санитариялық шараны қолдану негізі (Основание применения временной санитарной меры	Қолданылу мәртебесі (

		и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)			Статус действия)
1	2	3	4	5	6

Приложение 7 к приказу
 Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2021 жылғы 20 тамыздағы
 № ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 100-қосымша
 Приложение 100 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ _____ бұйрығымен бекітілген № 100/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 100/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____ _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметіне немесе оның жекелеген түрлеріне (процестер, әрекеттер) тыйым салу жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о запрещении деятельности по производству,

продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия)

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождения субъекта (объекта) контроля и надзора)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) немесе оның жекелеген түрлерінің (процестер, әрекеттер) өндірісі, өнімі (тауары), қызметтер көрсетуі, жұмыстарын орындауы бойынша тыйым салынатын қызметтің түрі (Вид запрещаемой деятельности по производству, продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действия))	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулының қолданылу мәртебесі (Статус постановления о применении мер оперативного реагирования)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) лица, оформившего постановление о применении мер оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 8 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
102-қосымша
Приложение 102 к приказу

Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___ _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 102/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 102/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____ _____

**Адамдарды жұмыстан уақытша шеттетуге жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы
Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ**

**ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о
применении меры оперативного реагирования о временном отстранении лиц от работы**

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)
Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

№	Каулының шығарылған күні мен нөмері	Шеттетуге жататын тұлға анықталған бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (орналасқан жері (Адрес, место нахождения)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) мекенжайы, (орналасқан жері (Адрес, место нахождения)	Уақытша шеттетілген адамдардың тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при	Жұмыстан шеттетілген адамды жұмысқа жіберу күні (Дата допуска к работе лица,	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии)

	(Дата и номер постановления)	контроля и надзора, в котором выявлено лицо, подлежащее отстранению)	субъекта (объекта) контроля и надзора)	(его наличии) временно отстраненных лиц)	отстраненно о от работы)	должностного лица, оформившего постановление о применении мер оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 9 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
103-қосымша
Приложение 103 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ _____ бұйрығымен бекітілген № 103/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 103/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____ _____

Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, әрекеттер) тоқтата тұру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования о приостановлении деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (Г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (Г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта объекта) контроля и надзора)	Өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, әрекеттер) тоқтата тұру түрі (Вид приостанавливаем о й деятельности по производству, реализации продукции (товара), оказанию услуг, выполнению работ субъекта (объекта) контроля и надзора или отдельных ее видов (процессов, действий)	Қаулының қолданылу мерзімі (Срок действия постановления)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного л и ц а , оформившего постановление о применении м е р ы оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6

Приложение 10 к приказу
 Қазақстан Республикасының
 Денсаулық сақтау министрінің
 2024 жылғы ____
 № ҚР ДСМ-____
 бұйрығына 2-қосымша
 Приложение 2 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от _____ 2024 года
 № ҚР ДСМ-____
 Қазақстан Республикасының

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

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

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру тағайындау туралы акті

Акт о назначении расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№ _____

"___" _____ жыл (года) уакыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____
 Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері
 немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач
 административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

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

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

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

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

указать предмет расследования

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

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

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

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

3) халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы мен қоршаған ортаға төнетін қауіптердің алдын алу үшін санитариялық-эпидемияға қарсы және

санитариялық-профилактикалық іс-шаралар өткізуді ұйымдастырсын
(организовать проведение санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий для предотвращения угроз санитарно-эпидемиологическому благополучию населения и окружающей среде).

4. Тергеп-тексеру мынадай кезеңде жүргізілсін ____ жылғы " ____ " ____ бастап, ____ жылғы " ____ " _____ дейін

(Расследование провести в период с " ____ " _____ года по " ____ " ____ года).

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

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

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

Х а л ы қ т ы ң санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в с ф е р е санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО
--	--------------------------	------------

Акт ____ данада жасалды.

Акт составлен в ____ экземплярах.

