

**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 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 Первого 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 к приказуМинистр здравоохраненияРеспублики Казахстанот 14 февраля 2025 года № 8 |
|   | Приложение 3 к приказуисполняющего обязанностиМинистра здравоохраненияРеспублики Казахстанот 30 октября 2020 года№ ҚР ДСМ-175 |
|   | Форма 65/у |

 **Паспорт иммунизации**

      1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      2. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      3. Пол женский/мужской \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      4. Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      5. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      Туберкулез

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Туберкулезные пробы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Дата диагностического теста |
Возраст |
Результат |
Дата |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Гепатит В

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Дифтерия, стоблняк, полиомиелит, гепатит В, коклюш и гемофильная палочка типа В

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Дифтерия, столбняк, полиомиелит, коклюш, гемофильная палочка типа В

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Пневмококковая инфекция

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Коклюш, дифтерия, столбняк

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Вирус папилломы человека

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Дифтерия, столбняк

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Полиомиелит

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО
врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Корь, краснуха, паротит

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Гепатит А

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Бешенство

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Брюшной тиф

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Грипп

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Сибирская язва

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Туляремия

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Чума

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Клещевой энцефалит

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Коронавирусная инфекция

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Другие

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
Вид иммунизации |
Возраст |
Постоянный мед отвод (дигноз и дата при наличии) |
Дата иммунизации |
Наименование медицинской организации |
Наименование препарата |
серия |
доза |
ФИО 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.

 © 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции Республики Казахстан