Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы есепке алу мен есеп құжаттамасының нысандарын бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2021 жылғы 24 тамызда № 24082 болып тіркелді.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 7 бабының 31 тармақшасына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

Ескерту. Кіріспе жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

1. Мыналар:

1) осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес бактериологиялық тесттерді іріктеу актісінің нысаны;

2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес био тестілерді іріктеу актісінің нысаны;

3) осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес шайындыларды іріктеу актісінің нысаны;

4) осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес су үлгілерін іріктеу актісінің нысаны;

5) осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес сынамаларды (ауаны (ауа ортасын бактериологиялық зерттеу), дәрілік нысандарды, зарарсыздыққа, полимер және басқа да материалдар үлгілерін, олардан жасалған бұйымдарды, химиялық заттар мен композицияларды, балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді) іріктеу актісінің нысаны;

6) осы бұйрыққа 6-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерін іріктеу актісінің нысаны;

7) осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес зерттеу жүргізуге тамақ өнімдерін іріктеу актісінің нысаны;

8) осы бұйрыққа 8-қосымшаға сәйкес радиобелсенділікті зерттеуге үлгілер алу актісінің нысаны;

9) осы бұйрыққа 9-қосымшаға сәйкес дезинфекциялайтын заттардың сынамаларын алуактісінің нысаны;

10) осы бұйрыққа 10-қосымшаға сәйкес зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеуге үлгі алу нысаны;

11) осы бұйрыққа 11-қосымшаға сәйкес кенелерді (буынаяқтыларды) жинау актісінің нысаны;

12) осы бұйрыққа 12-қосымшаға сәйкес иммундаудан кейінгі қолайсыз көрініс жағдайын тергеп-тексеру нәтижелері туралы актісінің нысаны;

12-1) осы бұйрыққа 12-1-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру тағайындау туралы актісінің нысаны;

12-2) осы бұйрыққа 12-2-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру мерзімін ұзарту туралы актісінің нысаны;

12-3) осы бұйрыққа 12-3-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексеру нәтижелері туралы актісінің нысаны;

12-4) осы бұйрыққа 12-4-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алуды тағайындау туралы актісінің нысаны;

12-5) осы бұйрыққа 12-5-қосымшаға сәйкес өнімді (тауарды) сатып алу актісінің нысаны;

12-6) осы бұйрыққа 12-6-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы өнімді (тауарды) бақылау мақсатында сатып алу нәтижелері туралы актісінің нысаны;

13) осы бұйрыққа 13-қосымшаға сәйкес вирусологиялық зерттеуге жіберу жолдамасының нысаны;

14) осы бұйрыққа 14-қосымшаға сәйкес дезинфекциялау камерасына жолдамасының нысаны;

15) осы бұйрыққа 15-қосымшаға сәйкес қанды вирусты гепатиттердің маркерлеріне зерттеуге жолдамасының нысаны;

16) осы бұйрыққа 16-қосымшаға сәйкес сынама үлгілерін вирусологиялық зерттеулерге жолдамасының нысаны;

17) осы бұйрыққа 17-қосымшаға сәйкес Қызылша мен қызамыққа материалды (зерттелушіден, ауру адамнан) зерттеуге жолдамасының нысаны;

18) осы бұйрыққа 18-қосымшаға сәйкес санитариялық-паразитологиялық зерттеуге жолдамасының нысаны;

19) осы бұйрыққа 19-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған сынамалардың микробиологиялық тексеруге жолдамасының нысаны;

20) осы бұйрыққа 20-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған сынамалардың тексеруге жолдамасының нысаны;

21) осы бұйрыққа 21-қосымшаға сәйкес сынаманы тырысқақ қоздырғышына тексерудің жолдамасы және зерттеу нәтижесінің нысаны;

22) осы бұйрыққа 22-қосымшаға сәйкес материалдарды тырысқақ қоздырғышына зерттеу хаттамасының нысаны;

23) осы бұйрыққа 23-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдерінің үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;

24) осы бұйрыққа 24-қосымшаға сәйкес суды микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

25) осы бұйрыққа 25-қосымшаға сәйкес шайындыларды микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

26) осы бұйрыққа 26-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдерін микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

27) осы бұйрыққа 27-қосымшаға сәйкес микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны (ауа, топырақ, дәрілік нысандар және басқалар);

28) осы бұйрыққа 28-қосымшаға сәйкес тасымалдаушылыққа микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

29) осы бұйрыққа 29-қосымшаға сәйкес нәжісті бактериологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

30) осы бұйрыққа 30-қосымшаға сәйкес мұнай өнімдерін және арнайы сұйықтықтарды қайта өңдеу үлгісін зерттеу хаттамасының нысаны;

31) осы бұйрыққа 31-қосымшаға сәйкес молекулярлық-генетикалық сынақтарға арналған шикізат пен тамақ өнімдерін зерттеу хаттамасының нысаны;

32) осы бұйрыққа 32-қосымшаға сәйкес тағам өнімдердің молекулярлы-генетикалық сынақтарға полимеразды тізбектеу реакциясы әдісімен зерттеу (ПТР) және иммуно-ферментті талдау (бұдан әрі – ИФТ) хаттамасының нысаны ;

33) осы бұйрыққа 33-қосымшаға сәйкес зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

34) осы бұйрыққа 34-қосымшаға сәйкес полимерлік және басқа да материалдардың, олардан жасалған бұйымдардың, химиялық заттар мен композициялардың үлгісін зерттеу хаттамасының нысаны;

35) осы бұйрыққа 35-қосымшаға сәйкес аэроиондар концентрациясын өлшеу хаттамасының нысаны;

36) осы бұйрыққа 36-қосымшаға сәйкес діріл деңгейлерін өлшеу хаттамасының нысаны;

37) осы бұйрыққа 37-қосымшаға сәйкес шу, дыбыс деңгейлерінің оқшауланuын өлшеу хаттамасының нысаны;

38) осы бұйрыққа 38-қосымшаға сәйкес электромагниттік өрісті өлшеу хаттамасының нысаны;

39) осы бұйрыққа 39-қосымшаға сәйкес өсімдік шаруашылығы өнімін нитраттардың болуына зерттеу хаттамасының нысаны;

40) осы бұйрыққа 40-қосымшаға ауылшаруашылық өнімдерін, тамақ өнімдерін, суды, топырақты, ауа ортасын пестицидтердің қалдық көлемін анықтауға зерттеу (жоғары технологиялық зерттеу зертханасы, (бұдан әрі –ЖТЗ)) хаттамасының нысаны;

41) осы бұйрыққа 41-қосымшаға сәйкес дезинфекциялайтын заттарды зерттеу хаттамасының нысаны;

42) осы бұйрыққа 42-қосымшаға сәйкес серологиялық зерттеулер (инфекция түрі) хаттамасының нысаны;

43) осы бұйрыққа 43-қосымшаға сәйкес санитариялық вирусологияға үлгілерді зерттеу хаттамасының нысаны;

44) осы бұйрыққа 44-қосымшаға сәйкес үлгілерді зерттеу (инфекция түрлері) хаттамасының нысаны;

45) осы бұйрыққа 45-қосымшаға сәйкес ағаш шикізаты мен ағаштан жасалған бұйымдардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

46) осы бұйрыққа 46-қосымшаға сәйкес топырақ пен өсімдіктердің радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны бекітілсін;

47) осы бұйрыққа 47-қосымшаға сәйкес құрылыс материалдары мен бұйымдарының радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны бекітілсін;

48) осы бұйрыққа 48-қосымшаға сәйкес тыңайтқыштардың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

49) осы бұйрыққа 49-қосымшаға сәйкес қоршаған орта объектілерінің және өндіріс қалдықтарының радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

50) осы бұйрыққа 50-қосымшаға сәйкес судың радиобелсенділгін зерттеухаттамасының нысаны;

51) осы бұйрыққа 51-қосымшаға сәйкес жұмыс орындарын дозиметриялық бақылау хаттамасының нысаны;

52) осы бұйрыққа 52-қосымшаға сәйкес дозиметриялық бақылау хаттамасының нысаны;

53) осы бұйрыққа 53-қосымшаға сәйкес атмосфералық ауаның және жауын-шашынның радиобелсенділгін зерттеу хаттамасының нысаны;

54) осы бұйрыққа 54-қосымшаға сәйкес висцеральды және тері лейшманиазына зерттеу хаттамасының нысаны;

55) осы бұйрыққа 55-қосымшаға сәйкес емшек сүтін зерттеу хаттамасының нысаны;

56) осы бұйрыққа 56-қосымшаға сәйкес ашық түрдегі радиобелсенді заттармен жұмыс кезіндегі дозиметриялық және радиометриялық өлшеулер хаттамасының нысаны;

57) осы бұйрыққа 57-қосымшаға сәйкес рентген кабинетіндегі рентген сәулесін дозиметриялық өлшеу хаттамасының нысаны;

58) осы бұйрыққа 58-қосымшаға сәйкес металды, металдан және металл сынықтарынан жасалған бұйымдарды дозиметриялық бақылау хаттамасының нысаны;

59) осы бұйрыққа 59-қосымшаға сәйкес үй-жайлар ауасында радонның және оның ыдырау өнімдерінің құрамын өлшеу хаттамасының нысаны;

60) осы бұйрыққа 60-қосымшаға сәйкес жеке мөлшерлерді өлшеу хаттамасының нысаны;

61) осы бұйрыққа 61-қосымшаға сәйкес микробиологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

62) осы бұйрыққа 62-қосымшаға сәйкес аймақтың радиоактивтілігін зерттеу хаттамасының нысаны;

63) осы бұйрыққа 63-қосымшаға сәйкес материалдың, шикізаттардың, бұйымның радиобелсенділгін зерттеу хаттамасының нысаны;

64) осы бұйрыққа 64-қосымшаға сәйкес тағам өнімдерінің радиобелсенділгін зерттеуідің хаттамасының нысаны;

65) осы бұйрыққа 65-қосымшаға сәйкес радиоактивті отын - энергетикалық минералдық шикізатты зерттеу хаттамасының нысаны;

66) осы бұйрыққа 66-қосымшаға сәйкес адамдарды спекторметриялық өлшеу хаттамасының нысаны;

67) осы бұйрыққа 67-қосымшаға сәйкес жағындылар әдісімен алынатын ластануды зерттеу хаттамасының нысаны;

68) осы бұйрыққа 68-қосымшаға сәйкес радионуклидтік терапиядан кейін пациенттердің экспозициялық дозасының қуатын өлшеуді келтіру хаттамасының нысаны;

69) осы бұйрыққа 69-қосымшаға сәйкес дайын тағамдар мен жартылай фабрикаттарды зерттеу хаттамасының нысаны;

70) осы бұйрыққа 70-қосымшаға сәйкес елді мекендердің атмосфералық ауасының сынамасын алу және зерттеу хаттамасының нысаны;

71) осы бұйрыққа 71-қосымшаға сәйкес жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауасынан сынама алу және зерттеу хаттамасының нысаны;

72) осы бұйрыққа 72-қосымшаға сәйкес жарықты өлшеу хаттамасының нысаны;

73) осы бұйрыққа 73-қосымшаға сәйкес метеорологиялық факторларды өлшеу хаттамасының нысаны;

74) осы бұйрыққа 74-қосымшаға сәйкес орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;

75) осы бұйрыққа 75-қосымшаға сәйкес жер үсті су объектінің және ағынды су үлгілерін зерттеудің хаттамасының нысаны;

76) осы бұйрыққа 76-қосымшаға тағам өнімдері үлгілерін зерттеу (антибиотиктердің қалдық мөлшері, гормондар, b- адреностимуляторлар, микробты трансглутаминаза, құрғақ сүрттің массалық үлесі) хаттамасының нысаны;

77) осы бұйрыққа 77-қосымшаға сәйкес бунақаяқтыларды энтомологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

78) осы бұйрыққа 78-қосымшаға сәйкес шайындыларды паразитологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

79) осы бұйрыққа 79-қосымшаға сәйкес перианалды бүрмелерден қырындыны зерттеу хаттамасының нысаны;