Приложение 11 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-2-қосымша
Приложение 12-2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

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

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру мерзімін ұзарту туралы акті

Акт о продлении сроков расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№ _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____
Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері
немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач
административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

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

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

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

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

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

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

Х а л ы қ т ы ң
санитариялық-эпидемиологиялық
саламаттылығы
саласындағы мемлекеттік
органның басшысы
Руководитель государственного
органа
в с ф е р е
санитарно-эпидемиологического
благополучия
населения

Мөр орны
Место печати

ТАӘ
ФИО

Акт ___ данада жасалды.
Акт составлен в ___ экземплярах.

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

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

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері туралы акті

Акт о результатах расследования в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№ _____

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

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

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

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

№	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))	Туған жылы (Год рождения)	Зардап шегушінің диагнозы (Диагноз пострадавшего)	Зиянның ауырлық дәрежесі (Степень тяжести причинения вреда)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6

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

Бұл бөлімде басқа мәліметтермен қатар, мыналарды көрсету қажет: оқиғаға дейінгі объектінің, жабдықтың жұмыс режимі (ол болған кезде) (бекітілген, нақты, жобалық), оқиға алдындағы объектінің жай-күйі туралы қорытынды беру, осы объектіде бұрын осындай оқиғалар болған-болмағаны, олардың алдын алу жөніндегі іс-шаралар

әзірленгені (қашан, кім және олар қалай орындағаны (В этом разделе, наряду с другими сведениями, необходимо указать: режим работы объекта (при его наличии), оборудования до инцидента (утвержденный, фактический, проектный), дать заключение о состоянии объекта перед инцидентом, были ли ранее на данном объекте аналогичные инциденты, разрабатывались ли мероприятия по их предупреждению (когда, кем и какие, как они выполнялись)

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

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

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

№	Іс-шараның атауы (Наименование мероприятия)	Орындау мерзімі (Срок исполнения)	Жауапты тұлға (Ответственное лицо)
1	2	3	4

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

8. Басқа ақпарат (Иная информация):

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

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

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

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

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

Приложение 13 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-4-қосымша
Приложение 12-4 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

о р г а н а
санитарно-эпидемиологической
службы

Республики Казахстан
от " ____ " _____ 2021 года № ____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы акті

Акт о назначении контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№ _____

" ____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____
Әкімшілік-аумақтық бірліктің (көліктегі) Бас мемлекеттік санитариялық дәрігері немесе оның орынбасары (Главный государственный санитарный врач административно-территориальной единицы (на транспорте) или его заместитель)

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

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

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

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

(мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

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

_____ жыл " ____ " _____ бастап, _____ жыл " ____ " _____ дейін мерзімде халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы келесі өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу (в срок с " ____ " _____ года

до " ____ " _____ года контрольный закуп следующей продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения):

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

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

Х а л ы қ т ы ң

санитариялық-эпидемиологиялық

саламаттылығы саласындағы

мемлекеттік органның

басшысы

Руководитель государственного

органа в сфере

санитарно-эпидемиологического

благополучия населения

Мөр орны

Место печати

ТАӘ

ФИО

Акт ____ данада жасалды.

Акт составлен в ____ экземплярах.

Приложение 14 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-5-қосымша

Приложение 12-5 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

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

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

Өнімді (тауарды) сатып алу актісі

Акт покупки продукции (товара)

№ ____

" ____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): ____
Мен, лауазымды тұлға (Мною, должностным лицом) _____

_____ (мемлекеттік органның атауы) (наименование государственного органа)

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Пломбалау кезінде қаптаманың түрі (вид упаковки при опломбировании)

_____ (полимерлі, қағаз, шыны, басқалар) (полимерное, бумага, стекло, другое)

8. Жарамдылық мерзімі көрсетілмеген және (немесе) өтіп кеткен және айқын
бұзылу

белгілері бар өнімдер (тауарлар) туралы ақпарат (Информация о продукции (товарах) с неустановленным и (или) истекшим сроком годности, явными признаками порчи)

