

О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 " Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению"

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 февраля 2025 года № 8 . Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 18 февраля 2025 года № 35734

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) следующие изменения:

в формах медицинской учетной документации, используемых в амбулаторно-поликлинических организациях, утвержденных приложением 3 к указанному приказу:

форму № 065/у "Карта профилактических прививок" изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу;

в Перечне документации, обязательной для заполнения медицинскими работниками , утвержденном приложением 7 к указанному приказу:

строку, порядковый номер 14 изложить в следующей редакции:

"

14	Паспорт иммунизации	065/у	В электронном формате	до минования надобности
----	---------------------	-------	-----------------------	-------------------------

".

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 в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в

В и д иммунизации	Возраст	дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	о й организац ии	Наименов ание препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	----------------------------	------------------	------------------	-------------------------	-------	------	-------------

Полиомиелит

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	---	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

Корь, краснуха, паротит

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	---	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

Гепатит А

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	---	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

Бешенство

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	---	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

Брюшной тиф

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	---	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

Грипп

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	---	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

Сибирская язва

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	---	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	--	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

Туляремия

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	--	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

Чума

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	--	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

Клещевой энцефалит

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	--	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

Коронавирусная инфекция

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	--	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

Другие

В и д иммунизации	Возраст	Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии)	Дата иммунизации	Наименование медицинской организации	Наименование препарата	серия	доза	Ф И О врача
-------------------	---------	--	------------------	--------------------------------------	------------------------	-------	------	-------------

Пояснительная:

1. В таблицах по иммунизации в первом столбце "Вид иммунизации" указывается плановая вакцинация и/или вакцинация по эпидемиологическим показаниям;
2. Курсы вакцинации состоящие из нескольких прививок указывать вакцинация 1, вакцинация 2, вакцинация 3 и т. д.;

3. Бустерные дозы указывать ревакцинация 1, ревакцинация 2 и тд;

4. Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина;

5. Прививки по эпидемиологическим показаниям (травмы, укусы, в качестве контактных, реципиенты 1 и т. д.) и дополнительная массовая иммунизация (ДМИ)/национальные дни иммунизации (НДИ)/массовая иммунизация (МИ) дополняются в одной таблице.