80) осы бұйрыққа 80-қосымшаға сәйкес нәжістің, перианалды бүрмелерден қырындыларды паразитологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

81) осы бұйрыққа 81-қосымшаға сәйкес қанды безгекке зерттеу хаттамасының нысаны;

82) осы бұйрыққа 82-қосымшаға сәйкес паразиттік ауруларға Серологиялық зерттеулер хаттамасының нысаны;

83) осы бұйрыққа 83-қосымшаға сәйкес санитариялық-паразитологиялық зерттеу хаттамасының нысаны;

84) осы бұйрыққа 84-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерін зерттеу хаттамасының нысаны;

85) осы бұйрыққа 85-қосымшаға сәйкес дайын тағамдарды, рациондарды калориялығына зерттеу хаттамасының нысаны;

86) осы бұйрыққа 86-қосымшаға сәйкес қоректік орталардың сапасын зерттеу хаттамасының нысаны;

87) осы бұйрыққа 87-қосымшаға сәйкес радонның және оның ауадағы ырауынан пайда болған өнімдердің болуын өлшеу хаттамасының нысаны;

88) осы бұйрыққа 88-қосымшаға сәйкес өнеркәсіп кәсіпорындарын өлшеу хаттамасының нысаны;

89) осы бұйрыққа 89-қосымшаға сәйкес шаң сынамаларын зерттеуге хаттамасының нысаны;

90) осы бұйрыққа 90-қосымшаға сәйкес әкімшіліктің құқық бұзушылығы туралы хаттаманың нысаны;

91) осы бұйрыққа 91-қосымшаға сәйкес құқықтарды талқылау хаттамасының нысаны;

92) осы бұйрыққа 92-қосымшаға сәйкес адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

93) осы бұйрыққа 93-қосымшаға сәйкес инфекциялық және паразиттік аурулармен тығыз байланыста болған адамдарды жұмыстан (оқудан) уақытша шеттету туралы қаулының нысаны;

94) осы бұйрыққа 94-қосымшаға сәйкес 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 қаулысының нысаны;

94-1) алып тасталды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

95) осы бұйрыққа 95-қосымшаға сәйкес санитариялық-індетке қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы қаулының нысаны;

95-1) осы бұйрыққа 95-1-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсынымның нысаны;

96) осы бұйрыққа 96-қосымшаға сәйкес уақытша санитариялық шараларды енгізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

97) осы бұйрыққа 97-қосымшаға сәйкес 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 қаулысының нысаны;

97-1) осы бұйрыққа 97-1-қосымшаға сәйкес 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 дәрігердің қаулысының нысаны;

97-2) осы бұйрыққа 97-2-қосымшаға сәйкес адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысының нысаны;

98) осы бұйрыққа 98-қосымшаға сәйкес әкімшілік жаза қолдану туралы қаулының нысаны;

98-1) алып тасталды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

99) осы бұйрыққа 99-қосымшаға сәйкес уақытша санитариялық шараларды енгізу жөніндегі Қазақстан Республикасы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

100) осы бұйрыққа 100-қосымшаға сәйкес 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 журналының нысаны;

101) осы бұйрыққа 101-қосымшаға сәйкес санитариялық індетке қарсы және санитариялық алдын-алу шараларын жүргізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысын тіркеу журналының нысаны;

101-1) осы бұйрыққа 101-1-қосымшаға сәйкес бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылауды тіркеу журналының нысаны;

102) осы бұйрыққа 102-қосымшаға сәйкес адамдарды жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

103) осы бұйрыққа 103-қосымшаға сәйкес 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 қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

103-1) осы бұйрыққа 103-1-қосымшаға сәйкес 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 журналының нысаны;

103-2) осы бұйрыққа 103-2-қосымшаға сәйкес адамдарды емдеуге жатқызуға жіберуді ұйымдастыру жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулыларын тіркеу журналының нысаны;

104) осы бұйрыққа 104-қосымшаға сәйкес жеке тұлғалардың өтініштерін қарауды тіркеу журналының нысаны;

105) осы бұйрыққа 105-қосымшаға сәйкес заңды тұлғалардың өтініштерін қарауды тіркеу журналының нысаны;

106) осы бұйрыққа 106-қосымшаға сәйкес әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізуді қарауды тоқтату туралы қаулылар журналының нысаны;

107) осы бұйрыққа 107-қосымшаға сәйкес шағымдар мен ұсыныстарды тіркеу журналының нысаны;

108) осы бұйрыққа 108-қосымшаға сәйкес кәсіби уланулар мен кәсіби ауруларды тіркеу журналының нысаны;

109) осы бұйрыққа 109-қосымшаға сәйкес тағамнан улануды тіркеу журналының нысаны;

110) осы бұйрыққа 110-қосымшаға сәйкес серологиялық зерттеулерге ортадан алынған үлгілерді тіркеу журналының нысаны;

111) осы бұйрыққа 111-қосымшаға сәйкес спектрометриялық зерттеулерді тіркеу журналының (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералдық шикізат және т. б.) нысаны;

112) осы бұйрыққа 112-қосымшаға сәйкес дайындалған қоректік орталарды зарарсыздандыруды тіркеу журналының нысаны;

113) осы бұйрыққа 113-қосымшаға сәйкес өлшеу құралдары мен сынақ жабдығына техникалық қызмет көрсету журналының нысаны;

114) осы бұйрыққа 114-қосымшаға сәйкес медициналық иммундық-биологиялық препараттарды есепке алу журналының нысаны;

115) осы бұйрыққа 115-қосымшаға сәйкес су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының (ЖТЗ зертханасы) нысаны;

116 осы бұйрыққа 116-қосымшаға сәйкес дозаторларды калибрлеуді тіркеу журналының нысаны;

117) осы бұйрыққа 117-қосымшаға сәйкес радиоактивтілікті зерттеу журналының нысаны (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, миниралдық шикізат, ойыншықтар, жиһаз өнімдері, автомобиль жолдарын салу және жөндеу кезінде пайдаланылатын материалдар және т. б.) нысаны;

118) осы бұйрыққа 118-қосымшаға сәйкес халық тұтынатын тауарларды (парфюмерлік-косметикалық өнімдерді, ойыншықтарды, жеке гигиена құралдарын, балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді және т. б.) зерттеу журналының нысаны;

119) осы бұйрыққа 119-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдеріндегі микробтық трансглутаминазаны айқындау жөніндегі зерттеулер журналының нысаны;

120) осы бұйрыққа 120-қосымшаға тағам өнімдеріндегі құрғақ сүттің массалық үлесін анықтау бойынша зерттеулер журналының нысаны;

121) осы бұйрыққа 121-қосымшаға сәйкес таразыларды калибрлеуді тіркеу журналының нысаны;

122) осы бұйрыққа 122-қосымшаға сәйкес дистилденген судың сапасын бақылау журналының нысаны;

123) осы бұйрыққа 123-қосымшаға сәйкес қоршаған орта параметрлерін бақылау журналының нысаны;

124) осы бұйрыққа 124-қосымшаға сәйкес бу және ауа стерилизаторларын, құрғақ шкафтарды (автоклавтарды) және дезинфекциялау камераларын бақылау журналының нысаны;

125) осы бұйрыққа 125-қосымшаға сәйкес pH метрді калибрлеуді тіркеу журналының нысаны;

126) осы бұйрыққа 126-қосымшаға сәйкес термостаттың температурасын бақылау журналының нысаны;

127) осы бұйрыққа 127-қосымшаға сәйкес центрифуганы қосуды және стерильдеуді тіркеу журналының нысаны;

128) осы бұйрыққа 128-қосымшаға сәйкес зертханалық ыдыстарды стерилизациялауды тіркеу журналының нысаны;

129) осы бұйрыққа 129-қосымшаға сәйкес зертхана аралық салыстырмалы сынақтарды және сапаны сыртқы бағалау бойынша сынаманы тіркеу журналының нысаны;

130) осы бұйрыққа 130-қосымшаға сәйкес зертханадағы аварияны тіркеу журналының нысаны;

131) осы бұйрыққа 131-қосымшаға сәйкес емшек сүтін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

132) осы бұйрыққа 132-қосымшаға сәйкес парфюмерлік-косметикалық өнімдерді микробиологиялық зерттеу журналының нысаны;

133) осы бұйрыққа 133-қосымшаға сәйкес тамақ өнімдері мен мал шаруашылығындағы гормондардың қалдық мөлшерін анықтау жөніндегі микробиологиялық зерттеулер журналының нысаны;

134) осы бұйрыққа 134-қосымшаға сәйкес жеке гигиена құралдарын микробиологиялық зерттеу журналының нысаны;

135) осы бұйрыққа 135-қосымшаға сәйкес балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді микробиологиялық зерттеу журналының нысаны;

136) осы бұйрыққа 136-қосымшаға сәйкес ойыншықтарды микробиологиялық зерттеу, журналының нысаны;

137) осы бұйрыққа 137-қосымшаға сәйкес антибактериалды препараттарға сезімталдықты анықтау (соның ішінде сыртқы ортадан алынған өсінді)журналының нысаны;

138) осы бұйрыққа 138-қосымшаға сәйкес қанды парасүзек А және В, іш сүзегі қоздырғыштарын анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулер журналының нысаны;

139) осы бұйрыққа 139-қосымшаға сәйкес висцеральды және тері лейшманиазына зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

140) осы бұйрыққа 140-қосымшаға сәйкес металды, металдан және метал қалдықтарынан жасалған бұйымдарды зерттеу журналының нысаны;

141) осы бұйрыққа 141-қосымшаға сәйкес арнайы сұйықтықтармен мұнайдан жасалған өнімдердің сынамаларын зерттеу журналының нысаны;

142) осы бұйрыққа 142-қосымшаға рентген кабинеттерінде жүргізілген дозиметриялық өлшемдерді тіркеу журналының нысаны;

143) осы бұйрыққа 143-қосымшаға сәйкес экспресс-зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру журналының нысаны;

144) осы бұйрыққа 144-қосымшаға сәйкес, сынақ жүргізуге жарамсыз сынамаларды (үлгілерді) тіркеу журналының нысаны;

145) осы бұйрыққа 145-қосымшаға сәйкес, сәйкессіздіктерді және түзету және алдын алу іс-қимылдарын жүргізу жөніндегі іс-шараларды тіркеу журналының нысаны;

146) осы бұйрыққа 146-қосымшаға сәйкес мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылауға және қадағалауға жататын объектілерді тіркеу журналының нысаны;

147) осы бұйрыққа 147-қосымшаға сәйкес бактерицидтік сәулелендіргіштің жұмыс істеген уақытын тіркеу журналының нысаны;

148) осы бұйрыққа 148-қосымшаға сәйкес тоңазытқыш жабдығының, Тоңазытқыш және мұздатқыш бөлмелердің немесе камералардың температуралық режимін есепке алу журналының нысаны;

149) осы бұйрыққа 149-қосымшаға сәйкес тазалау жүргізуді тіркеу журналының нысаны;

150) осы бұйрыққа 150-қосымшаға сәйкес медициналық қалдықтарды күнделікті есепке алу журналының нысаны;

151) осы бұйрыққа 151-қосымшаға сәйкес жеткізушілер мен жеткізілетін өнімді есепке алу, бағалау журналының нысаны;

152) осы бұйрыққа 152-қосымшаға сәйкес иондаушы зерделеу көздерін пайдаланатын шаруашылық жүргізуші субъектілерді және радиоактивті заттардың қозғалысын есепке алу журналының нысаны;

153) осы бұйрыққа 153-қосымшаға сәйкес жеке дозиметрия нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

154) осы бұйрыққа 154-қосымшаға сәйкес ПТР әдісімен генетикалық түрлендірілген объектілер болуына шикізат және тағам өнімдері үлгілерін мөлшерін зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

155) осы бұйрыққа 155-қосымшаға сәйкес есекқұрттар имаголарының маусымдық санының серпінін есепке алу журналының нысаны;

156) осы бұйрыққа 156-қосымшаға сәйкес аумақтардағы барлаушының тексеріп қараулар нәтижелері бойынша кене энцефалитін тасымалдаушы иксодты кенелердің санын есепке алу журналының нысаны;