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

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

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

Осы актiге қоса берiледi (К настоящему акту прилагаются) _____
бақылау-касса машинасының чегі немесе тауар чегі, тауарларға ілеспе құжат (чек контрольно-кассовой машины или товарный чек, сопроводительная накладная на товары)

Сатушы (Продавец)

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

Лауазымды тұлға
(Должностное лицо)

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

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

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

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

Приложение 15 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
12-6-қосымша

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

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері туралы акті

Акт о результатах контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№ _____

"___" _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт): _____
Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері бойынша _____ жылы "___" _____ мыналар анықталды (По результатам контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, проведенного на основании

акта о назначении контрольного закупа продукции (товара) в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения от " ____ " _____ года, установлено следующее):

1. Бақылау және қадағалау субъектісі (объектісі)
(Субъект (объект) контроля и надзора)

сауда объектісінің атауы, жеке сәйкестендіру номері/ бизнес сәйкестендіру номері, мекенжайы (наименование торгового объекта, индивидуальный идентификационный номер/бизнес идентификационный номер, адрес)

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

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

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

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

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

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

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

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

Лауазымды тұлға (Должностное лицо) _____ колы (подпись)

Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Акт ____ данада жасалды.

Акт составлен в ____ экземплярах.

Приложение 16 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
97-1-қосымша

Приложение 97-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ _____
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		бұйрығымен бекітілген № 097-1/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 097-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____ _____

Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін (сәйкес келмейтін) өнімді (тауарды) алып қою және өткізуден кері қайтарып алу туралы жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің ҚАУЛЫСЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза

№ _____

" _____ " _____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____
Бақылау және қадағалау органының атауы
(Наименование органа контроля и надзора) _____

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

керегінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть) тегі, аты, әкесінің аты (болған
жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың
және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса)
(рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результатов
государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного
реагирования (при наличии))

техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының,
фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық
сараптама нәтижелері және өзге де материалдар (записи технических средств
контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты
санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе
и (или) по результатам) _____ бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-
эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер
талаптарының бұзылуын көрсету) (указать нарушения требований нормативных
правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения,
являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы
Кодексінің 38-бабы 1) тармағының 1) тармақшасының, 38-бабы 2) тармағының
4) тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (на основании подпункта 1) пункта 1

статья 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПОСТАНОВЛЯЮ**):

1. Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін төменде көрсетілген өнімді (тауарды) сауда орындарынан дереу алып қою (Незамедлительно изъять с торговых мест нижеуказанную продукцию (товар), не соответствующую требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза);

2. Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін төменде көрсетілген өнімді (тауарды) қойма үй-жайларынан 3 күнтізбелік күнге дейінгі мерзімде алып қою (қойма үй-жайларында болған кезде) (В срок до 3 календарных дней изъять со складских помещений нижеуказанную продукцию (товар), не соответствующую требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза (при наличии в складских помещениях));

3. Контрагенттермен өткізілген (контрагенттермен өткізу кезінде) Еуразиялық экономикалық одақтың техникалық регламенттерінің талаптарына және (немесе) Бірыңғай санитариялық-эпидемиологиялық және гигиеналық талаптарына сәйкес келмейтін төменде көрсетілген өнімді (тауарды) _____ күнтізбелік күнге дейінгі мерзімде кері қайтарып алу (В срок до _____ календарных дней отозвать нижеуказанную продукцию (товар), не соответствующую требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям и Евразийского экономического союза, реализованную контрагентам (при реализации контрагентам)).

