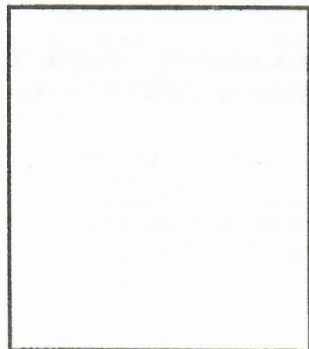


Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____
Ұйымның атауы Наименование организации		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы “30” қазаны № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 028/е нысанды медициналық құжаттама Медицинская документация Форма № 028/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан “30” октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

**Сурет орыны
Место для фото**



"Шетелдіктердің, азаматтығы жоқ адамдардың, мигранттардың, еңбекші-мигранттардың (соның ішінде ЕАЭҚ-ға мүше елдердің) денсаулығы жөніндегі медициналық қорытынды"
№ _____ қорытынды беретін мекеменің (ұйымның) атауы
"Медицинское заключение о состоянии здоровья иностранца, лица без гражданства, мигранта, трудящегося-мигранта (в том числе из государства-члена ЕАЭС) № _____"
(наименование учреждения (организации), выдавшего заключение)

1. Жеке сәйкестендіру нөмірі / паспорт нөмірі/ИИН/номер паспорта _____

2. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) (полностью)

3. Жынысы/Пол: Муж Жен 4. Туған күні/Дата рождения _____ г.

5. Қазақстан Республикасына соңғы келген күні _____
Дата последнего въезда в Республику Казахстан

6. Тұрғылықты мекенжайы/Адрес постоянного места жительства _____

7. Терапевт қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе оны айыра алатын өзге белгісі)/Заключение терапевта/ВОП Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его), дата и время

Тексеру нәтижесі*/Результаты обследования*: _____

Жыныстық жолмен берілетін инфекциялар (мерез, венериялық лимфогранулема (донованоз), шанкроид):

Инфекции, передаваемые половым путем (сифилис, венерическая лимфогранулема (донованоз), шанкроид):

анықталды/выявлено анықталған жоқ/не выявлено

Алапес (Гансен ауруы)/ Лепра (болезнь Гансена): анықталды/выявлено анықталған жоқ/не выявлено
Рентгенологиялық тексеру (флюорография) нәтижесі/Данные рентгенологического (флюорографического)

обследования дата и время, результат: _____

Туберкулез: анықталды/выявлено анықталған жоқ/не выявлено

8. Инфекционисттің қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификатор (ЭЦҚ, QR код, немесе оны айыра алатын өзге белгісі)/Заклучение инфекциониста Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его) дата и время

Жедел инфекциялық аурулар (жедел респираторлық инфекциялар мен тұмаудан басқа)/ Острые инфекционные заболевания (кроме острых респираторных заболеваний и гриппа)

анықталды/выявлено анықталған жоқ/не выявлено

9. Психиатр қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе оны айыра алатын өзге белгісі)/Заклучение психиатра Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его) дата и время

10. Нарколог дәрігердің зерттеп-қарауы тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе оны айыра алатын өзге белгісі)/Заклучение нарколога Идентификатор (ЭЦП, QR код, или уникальный признак, позволяющий отличать его) дата и время

Психоактивті заттардың болуы үшін сұйық биологиялық органы зерттеу/ Исследования жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ дата и время, результат.

Мемлекеттік денсаулық сақтау мекемесінің (ұйымының) басшысы (тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы)/Руководитель государственного учреждения (организации) здравоохранения:
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)

М.О./Место печати

Ескертпе:/Примечание:

* - 18 жасқа дейінгі баламен жатқан жағдайда 6.1-6.5-тармақшалары бойынша мәлімет, сонымен қатар АҚДС, полиомиелитке, қызылшаға, қызамыққа, паротитке, "В" вирустық гепатитіне, туберкулезге қарсы жасалған егулер (ауырған аурулары) жөніндегі мәлімет, соңғы 3 жылдық туберкулез диагностикасының нәтижелері ұсынылады* - в случае пребывания с ребенком в возрасте до 18 лет предоставляются сведения по п.п. 6.1-6.5, а также сведения о наличии проведенных ранее прививках (перенесенных заболеваниях) –АҚДС, против полиомиелита, кори, краснухи, паротита, вирусного гепатита "В", туберкулеза, результаты туберкулинодиагностики за 3 последних года

Толтыру күні:/Дата заполнения: _____

Қолданылу мерзімі:/Срок действия:

3 ай/3 месяца