157) осы бұйрыққа 157-қосымшаға сәйкес имаго қансорғыш буынаяқтылардың күрес бойынша жұмыстарды есепке алу журналының нысаны;

158) осы бұйрыққа 158-қосымшаға сәйкес экстенсивті зерттеп-қарау (жаппай аулау) нәтижелері бойынша жәндіктер санын есепке алу журналының нысаны;

159) осы бұйрыққа 159-қосымшаға сәйкес, Анофелес дәрнәсілдері санының маусымдық динамикасы журналының нысаны;

160) осы бұйрыққа 160-қосымшаға сәйкес қансорғыш буынаяқтылардың түрлік құрамын зерделеу нәтижелері журналының нысаны;

161) осы бұйрыққа 161-қосымшаға сәйкес жәндіктер мен кенелердің шағуымен (шабуылымен) жүгінгендерді тіркеу журналының нысаны;

162) осы бұйрыққа 162-қосымшаға сәйкес тағам өнімдерінің үлгісін зерттеу және нәтижелерін беруді тіркеу (ЖТЗ зертханасы) журналының нысаны;

163) осы бұйрыққа 163-қосымшаға сәйкес дайын тағамдардың, рациондардың үлгілерін құнарлылыққа зерттеу және нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

164) осы бұйрыққа 164-қосымшаға сәйкес жерүсті су объектілері суларының және сарқынды сулардың үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;

165) осы бұйрыққа 165-қосымшаға сәйкес орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;

166) осы бұйрыққа 166-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

167) осы бұйрыққа 167-қосымшаға сәйкес елді мекендердің атмосфералық ауа үлгілерін алуды және зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

168) осы бұйрыққа 168-қосымшаға сәйкес жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауасы үлгісін және оны зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналының нысаны;

169) осы бұйрыққа 169-қосымшаға сәйкес дезинфекциялайтын заттардың үлгілерін және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналының нысаны;

170) осы бұйрыққа 170-қосымшаға сәйкес токсикологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

171) осы бұйрыққа 171-қосымшаға сәйкес полимерлік және басқа материалдар, олардан жасалған бұйымдар, химиялық заттар мен композициялар үлгілерін зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

172) осы бұйрыққа 172-қосымшаға сәйкес тағам өнімдерінің және қоршаған орта объектілерінің үлгілерін пестицидтердің қалдық санына және минералдық тыңайтқыштардың тіркеу және зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;

173) осы бұйрыққа 173-қосымшаға сәйкес жарықтандыруды өлшеуді және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналының нысаны;

174) осы бұйрыққа 174-қосымшаға сәйкес шуды, дыбыс оқшаулануын, инфрадыбысты, ультрадыбыстарды және дірілді өлшеуді тіркеу журналының нысаны;

175) осы бұйрыққа 175-қосымшаға сәйкес электромагниттік өрісті өлшеуді тіркеу журналының нысаны;

176) осы бұйрыққа 176-қосымшаға сәйкес жеке дозиметрия нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

177) осы бұйрыққа 177-қосымшаға сәйкес радиобелсенділікті зерттеуге түсетін үлгіні және оларды зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

178) осы бұйрыққа 178-қосымшаға сәйкес радиометриялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

179) осы бұйрыққа 179-қосымшаға сәйкес радиохимиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

180) осы бұйрыққа 180-қосымшаға сәйкес радиациялық бақылау және зерттеулер журналының нысаны;

181) осы бұйрыққа 181-қосымшаға сәйкес жергілікті жерде гамма-фонды тіркеу журналының нысаны;

182) осы бұйрыққа 182-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналының нысаны;

183) осы бұйрыққа 183-қосымшаға сәйкес ішек жұқпалары тобына жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

184) осы бұйрыққа 184-қосымшаға сәйкес стафилококка жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

185) осы бұйрыққа 185-қосымшаға сәйкес дифтерияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

186) осы бұйрыққа 186-қосымшаға сәйкес кенелер, жәндіктер түрлік тиістілігін анықтау журналының нысаны;

187) осы бұйрыққа 187-қосымшаға сәйкес көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас ауруларға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

188) осы бұйрыққа 188-қосымшаға сәйкес менингококкқа микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

189) осы бұйрыққа 189-қосымшаға сәйкес тағам өнімдерінің үлгілеріне микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

190) осы бұйрыққа 190-қосымшаға сәйкес су үлгілеріне жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

191) осы бұйрыққа 191-қосымшаға сәйкес топырақ үлгілерін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

192) осы бұйрыққа 192-қосымшаға сәйкес микробиологиялық шайындыларды тіркеу журналының нысаны;

193) осы бұйрыққа 193-қосымшаға сәйкес ауа үлгілеріне жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

194) осы бұйрыққа 194-қосымшаға сәйкес дәрілік (дәріханалық) түрлерге жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

195) осы бұйрыққа 195-қосымшаға сәйкес стерильділікке жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

196) осы бұйрыққа 196-қосымшаға сәйкес жұқпалы материалдар қозғалысын есепке алу журналының нысаны;

197) осы бұйрыққа 197-қосымшаға сәйкес бөлінген өсінділерді және оларды жоюды есепке алу журналының нысаны;

198) осы бұйрыққа 198-қосымшаға сәйкес зерттелуге түскен өсінділерді тіркеу журналының нысаны;

199) осы бұйрыққа 199-қосымшаға сәйкес өсінділер мен уыттарды ұйымның шегінен тыс босатуды есепке алу журналының нысаны;

200) осы бұйрыққа 200-қосымшаға сәйкес қоректік ортаны дайындау және бақылауды тіркеу журналының нысаны;

201) осы бұйрыққа 201-қосымшаға сәйкес мұражайлық өсінділер қозғалысын есепке алу журналының нысаны;

202) осы бұйрыққа 202-қосымшаға сәйкес аса қауіпті инфекциялар зертханасына келушілерді тіркеу журналы нысаны;

203) осы бұйрыққа 203-қосымшаға сәйкес қоршаған ортадан үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналының нысаны;

204) осы бұйрыққа 204-қосымшаға сәйкес қалбырдағы тағамдарға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

205) осы бұйрыққа 205-қосымшаға сәйкес пайдаланылған материалды зарарсыздандыруды тіркеу журналының нысаны;

206) осы бұйрыққа 206-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған үлгілерді тіркеу мен оларды аса қауіпті және зоонозды инфекцияларға серологиялық зерттеудің нәтижелерін беру журналының нысаны;

207) осы бұйрыққа 207-қосымшаға сәйкес биологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

208) осы бұйрыққа 208-қосымшаға сәйкес иммунобиологиялық препараттардың белсенділігін бақылау журналының нысаны;

209) осы бұйрыққа 209-қосымшаға сәйкес дезинфекциялауды (шайындыларды) зертханашілік бақылауды тіркеу журналының нысаны;

210) осы бұйрыққа 210-қосымшаға сәйкес ауаны зертханаішілік бақылауды тіркеу журналының нысаны;

211) осы бұйрыққа 211-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған үлгілердің серологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;

212) осы бұйрыққа 212-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материал үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу журналының нысаны;

213) осы бұйрыққа 213-қосымшаға сәйкес зерттеуге арналған үлгілерді тіркеу (инфекция түрін) журналының нысаны;

214) осы бұйрыққа 214-қосымшаға сәйкес шетелден өсінділер алуды тіркеу журналының нысаны;

215) осы бұйрыққа 215-қосымшаға сәйкес қарсы иммунитетті анықтауға арналған үлгілерді тіркеу (инфекция түрі) журналының нысаны;

216) осы бұйрыққа 216-қосымшаға сәйкес вирусты гепатитке серологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

217) осы бұйрыққа 217-қосымшаға сәйкес штаммдарды сәйкестендіру нәтижелерін есепке алу журналы нысаны;

218) осы бұйрыққа 218-қосымшаға сәйкес вирусологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

219) осы бұйрыққа 219-қосымшаға сәйкес тін өсіндісінде жүргізілген серологиялық зерттеулердің нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

220) осы бұйрыққа 220-қосымшаға сәйкес паразитарлық аурулар қоздырғыштарына тексерілген адамдарды тіркеу журналының нысаны;

221) осы бұйрыққа 221-қосымшаға сәйкес инфекциялық аурулар ошақтарындағы дезинфекциялық іс-шараларды есепке алу журналының нысаны;

222) осы бұйрыққа 222-қосымшаға сәйкес жұмсақ мүкәммал, жұмсақ керек-жарақты (киімдер мен төсек жабдықтары) камералық өңдеуді тіркеу журналының нысаны;

223) осы бұйрыққа 223-қосымшаға сәйкес санитариялық-паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

224) осы бұйрыққа 224-қосымшаға сәйкес үй шаңы кенелерінің болуына үй шаңы, мамықтан және қауырсынан жасалған өнімдер үлгілерін зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

225) осы бұйрыққа 225-қосымшаға сәйкес паразитарлық ауруларға серологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

226) осы бұйрыққа 226-қосымшаға сәйкес биосынамалы жануарларды тіркеу журналының нысаны;

227) осы бұйрыққа 227-қосымшаға сәйкес адамдардан бурцелезге (гемоөсінді) алынған үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру журналына нысаны;

228) осы бұйрыққа 228-қосымшаға сәйкес қызамық/қызылшаға серологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

229) осы бұйрыққа 229-қосымшаға сәйкес люминесценттік зерттеулер журналының нысаны (инфекция түрі) нысаны;

230) осы бұйрыққа 230-қосымшаға сәйкес санитариялық вирусологияға зерттеуге алынған үлгілерді тіркеу журналы нысан;

231) осы бұйрыққа 231-қосымшаға сәйкес бруцеллез қоздырғышының өсінділерінің бөлінуі және бөлінген өсінділерін сәйкестендіруді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

232) осы бұйрыққа 232-қосымшаға сәйкес сыртқы орта нысандары үлгілерін ИФТ әдісімен зерттеуді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

233) осы бұйрыққа 233-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материал үлгілерін ИФТ әдісімен зерттеуді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

234) осы бұйрыққа 234-қосымшаға сәйкес күйдіргіге жүргізілген микробиологиялық зерттеуді тіркейтін жұмыс журналдарының нысаны;

235) осы бұйрыққа 235-қосымшаға сәйкес пастереллезге жүргізілген микробиологиялық зерттеуді тіркейтін жұмыс журналдарының нысаны;

236) осы бұйрыққа 236-қосымшаға сәйкес молекулярлы-генетикалық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

237) осы бұйрыққа 237-қосымшаға сәйкес сыртқы орта нысандырынан алынған үлгілерді молекулярлық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерді беру журналының нысаны;

238) осы бұйрыққа 238-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған үлгілерді молекулярлық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерді беру журналының нысаны;

239) осы бұйрыққа 239-қосымшаға сәйкес зооноздық инфекцияларға жүргізілген микробиологиялық зерттеудің жұмыс журналының нысаны;

240) осы бұйрыққа 240-қосымшаға сәйкес туляремияға микробиологиялық зерттеудің журналының нысаны;

241) осы бұйрыққа 241-қосымшаға сәйкес тырысқақ қоздырғышының болуына сыртқы орта нысандарынаң үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

242) осы бұйрыққа 242-қосымшаға сәйкес сынамаларды және қабылдауды тіркеу журналының нысаны;

243) осы бұйрыққа 243-қосымшаға сәйкес бөлінген тырысқақ өсінділерін есепке алу және сипаттамасы журналының нысаны;

244) осы бұйрыққа 244-қосымшаға сәйкес тырысқақ қоздырғышының болуына адамдардан алынған материял үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу журналының нысаны;

245) осы бұйрыққа 245-қосымшаға сәйкес аэроиондар концентрациясын өлшеулерді тіркеу журналының нысаны;

246) осы бұйрыққа 246-қосымшаға сәйкес тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

247) осы бұйрыққа 247-қосымшаға сәйкес тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркеу (ботулотоксинді анықтау) журналының нысаны;

248) осы бұйрыққа 248-қосымшаға сәйкес тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін жұмыс журналының нысаны;