№	Өнімнің атауы Наименование продукции	Өндіруші, өнім өндіретін ел Производитель, страна изготовления продукции	Партия нөмірі Номер партии
1	2	3	4

Растайтын материалдарды қоса бере отырып, өткізуден алып қойылған және кері қайтарылған өнімге (тауарға) қатысты жүргізілген іс-шаралар туралы ақпарат осы қаулыны алған сәттен бастап күнтізбелік ____ күн ішінде ұсынылсын (информацию о проведенных мероприятиях в отношении изъятой и отозванной с реализации продукции (товара) с приложением подтверждающих материалов представить в течение ____ календарных дней с момента получения настоящего постановления в) ____

мемлекеттік органның атауы, мекенжайы, e-mail және басқа да байланыс деректері (наименование государственного органа, адрес, e-mail и другие контактные данные) Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі (ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер (қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен, электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес)) _____

Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен күні (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты

(Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам (Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Х а л ы қ т ы ң

санитариялық-эпидемиологиялық

саламаттылығы саласындағы

мемлекеттік органның басшысы Мөр орны

ТАӘ

Руководитель государственного Место печати

ФИО

органа в сфере

санитарно-эпидемиологического

благополучия населения

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Приложение 17 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
 97-2-қосымша
 Приложение 97-2 к приказу
 Министра здравоохранения
 Республики Казахстан
 от 20 августа 2021 года
 № ҚР ДСМ-84
 Нысан
 Форма
 А4 Форматы
 Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ____ " _____ № ____ _____ бұйрығымен бекітілген № 097-2/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 097-2/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ____ " _____ 2021 года № ____ _____

Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің ҚАУЛЫСЫ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию

№ _____

" ____ " ____ жыл (года) уақыты (время) Елді мекен (населенный пункт) _____
 Бақылау және қадағалау органының атауы
 (Наименование органа контроля и надзора) _____

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

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

Жедел ден қою шаралары мәніне жататын мемлекеттік бақылауды жүзеге асырудың және (немесе) нәтижелерінің ұсынылған материалдарын қарап (бар болса) (рассмотрев представленные материалы осуществления и (или) результаты государственного контроля, относящиеся к предмету меры оперативного реагирования (при наличии))

(техникалық бақылау құралдарының, бақылау және тіркеу аспаптарының, фото - және бейнеаппаратураның жазбалары, санитариялық-эпидемиологиялық сараптама нәтижелері және өзге де материалдар) (записи технических средств контроля, приборов наблюдения и фиксации, фото- и видеоаппаратуры, результаты санитарно-эпидемиологической экспертизы и иные материалы)

Барысында және (немесе) нәтижелері бойынша анықтады (установил, что в ходе и (или) по результатам) _____

бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

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

Мыналарды анықтады (выявлено следующее): _____

бұзушылықтың (лар) анықталған күні (дата выявления нарушения (й))

жедел ден қою шараларын қолдануға негіз болып табылатын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуын көрсету (указать нарушения требований нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, являющиеся основанием для применения меры оперативного реагирования)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабы 1-тармағының 1) тармақшасының, 38 бабы 2 тармағының 4 тармақшасының негізінде ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (на основании подпункта 1) пункта 1 статьи 38, подпункта 4) пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан

"О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПОСТАНОВЛЯЮ**):

Осы қаулыны алған күннен бастап, шұғыл түрде мына адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру (незамедлительно со дня получения настоящего постановления организовать направление следующих лиц на госпитализацию)

№	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	Диагнозы (Диагноз)	Жіберіледі (Направляется в)
---	-------------------------------------	----------------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

	(Фамилия, имя, отчество) (при его наличии)				
1	2	3	4	5	6

Осы қаулының орындалуы туралы ақпарат

(Информацию о выполнении настоящего постановления представить в) _____

_____ мемлекеттік органның атауы (наименование государственного органа)

(к) " ____ " _____ жылы (года) ұсынылсын.