249) осы бұйрыққа 249-қосымшаға сәйкес иерсинниозға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

250) осы бұйрыққа 250-қосымшаға сәйкес мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық мөлшерін анықтау жөніндегі микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

251) осы бұйрыққа 251-қосымшаға сәйкес тағам және мал шаруашылығы өнімдеріндегі бактерияға қарсы және гормоналды препараттардың қалдық мөлшерін анықтауға зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

252) осы бұйрыққа 252-қосымшаға сәйкес қанды стерилділікке микробиологиялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

253) осы бұйрыққа 253-қосымшаға сәйкес антибиотикке сезімталдыққа адамдардан алынған клиникалық материалды тіркеу және зерттеу сынамаларын есепке алу журналының нысаны;

254) осы бұйрыққа 254-қосымшаға сәйкес адамдардың алынған клиникалық материалды зерттеу сынамаларын тіркеу (Дисбактериоз) журналының нысаны;

255) осы бұйрыққа 255-қосымшаға сәйкес өсімдік шаруашылығы өнімінің құрамында нитраттарды зерттеу үлгісін тіркеу және нәтижелерін есепке алу журналының нысаны;

256) осы бұйрыққа 256-қосымшаға сәйкес безгекке тексерілетіндерді тіркеу журналының нысаны;

257) осы бұйрыққа 257-қосымшаға сәйкес паразитологиялық зертханалық бақылауды тіркеу (шайындылар) журналының нысаны;

258) осы бұйрыққа 258-қосымшаға сәйкес гнус имангосы санының серпінін есепке алу журналының нысаны;

259) осы бұйрыққа 259-қосымшаға сәйкес гнус дернәсілдері санының маусымдық серпінін есепке алу журналының нысаны;

260) осы бұйрыққа 260-қосымшаға сәйкес кенелер имаго санының серпінін есепке алу журналының нысаны;

261) осы бұйрыққа 261-қосымшаға сәйкес энтомофаунаны және кенелерді жүргізілген фенологиялық бақылауды есепке алу журналының нысаны;

262) осы бұйрыққа 262-қосымшаға сәйкес аса қауіпті инфекциялар қоздырғыштарына құралдардың антимикробқа қарсы белсенділігінің сынақтарын тіркеу журналының нысаны;

263) осы бұйрыққа 263-қосымшаға сәйкес метеорологиялық факторларды өлшеу және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу журналының нысаны;

264) осы бұйрыққа 264-қосымшаға сәйкес жануарлардың тістеуінен, сілекейленуінен, тырналуынан зардап шеккен адамдарды тіркеу журналының нысаны;

265) осы бұйрыққа 265-қосымшаға сәйкес эктопаразитарлы сүтқоректілерді тіркеу журналының нысаны;

266) осы бұйрыққа 266-қосымшаға сәйкес ақаулық дефектоскоптарын, иондаушы сәулелену көздерін және спектрометрлерді дозиметриялық тексеруді тіркеу журналының нысаны;

267) осы бұйрыққа 267-қосымшаға сәйкес мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органдарының инфекциялық және паразитарлық ауруларды есепке алу журналының нысаны;

268) осы бұйрыққа 268-қосымшаға сәйкес спектрометриялық зерттеулерді тіркеу журналының нысаны;

269) осы бұйрыққа 269-қосымшаға сәйкес өнеркәсіптік объектілерді зерттеуді тіркеу журналының нысаны;

270) осы бұйрыққа 270-қосымшаға сәйкес рентген кабинеттерінде жүргізілген дозиметриялық өлшемдерді тіркеу журналының нысаны;

271) осы бұйрыққа 271-қосымшаға сәйкес сапаны сырттай бағалау бойынша сынамаларды және зертханааралық салыстыру сынақтарын тіркеу журналының нысаны ;

272) осы бұйрыққа 272-қосымшаға сәйкес қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын өлшеуді тіркеу журналының нысаны;

273) осы бұйрыққа 273-қосымшаға сәйкес әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттамаларды тіркеу журналының нысаны;

273-1) осы бұйрыққа 273-1-қосымшаға сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы тергеп-тексерулерді есепке алу журналының нысаны;

274) осы бұйрыққа 274-қосымшаға сәйкес ұсақ сүтқоректілердің санын есепке алудың далалық журналының нысаны;

275) осы бұйрыққа 275-қосымшаға кәсіби ауруды (уланулады) есепке алу картасының нысаны;

276) осы бұйрыққа 276-қосымшаға сәйкес инфекциялық және паразитарлық ауру ошағын эпидемиологиялық тексеріп қарау картасының нысаны;

277) осы бұйрыққа 277-қосымшаға сәйкес зоонозды аурулар ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық тексеріп қарау картасының нысаны;

278) осы бұйрыққа 278-қосымшаға сәйкес туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық тексеру картасының нысаны;

279) осы бұйрыққа 279-қосымшаға сәйкес іш сүзегінің, А,В парасүзегінің бактерияларын тасымалдаушыларды есепке алу картасының нысаны;

280) осы бұйрыққа 280-қосымшаға сәйкес жануардың тістеуінен, сілекейлеуінен, тырнауынан адам зардап шеккен оқиғаны эпидемиологиялық тексеру картасының нысаны;

281) осы бұйрыққа 281-қосымшаға сәйкес инфекциялық ауру ошағында ағымдық дезинфекцияларды бақылау картасының нысаны;

282) осы бұйрыққа 282-қосымшаға сәйкес медициналық және басқа ұйымдарда ағымдық дезенфекцияларды ұйымдастыру мен жүргізуді бақылау картасының нысаны;

283) осы бұйрыққа 283-қосымшаға сәйкес дезинфекция, дератизацияға берілетін наряд нысаны;

284) осы бұйрыққа 284-қосымшаға сәйкес қорытынды дезинфекцияға берілетін наряд нысаны;

285) осы бұйрыққа 285-қосымшаға сәйкес иммуно-ферменттік талдау нәтижесінің нысаны;

286) осы бұйрыққа 286-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материалды бактериологиялық зерттеу нәтижесінің нысаны;

287) осы бұйрыққа 287-қосымшаға сәйкес адамдардан алынған материалды серологиялық зерттеу нәтижесінің нысаны;

288) осы бұйрыққа 288-қосымшаға сәйкес микробтарға қарсы қолданылатын препараттарға сезімталдықты анықтау нәтижесінің нысаны;

289) осы бұйрыққа 289-қосымшаға сәйкес полимеразды тізбектеу реакциясының нәтижесінің нысаны;

290) осы бұйрыққа 290-қосымшаға сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық қорытындының нысаны;

291) осы бұйрыққа 291-қосымшаға сәйкес жұмыскерде кәсіптік аурудың (уланудың) болуына күдіктену кезіндегі еңбек шарттарының санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасының нысаны;

292) осы бұйрыққа 292-қосымшаға сәйкес наряд бойынша дезинфекция жүргізілу туралы туралы анықтаманың нысаны;

293) осы бұйрыққа 293-қосымшаға сәйкес заттарға берілетін түбіртек нысаны;

294) осы бұйрыққа 294-қосымшаға сәйкес су айдыны паспортының нысаны;

295) осы бұйрыққа 295-қосымшаға сәйкес аса қауіпті инфекцияларды тасымалдаушы иксодты кенелердің аумақта болуын барлаушылық тексеріп қарау нәтижесін есепке алудың жиынтық ведомостының нысаны;

296) осы бұйрыққа 296-қосымшаға сәйкес мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қызмет органына шақыру қағазының нысаны;

297) осы бұйрыққа 297-қосымшаға сәйкес іс жүргізуге қабылдау және қарауға тағайындау туралы ұйғарымның нысаны;

298) осы бұйрыққа 298-қосымшаға сәйкес полиомиелит немесе жедел енжар паралич жағдайын эпидемиологиялық тексеру нысаны;

299) осы бұйрыққа 299-қосымшаға сәйкес сүтқоректілердің санын есепке алу жөніндегі стационарлардағы жұмысты есепке алу күнделігінің нысаны бекітілсін.

Ескерту. 1-тармаққа өзгерістер енгізілді – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 09.09.2022 № ҚР ДСМ-96 (23.11.2022 бастап қолданысқа енгізіледі); 20.04.2023 № 77 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі); 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі); 14.08.2025 № 80 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрықтарымен.

2. Мына:

1) Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің "Халықтың санитарлық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы есепке алу мен есеп

құжаттамасының нысандарын бекіту туралы" 2015 жылғы 30 мамырдағы № 415 бұйрығының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 11626 тіркелген);

2) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2018 жылғы 3 қыркүйектегі № ҚР ДСМ-9 бұйрығымен бекітілген, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің және Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігінің өзгерістер мен толықтыру енгізілетін кейбір бұйрықтарының тізбесінің 8-тармағының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 17501 тіркелген) күші жойылды деп танылсын.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау комитеті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде Мемлекеттік тіркелуін;

2) осы бұйрық мемлекеттік тіркелгеннен кейін күнтізбелік он күн ішінде оның көшірмесін мерзімді баспасөз басылымдарында және "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде ресми жариялануға жіберілуін;

3) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігінің интернет-ресурсында орналастырылуын қамтамасыз етсін.

4. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

5. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі *А. Цой*

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
1-қосымша
Приложение 1
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 №_____ 001/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 001/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _____

Бактериологиялық тест алу АКТІСІ АКТ отбора бактериологических тестов (от) "__" _____ _____ күні 20 ___ ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____ _____

2. Тексеру актісінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) ___ _____

3. Стерилизатордың атауы (Наименование стерилизатора) _____ _____

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____ _____

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____ _____

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____ _____

7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____ _____

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____ _____

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____ _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____ ___

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный	Үлгінің атауы. Үлгі алынған орын. (Наименование образца)	Алынған үлгінің саны

номер образца)	(Место отбора образца)	(Количество отобранных образцов)
1	2	3

Сынама алу барысына қатысқан объекті өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (Должность, фамилия, имя, отчество представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____ _____

_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при наличии) производившего отбор образцов)

_____

_____

Қолы _____

(Подпись)

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в ____ экземплярах)

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

Приложение 2 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген

		№ 002/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 002/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Био тесттерді іріктеу АКТІСІ АКТ отбора био тестов (от) "___" _____ күні 20 ___ ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____

2. Тексеру актісінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____

3. Дезинфекциялық камераның атауы (Наименование дезинфекционной камеры) _____

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____

5. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Тесттің номері (Номер теста)	Бақылау нуктелерінің орыны (Расположение контрольных точек)
1	2	3

Сынама алу барысына қатысқан нысан өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (Должность, фамилия, имя, отчество представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____

_____
_____
Қолы (Подпись) _____
Үлгілерді алған адамның лауазымы,
Т.А.Ә. (болған жағдайда),
(Должность, Ф.И.О. (при наличии)
производившего отбор образцов) _____
_____
Қолы_____
(Подпись)

Акт ___ данада толтырылды
(Акт составлен в ____ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
3-қосымша
Приложение 3
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ ___ № _____бұйрығымен бекітілген № 003/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа		Медицинская документация Форма № 003/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

санитарно-эпидемиологической службы		

Шайындыларды іріктеу АКТІСІ АКТ отбора смывов (от) "____"_____күні 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____ _____

2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки)

_____

3. Сынама алынған орын (Место отбора) _____ _____

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____ _____

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____ _____

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____ _____

7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____ _____

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____ _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____ _____

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған сынама үлгісінің тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Алынған сынама үлгілерінің саны (Количество отобранных образцов)	Орама түрі мен мөр (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати (пломбы)
1	2	3	4

Сынама алу барысына қатысқан объект өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

(Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____ _____ Қолы _____

Подпись

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Должность, Ф.И.О. (при наличии) производившего отбор образцов) _____ ___

_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в ____ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
4-қосымша
Приложение 4
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 № 004/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 004/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №____

Су үлгілерін іріктеу АКТІСІ АКТ отбора образцов воды (от) "__"_____күні 20 __ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____

2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки)

_____

3. Сынама үлгісі алынған орын (Место отбора образца) _____

4. Сынама үлгісін алу мақсаты (Цель отбора образца) _____

5. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

_

8. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора)

_____

9. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

_

10. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

_

11. Таңбалау (маркировка) _____

_

12. Су сынамаларын консервациялар әдістері (Методы консервации образца воды)

_____

_

13. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған үлгілер тізімі (Перечень отобранных образцов)	Үлгінің көлемі (Объем образца)	Орама түрі мен мөрдің (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати (пломбы)
1	2	3	4

Сынама алу барысына қатысқан объект өкілінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____

_____

Қолы (Подпись) _____

____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Должность, Ф.И.О. (при наличии) производившего отбор образцов)

_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в ____ экземплярах)

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

к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 № 005/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 005/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №____

Сынамаларды (ауаны (ауа ортасын бактериологиялық зерттеу), дәрілік түрлерді, стерильділікке, полимер және басқа да материалдар үлгілерін, олардан жасалған бұйымдарды, химиялық заттар мен композицияларды, балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді) іріктеу АКТІСІ АКТ отбора проб (воздуха (бактериологическое исследование воздушной среды), лекарственных форм, на стерильность, образцов полимерных и других материалов, изделий из них, химических веществ и композиций, продукции для детей и подростков) (от) "____"_____күні 20__ ж. (г.)

1. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні _____
__
(Номер и дата акта о назначении проверки)
2. Сынама үлгісі алынған орын, мекенжай (Место отбора образца, адрес) _____
_
3. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____
__
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
__

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

___

6. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора)

_____

7. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

__

8. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

__

9. Үлгілерді консервациялау әдістері (Методы консервации образца)

_____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

__

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған үлгілер атауының тізбесі (Перечень наименований отобранных образцов)	Алынған үлгілер саны (Количество отобранных образцов)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Шығарылған күні, жарамдылық мерзімі, сериясы, партия нөмері (Дата производства, срок годности, серия, номер партии)*	Күні, ТАӘ, үлгіні (сынама) қабылдаған тұлғаның қолы (Дата, ФИО, подпись лица принявшего образец (пробу))
1	2	3	4	5	6

Сынама алу барысына қатысқан объект өкілінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____

_____

Қолы (Подпись) _____

Үлгілер алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при наличии) производившего отбор образцов) _____

_____

_____

Қолы (Подпись) _____

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

Приложение 6
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтауминистрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 006/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 006/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _____

Топырақ үлгілерін іріктеуАКТІСІ АКТотбора образцов почвы(от) "____"_____ күні 20 __ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____

2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки)

_____

3. Сынама алынған орын (Место отбора) _____
4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора) _____
5. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора)

_____

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____
10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркелу нөмірі (Регистрационный номер)	Алынған үлгілер тізімі (Перечень отобранных образцов)	Мөлшері, (грамм) Количество (грамм)	Алу тереңдігі (сантиметр) Глубина отбора (см	Орама түрі мен пломба нөмірі (Вид упаковки и номер печати(пломбы)

1	2	3	4	5
			Сынама алу барысында қатысқан нысан өкілінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____ _____ _____ _____ Қолы (Подпись) _____ Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при наличии) производившего отбор образцов) _____ _____ _____ _____ Қолы (Подпись) _____	

Акт ___ данада толтырылды
(Акт составлен в ____ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
7-қосымша
Приложение 7
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 № 007/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 007/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Зерттеу жүргізуге тағам өнімдерін іріктеу АКТІСІ АКТ отбора пищевых продуктов на проведение исследования (от)___ _____ 20____ жыл (год)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____

2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____

_____

3. Сынама алынған орын, мекенжай (Место отбора образца, адрес) _____

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора образца) _____

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

8. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора)

_____

9. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

10. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____

11. Орама түрі пломба нөмірі (Вид упаковки номер печати (пломбы)) _____

12. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Сынама үлгілерінің тізімі (Перечень отобранных образцов)	Өндірушісі, сериясы (партия нөмірі) көрсетілген сынама үлгілерінің саны (Количество отобранных образцов продукции с указанием производителя, серия (номера партии)	Шығарылған күні (Дата производства)	Сынаманың салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Өндіріс күні, сақтау мерзімі (Дата производства, срок годности)	Күні, ТАӘ, үлгіні (сынама) қабылдаған тұлғаның қолы Дата, ФИО, подпись лица принявшего образец (пробу)
1	2	3	4	5	6	7

Сынама алу барысында қатысқан нысан өкілінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Должность, Ф.И.О. (при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор

_____

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Должность, Ф.И.О. (при наличии) производившего отбор образцов)

_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды
(Акт составлен в ____ экземплярах)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
8-қосымша
Приложение 8
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 008/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 008/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _____

Радиобелсенділікті зерттеуге үлгілерді іріктеу АКТІСІ АКТ отбора образцов на исследование радиоактивности №_____ (от) "___"_____күні 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта)_____
2. Тексеру белгіленгені туралы актінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) _____
3. Сынама алынған орын (Место отбора образца) _____
4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора образца)_____
5. Сынама алынған партияның көлемі (Объем партии, из которой отобрана образец)_____
6. Жергілікті табиғи радиациялық аяның деңгейі (Уровень естественного радиационного фона на местности)_____
7. Сынама алынған партияның бетіндегі радиациялық аяның деңгейі (мөлшер қуаты) (Уровень радиационного фона (мощность дозы) на поверхности партии, от которой отобран образец)_____

_____

8. Гамма-сәулелену мөлшерінің қуаттылығы бойынша партияның біртектілігі (Однородность партии по мощности дозы гамма-излучения)

_____

иә (да), жоқ (нет)

9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

_____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Алынған сынамалар тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Алынған сынамалар саны (Количество отобранных образцов)	Сынаманың салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	Орама түрі мен мөрдің (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати (пломбы)
1	2	3	4	5

Сынама алу барысында қатысқан нысан өкілінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Должность, Ф.И.О. (при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор)

_____

Қолы (Подпись) _____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Должность, Ф.И.О. (при наличии) производившего отбор образцов)

_____

Қолы_____

(Подпись)

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в ____ экземплярах)

Акт әр (1-ден 5 үлгіге дейін) әкелінген сынамаға толтырылады

(Акт заполняется на каждую представленные (от 1 до 5 образцов)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
9-қосымша
Приложение 9
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 № 009/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 009/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _____

Дезинфекциялайтын заттардың сынамаларын іріктеу АКТІСІ АКТ отбора проб дезинфицирующих средств (от) "____"_____күні 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта)_____
2. Основание (Негіздеме) _____
3. Сынама алынған орны (Место отбора)_____
4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора)_____
5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора)

_____

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения)_____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Сынаманың тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Алынған сынамалар тізбесі (Перечень отобранных образцов)	Алынған сынаманың саны, салмағы, көлемі (Количество, вес, объем отобранных образцов)	Шығарылған күні (Дата производства)	Орама түрі мен мөр (пломба) нөмірі (Вид упаковки и номер печати) (пломбы)
1	2	3	4	5

Сынама алу барысына қатысқан объект өкілінің лауазымы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Должность, Ф.И.О.(при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____
_____
Қолы (Подпись)_____
Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Должность, Ф.И.О.(при наличии) производившего отбор образцов) _____
_____
_____
Қолы (Подпись)_____

Акт ___ данада толтырылды (Акт составлен в ____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
10-қосымша
Приложение 10
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 № 010/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 010/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеуге үлгіні іріктеу АКТІСІ АКТ отбора проб внешней среды на зоонозные и особо опасные инфекции (от) "___ " _____ 20___ ж. (г.)

1. Үлгілерді жіберген мекеме атауы (Наименование учреждений направивший образцы)

_____

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____

_

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____

6. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора)

_____

7. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____

_

Үлгілер нөмірі (Номер образца)	Алынған сынамалар атауы, үлгі алынған орын және нүктелер (Наименованиеотобранных образцов, место и точки отбора)	Үлгілердің мөлшері,саны (Количество пробы, объем)	Қосымша мәліметтер (Дополнительные данные)
1	2	3	4

Сынамалар алу барысында қатысқан нысан өкілінің лауазымы, Т.А.Ә (болған жағдайда)
(Должность, Ф.И.О. (при наличии) представителя объекта, в присутсвии которого произведен отбор) _____
_____
_____
_____
Қолы (Подпись) _____
Үлгілерді алған адамның лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Должность, Ф.И.О. (при наличии)
производившего отбор образцов) _____
_____
_____
Қолы (Подпись) _____

Акт ___ данада толтырылды
(Акт составлен в ____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
11-қосымша
Приложение 11
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 № 011/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 011/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _____

Кенелерден сынаманы іріктеу АКТІСІ АКТ отбора клещей (от) ___ _____ 20____ жыл (год)

1. Объектінің атауы (Наименование объекта) _____
_____

2. Тексеру актісінің нөмірі мен күні (Номер и дата акта о назначении проверки) ___ _____

3. Сынама алынған орын (Место отбора образца) _____ _____

4. Сынамалар алу мақсаты (Цель отбора образца) _____ _____

5. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____ _____

6. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____ _____

7. Сынама алу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод отбора) _____

8. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____ _____

9. Сақтау жағдайы (Условия хранения) _____ _____

10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____ _____

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Сынама № (№ образца)	Сынама алынған елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта, адрес)	Кене саны (барлығы) (Количество клещей)(всего)	Жиналған кенелер Собрано клещей				
				Мал қорадан (В скотных помещениях)	Жануардан (От животного)	Даладан (На природе)	Ошақтан (Из очага)	Басқа жерден (Другие места)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Сынама алу барысына қатысқан объект өкілінің лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О. (при наличии) представителя объекта, в присутствии которого произведен отбор) _____

Қолы (Подпись)_____

Үлгілерді алған адамның лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) производившего отбор образцов) _____

Қолы (Подпись)_____

Акт ___ данада толтырылды

(Акт составлен в ____ экземплярах)

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

Ескерту. 12-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 012/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №____ _____

№_____

"___" _____ (жыл) года уақыты (время) Елді мекен (Населенный пункт): _____

Иммундаудан кейінгі қолайсыз көріністер жағдайын

терг еп-т ексе ру нәти жел ері тура лы акті Акт о рез уль тата х рас сле дов ани я слу чая неб лаг опр ият ног о про явл ени я пос ле им мун иза ции
(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: __ __ / __ __ / __ __ __ __
	Бұл есеп: Этот отчет: ☐ Алғашқы первичный

Лауазымы: Должность:	☐ Аралық промежуточный ☐ соңғы окончательный
Тел. (стационарлық) (коды бар): Ұялы тел.: Тел. (стационарный) (с кодом): Моб. тел.:	e-mail:

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 иммундаудан 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.):

Пациентке енгізілген вакцинал					

ардың/ вакциналарды сұйылтуға арналған сұйылтқыштардың атаулары Названия вакцин/ растворителей 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 серии/ партии	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 пунктінің түрі (
✓
)

☐ Стационарлық

☐ Мобильді

☐ Көшпелі

☐
Басқа _____
Тип прививочного пункта (
✓
)
☐
Стационарный
☐
Мобильный
☐
Выездной
☐
Другое _____
Бірінші / негізгі симптомның даму күні (күні, айы, жыл): __ __ / __ __ / __ __ __ _ Уақыт (сағат / минут) _ _ __ /__ __
Дата развития первого/основного симптома (день, месяц, год): __ __ / __ __ / __ __ __ __ Время (час/ минут) __ __ /__ __
Емдеуге жатқызу күні (күні, айы, жыл): __ __ / __ __ / __ __ __ __
Дата госпитализации (день, месяц, год): __ __ / __ __ / __ __ __ __
Денсаулық сақтауды басқару органдарының алғашқы хабарлау күні (күні, 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 қолдану 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)	

Ұрпақты болу жасындағы әйелдер үшін

Для женщин детородного возраста

Қазіргі уақытта жүктілік? Беременность в настоящее время? Иә (Да) мерзімі апта (срок в неделях) _____ _____ / Жоқ (Нет) / Белгісіз (Неизвестно)

Қазіргі уақытта емшек емізу? Грудное вскармливание в настоящее время? Иә (Да)/ Жоқ (Нет)

Емшектегі сәбилер үшін

Для детей грудного возраста

Туған

☐

мерзімінде

☐

мерзімінен бұрын

☐

мерзімінен кейін

☐

Туған кездегі дене салмағы:

Родился в срок недоношенным переношенным Масса тела при рождении:

Босану

☐

қалыпты

☐

кесар тілігі

☐

жәрдемақымен (қысқыштар, вакуум және т. б.)