Осы қаулының орындалуы үшін жауапкершілік мыналарға жүктеледі

(Ответственность за выполнение настоящего постановления возлагается на):

_____ бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде), толық атауы (должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии), полное наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алу туралы мәліметтер

(қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен,

электрондық мекенжайға) (Сведения о получении постановления о применении меры оперативного реагирования (нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес, на электронный адрес))

_____ Бақылау және қадағалау субъектісі басшысының немесе оның өкілінің қолы мен күні (Дата и подпись руководителя субъекта контроля и надзора или его представителя)

Бақылау және қадағалау субъектісінің басшысы немесе оның өкілі жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны алудан бас тартты (Руководитель субъекта контроля и надзора или его представитель отказался от получения постановления о применении меры оперативного реагирования)

_____ лауазымды адамның қолы және тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица)

Жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адам

(Должностное лицо, оформившее постановление о применении меры оперативного реагирования) _____

_____ Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) және қолы

(подпись и фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Х а л ы қ т ы ң

санитариялық-эпидемиологиялық

саламаттылығы

саласындағы мемлекеттік Мөр орны
органның басшысы Место печати
Руководитель государственного
органа в сфере
санитарно-эпидемиологического
благополучия населения

ТАӘ
ФИО

Қаулы ___ данада жасалды
Постановление составлено в ___ экземплярах.

Приложение 18 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
103-1-қосымша
Приложение 103-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы " ___ " _____ № ___ _____ бұйрығымен бекітілген № 103-1/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 103-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от " ___ " _____ 2021 года № ___ _____

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

ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об изъятии и отзыве с реализации продукции (товара), не соответствующей (не соответствующего) требованиям технических регламентов и (или) Единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза

Басталды (Начат) " ____ " _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) " ____ " _____ ж. (г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	Қаулыны қолдану негіздері (Основания для применения постановления)	Алынатын () қайтарылатын () өнімнің тізбесі (Перечень изымаемой (отзываемой) продукции)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)	Қаулының орындалуы туралы () ақпарат (Информации о выполнении постановления)
1	2	3	4	5	6	7

Приложение 19 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
103-2-қосымша
Приложение 103-2 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года
№ ҚР ДСМ-84
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

		Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 103-2/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 103-2/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года № _____

Адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛІ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о применении меры оперативного реагирования об организации направления лиц на госпитализацию

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (Г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (Г.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта объекта контроля и надзора)	Емдеуге жатқызуға жіберілетін адамдардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) лиц, направляемых на госпитализацию)	Жедел ден қою шарасын қолдану туралы қаулыны ресімдеген лауазымды адамның тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) должностного лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)	Қаулының орындалуы туралы ақпарат (Информации об исполнении постановления)
1	2	3	5	6	7

Приложение 20 к приказу
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
273-1-қосымша

Приложение 273-1 к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 20 августа 2021 года

№ ҚР ДСМ-84

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____
		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ _____ бұйрығымен бекітілген № 273-1/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 273-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "___" _____ 2021 года №_____ _____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексерулерді есепке алу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ учета исследований в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Басталды (Начат) "___" _____ ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "___" _____ ж. (г.)

		Субъектілер дің (_____ объектінің) атауы, өздеріне қатысты тергеп-текс е р у басталған басшының (_____ д а р а	Тексеру барысында бұзушылық				
	Тергеп-текс еруді						

№	тағайындау, тергеп-тексеру мерзімдерін ұзарту туралы актісінің шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер акта о назначении расследования, продлении сроков расследования)	кәсіпкердің немесе заңды тұлғаның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған кезде) (Наименование субъектов (объекта), фамилия, имя отчество (при его наличии) руководителя (индивидуального предпринимателя или юридического лица) в отношении которого начато расследование)	тары анықталған құжаттардың атауы және нормативтік құқықтық актілер нормалары (Наименование документов и нормы нормативно-правовых актов, нарушение которых выявлено в ходе расследования)	Тергеп-тексеруге қатысушылардың Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) (Фамилия, имя отчество (при его наличии) участвующих в расследовании)	Тергеп-тексеру нәтижелері туралы актінің шығарылған күні мен нөмер (Дата акта о результатах расследования)	Тергеп-тексеру нәтижелері бойынша қабылданған шаралар (Принятые меры по результатам расследования)	Тергеп-тексеруді жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), лауазымы (Фамилия и имя отчество (при его наличии), должность лица, проводившего расследование)
1	2	3	4	5	6	7	8