☐

асқынумен (көрсетіңіз)

Роды нормальные кесарево сечение с пособием (щипцы, вакуум и т.д.) осложненные (укажите)

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 қоса берілген құжаттарда жоқ ақпаратты ғана жазыңыз Если пациент получал медицинскую помощь приложите копии всех имеющихся документов (включая историю болезни, выписной эпикриз, результаты лабораторных анализов и заключение по результатам патологоанатомического исследования, если имеются) и запишите ниже только ту информацию, которая не содержится в прилагаемых документах

Егер пациент медициналық көмек алмаған болса-анамнез жинаңыз, пациентті тексеріп, нәтижелерін төменде жазыңыз (қажет болса, қосымша парақтарды қолданыңыз). Если пациент не получал медицинскую помощь – соберите анамнез, проведите осмотр пациента и запишите ниже результаты (при необходимости воспользуйтесь дополнительными листами).

Алдын ала / қорытынды диагноз:

Предварительный / окончательный диагноз:

3 БӨЛІМ иммундаудан кейінгі қолайсыз көрінісімен байланысты мекемеде сол күні енгізілген вакциналар туралы мәліметтер

РАЗДЕЛ 3 Данные о вакцинах, которые вводились в тот же день в учреждении, связанном с неблагоприятным проявлением после иммунизации

Сессия барысында мекемеде әрбір антиге	Вакцинаның атауы Наименование вакцины									

нге егілген дер саны (Число привитых каждым антигеном в учреждении в ходе сессии) Қолжетімді болса, тіркеу журналын тіркеңіз (Приложите журнал регистрации, если доступен)	Енгізілген дозалар саны Число введенных 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? Наблюдалась ли ошибка 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 еместіг, 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 дұпрыс еместігі, иненің 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 расспросов и/или наблюдений за процедурами на практике)	
Қолданылатын шприцтер мен инелер: Используемые шприцы и иглы:	
Вакцинация үшін өздігінен блокталатын (ӨБ) шприцтер қолданылады ма? Используются ли для вакцинации самоблокирующиеся (СБ) шприцы?	Иә (Да) / Жоқ (Нет) 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 ___

Стеклянные Одноразовые Одноразовые, но применяемые повторно Другое ____

Алынған негізгі мәліметтер / Қосымша бақылаулар мен түсіндірмелер:

Основные полученные сведения/дополнительные наблюдения и комментарии:

Вакцинаны 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)

Вакцинаны сұйылту (қалпына келтіру) процедурасы () Процедура разведения (восстановления) вакцины	Мәртебесі (Статус)		
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?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
Бір шприц әртүрлі вакциналарды сұйылту үшін қолданылады ма? Используется ли один и тот же шприц для разведения разных вакцин?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
Әрбір вакцина құтысын сұйылту үшін бөлек шприц қолданылады ма? Используется ли отдельный шприц для разведения каждого флакона с вакциной?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
Әр егу кезінде бөлек шприц сұйылту үшін қолданылады ма? Используется ли отдельный шприц для разведения при каждой прививке?	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)
Өндіруші тек вакциналар мен сұйылтқыштарды қолдана ма? Используются ли только вакцины и растворители	Иә (Да)	Жоқ (Нет)	Қажет емес (Нн применимо)

рекомендованы производителем?			
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 расспросов 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 РПИ 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 вакцинасұйылтқыштары 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 иммундаудан 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

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

Ескерту. Бұйрық 12-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 органа 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) 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 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).

Халықтың 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.

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

Ескерту. Бұйрық 12-2-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 органа 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).

Халықтың 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.

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

Ескерту. Бұйрық 12-3-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 органа 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)

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 обусловлен 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)

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.

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

Ескерту. Бұйрық 12-4-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 012-4/у Утверждена приказом Министра здравоохранения 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) ____ _____

_____

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 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).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы		

саласындағы мемлекеттік органның басшысы Руководитель государственного органа в сфер е санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

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

Ескерту. Бұйрық 12-5-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 012-5/у Утверждена приказом 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 транспортировки) _____

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) _____

				Өнімнің сәйкестендіру мәліметтері (			

Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)	Үлгілер өнімдерінің (тауардың) атауы, өндірушісі (наименования образцов продукции (товара), производитель)	Алынған үлгілер саны (Количество образцов, ед.)	Үлгінің салмағы, көлемі (Вес, объем образца)	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)
1	2	3	4	5	6	7	8

Осы актіге қоса беріледі (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)	Лауазымды тұлға (Должностное лицо)
_____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы (подпись, должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)	_____ лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы (подпись, должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Сатушы өнімді (тауарды) сатып алу актісіне қол қоюдан 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.

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

Ескерту. Бұйрық 12-6-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 органа 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) _____ _____

қолы (подпись) Тегі, аты, әкесінің аты

(бар болса)

(фамилия, имя, отчество (при

его наличии)

Акт ___ данада жасалды.

Акт составлен в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
13-қосымша
Приложение 13

к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 № 013/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 013/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _____

Вирусологиялық зерттеуге жіберу ЖОЛДАМАСЫ НАПРАВЛЕНИЕ на вирусологические исследование

1. Медициналық ұйымның атауы _____
_____
(Наименование медицинской организации)

2. Жолданған материал: аңқадан, мұрыннан алынған жағынды, жұлын сұйықтығы, қан, нәжіс-вирусқа зерттеу үшін _____ астын сызыңыз немесе толықтырыңыз

(Направляется материал: мазок из зева, носа, ликвор, кровь, фекалии для исследования на вирус) (подчеркнуть или дополнить)

3. Науқастың Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О (при наличии) больного) _____
_____

4. Жасы (Возраст) _____
_____

5. Мекен жайы (Домашний адрес) _____
___

6. Мектепке дейінгі балалар ұйымы, оқу орны, жұмыс орны (Детская школьная организация, место учебы, место работы) _____ _____

7. Ауырған күні (Дата заболевания) _____ _____

8. Емдеуге жатқызу күні (Дата госпитализации) _____ _____

9. Материал алынған күн (Дата взятия материала) _____ _____

10. Диагнозы (Диагноз) _____ _____

11. Аурудың негізгі симптомдары (Основные симптомы заболевания) _____ _____

12. Қысқа эпидемиологиялық анамнез (Краткий эпидемиологической анамнез) ____ _____

13. Екпелер саны (Количество прививок) _____ _____

14. Соңғы егілу күні (Дата последней прививки) _____ _____

Дәрігер (Врач) _____ (тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
14-қосымша
Приложение 14
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтауминистрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 014/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 014/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Дезинфекциялау камерасына жолдама Направление в дезинфекционную камеру

Наряд бойынша № _____ (По наряду) № _____

Азаматтан (шадан) қабылданды (Приняты от гражданина (ки)) _____

_____

Мекен-жайы (Адрес) _____

_____

салдарынан дезинфекциялауға алынды (для дезинфекции по поводу)

№	Заттардың атауы (Наименование вещей)	Саны (Количество)
1	2	3
1		
2		

_____ 20___жылы (году)

Заттарды дезинфекциялау камерасына өткіздім

(Вещи сдал в дезинфекционную камеру)_____

_____

Дезинфекциялаушының Т.А.Ә. (болған жағдайда) және қолы (Должность, Ф.И.О. (при наличии)

и подпись дезинфектора)_____

__

_____ 20__ жыл (год)

Камерадан заттарды қабылдап алдым

(Вещи из камеры принял)_____

Зерттеу әдістеменің нормативтік құжаты

Нормативный документ на метод испытаний

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

15-қосымша
Приложение 15
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен Бекітілген № 015/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 015/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Қанды вирустық гепатиттердің маркерлеріне зерттеуге ЖОЛДАМА НАПРАВЛЕНИЕ на исследование крови на маркеры вирусных гепатитов

1. Тіркеу № (регистрационный №) _____

2. Материал жіберілетін зертханасының атауы (Наименование лаборатории, в которую направляется материал) _____

3. Сынаманың атауы және саны (Наименование и число образцов) _____
_____

4. Сынаманы жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____

5. Сынама алынған орын, уақыты, мезгілі (Место, дата и время отбора) _____
_____

6. Сынамаларды вирусологиялық зертханаға жеткізу уақыты және шарттары (Время и условия доставки проб в вирусологическую лабораторию) _____
_____

7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

8. Зерттеуге дәлелдеме: ағымдығы санитариялық қадағалау тәртібімен, эпидемиологиялық көрсеткіші бойынша (астын сызу немесе қосып жазу) (Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного надзора, по эпидемиологическим показаниям (подчеркнуть или дописать))_____

9. Зерттелушінің Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О (при наличии) обследуемого)_____

10. Жасы (Возраст)_____

11. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____

12. Мекен жайы (Домашний адрес)_____

13. Жұмыс орны (Место работы)_____

14. Диагнозы (Диагноз)_____

15. Үлгіні алған адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы, қолы (Ф.И.О. (при наличии), должность, подпись лица, отобравшего образец) _____

___ данада толтырылды (составлен в __ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
16-қосымша
Приложение 16
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтауминистрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен Бекітілген № 016/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 016/у Утверждена приказом

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Сынама үлгілерін _____ вирусологиялық зерттеулерге (инфекция түрін көрсетіңіз) ЖОЛДАМА НАПРАВЛЕНИЕ на исследование образцов проб на вирусологическое исследование _____ (указать вид инфекции)

1. Тіркеу № (регистрационный №) _____

2. Материал жіберілетін зертхананың атауы (Наименование лаборатории, в которую направляется материал) _____

3. Сынаманың атауы және саны (Наименование и число образцов) _____ _____

4. Сынаманы жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____

5. Сынама алынған орын, уақыты, мезгілі (Место, дата и время отбора) _____ _____

6. Сынамаларды вирусологиялық зертханаға жеткізу уақыты және шарттары (Время и условия доставки проб в вирусологическую лабораторию) _____ _____

7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

8. Зерттеуге дәлелдеме: ағымдығы сан. бақылау ретінде, эпидемиолог, көрсеткіші бойынша (астын сызу немесе қосып жазу) (Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного надзора, по эпид. показаниям (подчеркнуть или дописать))_____ _____

9. Зерттелушінің Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого)___ _____

10. Жасы (Возраст)_____

11. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____

12. Мекен жайы (Домашний адрес)_____

13. Жұмыс орны (Место работы)_____

14. Диагнозы (Диагноз)_____

15. Үлгіні алған адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) қызметі, қолы, (Ф.И.О. (при наличии), Должность, подпись лица, отобравшего образец) _____

___ данада толтырылды (составлен в __ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
17-қосымша
Приложение 17

к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 017/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 017/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года № _ _____

Қызылша мен қызамыққа материалды (зерттелушіден, ауру адамнан) зерттеуге жолдама
Направление материала (от обследуемого, больного) для исследования на корь, краснуху

Облысы, ауданы/қаласы : Область, район/город:	Науқастың эпиднөмірі: 1 Эпидномер больного: 1	Күні: / / / ж Дата: / / / г	
Аурудың Т.А.Ә (болған жағдайда): Ф.И.О (при наличии) больного:		Е М	Ә Ж
Туылған күні: / / / жыл Дата рождения:/ / / года	Жасы (айы): / /ж Возраст (месяц): / /л		
Кәмелеттік жасқа толмаған балалар үшін анасының /әкесінің/қамқоршысының Т.А.Ә. (болған жағдайда): Ф.И.О.(при наличии) матери/отца/опекуна для несовершеннолетних детей:			
Мекен-жайы: Адрес:			
Қызылшаға, қызамыққа қарсы екпелер саны: Количество вакцинаций против кори, краснухи	Соңғы екпе егілген күні: Дата последней вакцинации:		
Дене қызуының көтерілген күні: / / / ж.	Бөртпе пайда болған күні: / / / ж.		

Дата повышения температуры: / / / г.	Дата появления сыпи: / / / г.	
Бөртпенің түрі: Тип сыпи:		
Алдын ала қойылған клиникалық диагнозы: Предварительный клинический диагноз:		
Үлгісі: Образец:	Талдау алынған күні: / // ж Дата сбора: / // г	Жіберілген күні: /// ж Дата отправки: /// г
(1)		
(2)		
Зерттеу нәтижелерін мына қызметкерге Т.А.Ә.(болған жағдайда) жіберу керек : Ф.И.О. (при наличии) сотрудника, которому должны быть отправлены результаты исследования:		
Мекен-жайы: Адрес:		

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
18-қосымша
Приложение 18
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 018/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа		Медицинская документация Форма № 018/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан

санитарно-эпидемиологической службы		от "____" _____ 2021 года №

Санитариялық-паразитологиялық зерттеуге ЖОЛДАМА НАПРАВЛЕНИЕ на санитарно-паразитологическое исследование

1. Тіркеу № (регистрационный №) _____

2. Материал жіберілетін санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығы зертханасының атауы _____

(Наименование лаборатории центра санитарно-эпидемиологической экспертизы, в которую направляется материал)

3. Нұсқаның атауы және саны _____

(Наименование и число образцов)

4. Ыдысы, орамасы, таңбалау _____

(Тара, упаковка, маркировка)

5. Нормативтік құжаттың аты, сынама іріктелген орын, уақыты, мезгілі _____ _____

(Место, дата и время отбора, наименование нормативного документа)

6. Сынамаларды паразитологиялық зертаханаға жеткізу уақыты және шарттарды __ _____

(Время и условия доставки проб в паразитологическую лабораторию)

7. Зерттеу мақсаты (Цель исследования на:) _____ _____

8. Зерттеуге дәлелдеме: ағымдығы санитариялық бақылау ретінде, эпидемиологиялық

көрсеткіші бойынша (астын сызу немесе қосып жазу) _____ _____

(Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного контроля, по эпидемиологического показаниям (подчеркнуть или дописать))

9. Үлгіні алған адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) қызметі, қолы, (Ф.И.О. (при наличии),

Должность, подпись лица, отобравшего образец) _____

(Зерттеу әдістемесіне нормативтік құжаттар _____

(Нормативный документ на метод испытаний)

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
19-қосымша
Приложение 19
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 019/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 019/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года № _ _____

Адамдардан іріктелген сынамаларды микробиологиялық тексеруге ЖОЛДАМА
НАПРАВЛЕНИЕ материала от людей на микробиологические исследования

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы)_____
2. Зерттелушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого)___
_____
3. Жасы (Возраст)_____
___
4. Мекен жайы (Домашний адрес)_____
_____
5. Жұмыс орны (Место работы)_____
_____

6. Диагнозы (Диагноз)_____

7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец)_____

8. Сынаманы жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____ _____

9. Антибиотикті қабылдау (Применение антибиотиков) _____ _____

10. Қаны бірінші рет/қайталап алынды (Кровь взято первично/повторно)_____ _____

11. Сынамаларды зерттеу мақсаты (Цель исследования пробы)_____ _____

12. Зерттеу әдісі, реакция түрі (Метод исследования, вид реакции)_____ _____

13. Сынаманы қабылдаған адамның қолы (Подпись принявшего анализ) _____ _____

14. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____ _____

15. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____

16.Зерттеу әдістемесіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод испытаний) _____

_____ данада толтырылады (составляется в _____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
20-қосымша
Приложение 20
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № _____ 020/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 020/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года № _ _____

Адамдардан іріктелген сынамаларды _____тексеруге ЖОЛДАМА
НАПРАВЛЕНИЕ материала от людей на _____ исследования

1. Сынаманың атауы (Наименование пробы)_____
2. Зерттелушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) __ _____
3. Жасы (Возраст)_____
4. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____ _
5. Мекен жайы (Домашний адрес)_____
6. Жұмыс орны (Место работы)_____
7. Диагнозы (Диагноз)_____
8. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец)

_____

9. Сынаманың алынған күні және уақыты (Дата и время забора материала) _____ _____
10. Антибиотикті қабылдау (Применение антибиотиков) _____ __
11. Сынама бірінші рет/ қайталап алынды (проба взята первично/повторно)_____ _____
12. Сынамаларды зерттеу мақсаты (Цель исследования пробы) _____ _____
13. Зерттеу әдісі, реакция түрі (Метод исследования, вид реакции) _____ _____
14. Сынаманы қабылдаған адамның қолы (Подпись принявшего анализ) _____ _____
15. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____ _____

16. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____

17. Дополнительная информация:

Ауырған күні (Дата заболевания) _____

Қай елден келді (Страна прибытия) _____

Ауырған адаммен байланыс (Контакт с больным) _____

__

Симптомдары (Симптомы) _____

Сынаманың жіберу күні және уақыты (Дата и время направление материала) _____

_____

Сынаманың жеткізген күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
21-қосымша
Приложение 21
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____бұйрығымен бекітілген № 021/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 021/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _____

Сынаманы тырысқақ қоздырғышына тексерудің жолдамасы және зерттеу нәтижесі
Направление и результат исследования материала на наличие возбудителя холеры

1. Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии)_____
_____
2. Жасы (Возраст)_____
_____
3. Мекен-жайы (Адрес)_____
_____
4. Жұмыс орны (Место работы)_____
_____
5. Диагнозы (Диагноз) _____
_____
6. Сынаманы алған күні және уақыты (Дата и время взятия пробы) _____
_____
7. Бірінші рет немесе қайталап (Первичный или повторный) _____
_____
8. Антибиотикті қабылдағаны туралы (Применения антибиотика) _____
_____
9. Жіберген мекеме (Направляющее учреждения) _____
_____
_____
_____
10. Үлгіні жіберген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при наличии), подпись
направившего материал) _____
_____
_____

Сынаманы қабылдау Прием анализа

Сынаманың № (№ анализа)_____
_
Зертхана (Лаборатория)_____
_
Қабылдау күні және уақыты (Дата и время приема)_____
_
Сынаманы қабылдаған адамның қолы (Подпись принявшего анализ)_____
_

Зерттеу қорытындысы (Результат исследования)_____
__
Қорытынды берілген күн (Дата выдачи ответа)_____
_
Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) проводившего
исследование) _____
Қолы (Подпись) _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) заведующего
лабораторией) _____
_____
Қолы (Подпись)_____
_____ данада толтырылады (составляется в ____ экземплярах)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
22-қосымша
Приложение 22
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №____ 022/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 022/у Утверждена приказом Министра здравоохранения

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Материалдарды тырысқақ қоздырғышына зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования материала на наличие возбудителя холеры №_____"____" _____ ____ 20___ж. (г.)

1. Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) _____
2. Жасы (Возраст) _____
3. Мекен-жайы (Адрес) _____
4. Жұмыс орны (Место работы) _____

_

5. Диагнозы (Диагноз) _____
6. Сынаманы алған күні және уақыты (Дата и время взятия пробы) _____

_

7. Бірінші рет немесе қайталап (Первичный или повторный) _____

_

8. Антибиотикті қабылдағаны туралы (Применения антибиотика) _____

_

9. Жіберген мекеме (Направляющее учреждения) _____
10. Сынама атауы (Наименование пробы) _____
11. Жеткізу күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
12. Зерттеу мақсаты (Цель обследования) _____
13. Үлгіні жіберген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда). қолы (Должность, Ф.И.О. (при наличии), подпись направившего материал) _____
14. Зерттеу әдісіне нормативтік құжат (Нормативный документ на метод испытаний)

_____

15. Зерттеу қорытындысы (Результат исследования)_____

Үлгілердің (нің) нормативтік құжаттарға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие орматив ного документа) _____ _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә.(болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____ _____
Қолы (Подпись)	_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____ _____

Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О (при наличии), подпись)	_____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері/сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____ _____ _____ _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
23-қосымша
Приложение 23
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №___ 023/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 023/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Тамақ өнімдерінің үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов пищевых продуктов № _____ от "__"_____ 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгі атауы (Наменование образца)_____
4. Саны (Количество)_____
5. Зерттеудің мақсаты (Цель исследования)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтама сана (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
10. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
12. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора)_____
13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____
14. Сақтау жағдайы (Условия хранения)_____
15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
16. Зерттеу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод испытаний) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Ингредиенттер және басқалар көрсеткіштерінің атауы (Наименование показателей ингредиентов и других)	Анықталған шоғырлану (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіштер (Нормативные показатели)	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ (НД на методы исследования)
1	2	3	4
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____ _____		
Қолы (Подпись)	_____		
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (			

при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә.(болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН (Частичная перепечатка

протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____ _____ _____ _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
24-қосымша
Приложение 24
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 024/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 024/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _____

Суды микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ микробиологического исследования воды №_____от "____"_____күні 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца)_____
3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)_____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Партия нөмері (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____
10. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора)_____
11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____
12. Сақтау жағдайы (Условия хранения)_____
13. Сынама әкелген тұлға туралы қосымша мәліметтер (дополнительные сведения о лице, доставившем пробу)_____
14. Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ (НД на метод испытаний)_____

–

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

Көрсеткіштердің атауы (Наименование показателей)	Өлшеу бірлігі (Единица измерения)	НҚ бойынша нормасы (Норма по НД)	Зерттеу нәтижесі (Результат испытания)	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ (НД на метод испытания)

1	2	3	4	5
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____ _____			
Қолы (Подпись)	_____			
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____			
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____ _____		
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)			

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
25-қосымша

Приложение 25
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 025/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 025/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _____

Шайындыларды микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ микробиологического исследования смывов №_____(от) "____"_____ күні 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)_____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Партия номері (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____
10. Үлгі алу әдісіне нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора)_____
11. Қосымша деректер (Дополнительные сведения)_____

12. Зерттеу әдістемеге қолданылған НҚ (НД на метод испытаний) _____ _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Үлгі нөмірі (Номер образца)	Үлгі алынған орын және нүктелер (Место и точки отбора)	Нәтиже Результат			Ескерту (Примечание)
		Ішек таяқшалары тобының бактериясы (Бактерии группы кишечных палочек)	Алтын түстес стафилококк (Золотистый стафилококк)	Шартты патогенді флора (Условно патогенная флора)	
1	2	3	4	5	6
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә.(болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О., должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____			
Қолы (Подпись)		_____			
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____			
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә.(болған жағдайда), қолы	_____ _____			
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)				

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /

сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
26-қосымша
Приложение 26
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 026/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 026/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тамақ өнімдерін микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ микробиологического исследования пищевых продуктов №_____от "____"_____ _____20____ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____

3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)_____

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____

6. Мөлшері (Объем)_____

7. Партия номері (Номер партий)_____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____

9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

10. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____

11. Үлгі алу әдісіне қолдалынған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора)_____

_____

12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____

13. Сақтау жағдайы (Условия хранения)_____

14. Зерттеу әдісіне қолданылған НҚ (НД на метод испытаний) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Микробиологиялық көрсеткіштер (Микробиологические показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)	Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Зерттеу әдісіне қолданылған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5	6
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____ _____				
Қолы (Подпись)	_____				
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____				
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____ _____			

Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
27-қосымша
Приложение 27
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 027/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Микробиологиялық (ауа,топырақ дәрілік нысандар) зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ микробиологического исследования (воздуха, почвы, лекарственных форм) №_____(от) "____" _____ 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)_____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтама сана (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____
10. Үлгі алу әдісіне қолдалынған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора)_____
_____
12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____
13. Сақтау жағдайы (Условия хранения)_____
14. Зерттеу әдісіне қолдалынған НҚ (НД на метод испытаний) _____
15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)_____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы. Үлгі алынған орын. (Наименование образца. Место отбора образца)	Микробиологиялық көрсеткіштер (Микробиологические показатели)				
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
28-қосымша
Приложение 28
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 028/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 028/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тасымалдаушылыққа микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ микробиологического исследования на носительство №_____от "__" _____20___ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)_____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтама сана (Номер партий)_____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____

9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____

10. Үлгі алу әдісіне қолдалынған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____

11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____

12. Сақтау жағдайы (Условия хранения)_____

13. Зерттеу әдісіне қолдалынған НҚ (НД на метод испытаний) _____

14. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)_____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии))	Туылған жылы (Год рождения)	Жұмыс орны (Место работы)	Лауазымы (Должность)	Нәтиже (Результат)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә.(болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____ _____					
Қолы (Подпись)	_____					
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____					
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы					
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при	_____ _____				

	наличии), подпись)	

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
29-қосымша
Приложение 29
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ___ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен Бекітілген № 029/е нысанды медициналық құжаттама
		Медицинская документация Форма № 029/у

		Утверждена приказом Министра здравоохранения
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		

		Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года № _____

Нәжісті бактериологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ бактериологического исследования фекалий №_____ от "____" _____20____ж. (г.)

1. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество обследуемого)_____
2. Зерттеу алғашқы, қайталанып (исследование первичное, повторное) астын сызыңыз (подчеркнуть) _____
3. Медициналық ұйым (Медицинская организация)_____
4. Үлгінің келіп түскен күні (Дата поступления образца)_____
5. Зерттеу аяқталған күн (Дата окончания исследования)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтама нөмірі (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____

№	Микрофлора	1 граммдағы нормасы (Норма в 1 грамме)		Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)
		1 жасқа дейін балалар (Дети до года)	Ересектер (Взрослые)	
1.	Ішек тұқымдастығының патогенді микробтары (Патогенные микробы семейства кишечных)	0	0	
2.	Бифидобактериялар (Бифидобактерии)	109-1010	108-109	
3.	Лактобактериялар (Лактобактерии)	106-107	107-108	
4.	Қалыпты ферментативтік активті ішек таяқшасы (Кишечная палочка с нормальной фермен. активностью)	107-108	107-108	
5.	Ферментативтік активтілігі төмен ішек таяқшасы (Кишечная палочка со сниженной фермент.активностью)	105-107	106-107	
6.	Лактоза негативтік ішек таяқшасы (Лактозонегативная кишечная палочка)	< 104	< 105	
7.	Гемолиз тудырушы ішек таяқшасы (Гемолитически активная кишечная палочка)	< 104	< 104	
8.	Протей	< 104	< 104	
9.	Шартты патогендік энтеробактериялар (Условно-патогенные энтеробактерии)	< 104	< 105	
10.	Патогенді стафилококк (Патогенный стафилококк)	< 101	< 103	

11.	Басқа стафилококктар (Другие стафилококки)	< 105	< 104	
12.	Энтерококктар (Энтерококки)	106-107	105-106	
13.	Клостридиялар (Клостридии)	< 101	< 105	
14.	Кандида тұқымдас саныраукұлақтар (Грибы рода кандида)	< 103	< 105	
15.	ТГТБ (НГОБ)	< 103	< 103	

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
30-қосымша
Приложение 30
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ __ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___бұйрығымен бекітілген № 030/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 030/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Мұнай өнімдерін және арнайы сұйықтықтарды қайта өңдеу үлгісін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования образца переработки нефтепродуктов и специальных жидкостей
№ _____ от "__ " _____ 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, алу орны (Наименование объекта, место отбора) _____ _____

2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____

3. Өндіруші ел (фирма) (жеткізуші) (Страна (фирма) изготовитель (поставщик))____ _____

4. Үлгіні алу күні, сақтау мерзімі (Дата получения образца, срок хранения) _____ __

5. Сынама алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____

6. Үлгіні алу актісі (Акт отбора образца) №___от_____

7. Үлгінің сипаттамасы (Описание образца)_____

8. Мөлшері (Объем) _____

9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____ жарамдылық мерзімі (срок годности) _____

10. Топтама нөмірі (Номер партий) _____

11. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования) _____ аяқталуы (окончания) _____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Көрсеткіш атауы (Наименование показателя)	Анықталған концентрация (Обнаруженная концентрация)	Нормативтік көрсеткіш (Нормативные показатели)	Зерттеулер әдістеріне НҚ (НД на методы исследований)
1	2	3	4

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД)

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә., лауазымы (Ф.И.О., должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____ _____ _____
Қолы (Подпись)		_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____ _____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О.(при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
31-қосымша
Приложение 31

к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 031/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 031/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Шикізат пен тамақ өнімдерін молекулярлық-генетикалық сынақтарға зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования сырья и пищевых продуктов на молекулярно-генетические испытания №_____от "____"_____20____ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____
4. Зерттеуге алынған үлгінің саны (мөлшері) (количество (масса) пробы на испытание)_____
5. Партияның нөмірі, сыртқы ораманың түрі (номер партии, вид упаковки) _____
_____
4. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)_____
5. Сынаманы алған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтама нөмірі (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____

10. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____

11.Үлгі алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора)_____

12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____

13. Сақтау жағдайы (Условия хранения)_____

14. Жасалған күні, сақтау мерзімі (Дата выработки, срок хранения)_____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің атауы, Объектінің атауы (Наименование образца, наименование объекта)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Молекулярлық-генетикалық көрсеткіштер (Молекулярно-генетические показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)		Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	НҚ – әдісіне зерттеу (НД на Метод испытания)
				Сапалық көрсеткіш (Качественный показатель)	Сандық көрсеткіш (Количественный показатель)		
1	2	3	4	5	6	7	8
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____ _____						
Қолы (Подпись)	_____						
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____						
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы						

Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О.(при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
32-қосымша
Приложение 32
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 032/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 032/у Утверждена приказом

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тамақ өнімдерін молекулярлық-генетикалық сынақтарға полимеразды-тізбекті реакция (ПТР) әдісімен зерттеу және иммудық-ферментті талдау (ИФТ) ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования пищевых продуктов на молекулярно-генетические испытания методом полимеразно-цепной реакций (ПЦР) и иммуноферментный анализ (ИФА) №_____от "____"_____20____ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____
4. Зерттелетін сынамалар саны (мөлшері) (Количество (масса) пробы на испытание) _____
5. Партияның нөмері, ораманың түрі (номер партии, вид упаковки) _____
6. Үлгіні зерттеу мақсаты (Цель исследования образца)_____
7. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
8. Топтама нөмірі (Номер партий)_____
9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
10. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
11. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____
12. Үлгі алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора)_____
13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____
14. Сақтау жағдайы (Условия хранения)_____
15. Жасалған күні, сақтау мерзімі (Дата выработки, срок хранения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Көрсеткіштер (Показатели)	Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований)	Нормаланатын көрсеткіш (Нормируемый показатель)	Зерттеу әдісіне қолданылған НҚ (НД на метод испытания)
1	2	3	4	5	6
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы					

(Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О.(при наличии), подпись)	

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
33-қосымша
Приложение 33
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 033/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 033/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _____

Зоонозды және аса қауіпті инфекцияларға микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ микробиологического исследования на зоонозные и особо опасные инфекции
№ _____ (от) "____" _____ күні 20 ж. (г.)

1. Үлгілердің зерттеу нәтижесін алатын мекеме атауы (Наименование учреждений получающий результат исследования образца)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____
4. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
6. Сынамалар саны (количество проб) _____
7. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____
8. Сынама алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)_____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Үлгілер нөмірі (Номер образца)	Алынған үлгілер атауы, үлгі алынған орын және нүктелер (Наименование отобранных образцов, место и точки отбора)	Зерттеу әдістері Реакция түрі (Методы исследования Вид реакции)	Зерттеу мақсаты (Цель исследования)	Зерттеу нәтижесі (Результаты исследования)
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____
Қолы (Подпись)		_____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
34-қосымша
Приложение 34
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 034/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 034/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Полимерлік және басқа материалдардың, олардан жасалған бұйымдардың, химиялық заттар мен композициялардың үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образца полимерных и других материалов, изделий из них, химических веществ и композиций №_____от "____"_____ 20 ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Бұйымның атауы (Наименование изделия)_____
3. Өндіруші ел (фирма) (жеткізуші) Страна(фирма) - изготовитель (поставщик) _____ _____
4. Бұйымдар жасалған материалға нормативтік құжат (Нормативный документ на материалы, из которого выполнено изделие)_____
5. Зерттеудің басталу күні (Дата начала исследования)_____ аяқталуы (окончания)_____
6. Үлгінің жазбаша сипаты (Описание образца)_____ _____
7. Мөлшері (Объем)_____
8. Партия нөмірі (Номер партий)_____
9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

Ингредиенттердің қоршаған орта нысандарына көшуі (ауа, су, үлгі ортасы)
(Миграция ингредиентов в объекты окружающей среды (воздух, вода, модельная среда))

Ингредиентер көрсеткішінің атауы		Анықталған концентрация (		

(Наименование показателя ингредиентов)	Үлгі ортасы (Модельная среда)	параметрлері, уыттылығы токсичности) Обнаруженная концентрация (параметры токсичности)	Шектелген концентрация (Допустимая концентрация)	Зерттеулер әдістеріне НҚ НД на методы исследований
1	2	3	4	5
Органолептические:				
Физико-химические:				
Токсикологические:				

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____ _____ _____
Қолы (Подпись)		_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____ _____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
35-қосымша
Приложение 35
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 035/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 035/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Аэроиондар концентрациясын өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерений концентрации аэроионов №_____от "____" _____ 20 ж. (г.)

1. Шаруашылық объектісінің толық атауы, мекенжайы (Полное наименование хозяйствующего объекта, адрес) _____ цех, учаске (цех, участок) _____ _____

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)_____

3. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Замеры проводились в присутствии представителя объекта)_____

4. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____ атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)_____ ___ куәліктің берілген күні мен нөмірі (дата и номер свидетельства)_____

6. Жүргізілген өлшеулер мен берілген санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды мына Нормативтік құжатқа (НҚ) сай жүргізілді (Нормативный документ (НД) в соответствии с которой проводились измерения)_____ _____

7. Негізгі көздер (Основные источники) _____

8. Жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек)_____

9. Мөлшері (Объем)_____

10. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД)_____

11. Жұмыс орнының сұлбасы (Эскиз рабочих мест)

Кесте/ Таблица № 1

Реттік бойынша нөмірі (Номер по порядку)	Кескіні бойынша нүктенің орны (Номер точек по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерения)	Аусым бойы жұмыс аумағында болу уақыты (Время пребывания в зоне в течении смены)	Аэроиондардың орташа концентрациясы (Средняя концентрация аэроионов)				У, Униполярлылық коэффициенті, Коэффициент униполярности, У	
				1 см3 – тегі оң иондар саны (Число положительных ионов, в 1 см3		1 см3 – тегі теріс иондар саны (Число отрицательных ионов, в 1 см3)			
				Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шегі (Предельно-допустимая)	Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шегі (Предельно-допустимая)	Өлшеулер (Измерения)	Рұқсат етілген шегі (Предельно-допустимая)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кесте/Таблица № 2

Аэроиондардың полярлығы (Полярность аэроионов)	Аэроиндардың концентрациясы, р, (ион/см3) Концентрации аэроионов, р, (ион/см3)											Униполярлы коэффициенті, У (Коэффициент унипол ярности, У)
	Бірлік өлшеу мәні, рі, (Значения единичного измерения, рі)								Орташа мәні (Средние значения)			
	1	2	3	4	5	6	7	8	$\bar{p}$	Pmin	Pmax	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
р+												
р-												

Таблица № 1 заполняется по показаниям прибора, сразу определяющего среднюю концентрацию аэроионов и коэфициента униполярности (например: прибор МАС-01).

Таблица № 2 протокола заполняется в случае выполнения нескольких замеров и определения среднего значения концентрации аэронов и коэфициента униполярности методом расчета.

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы, Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____ _____ _____ _____

Қолы (Подпись)		_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____ _____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынама жүргізілген шарттары (Условия проведения испытаний): температура ____, ылғалдығы (влажность) ___

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/

Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/

Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____ _____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
36-қосымша
Приложение 36
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 036/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 036/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _

Діріл деңгейлерін өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерения уровней вибрации №__ от "___" _____ 20__ ж. (г.)

1. Шаруашылық объектісінің толық атауы, мекенжайы (Полное наименование хозяйствующего объекта, адрес) _____ цех, участке (цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)_____

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Замеры проводились в присутствии представителя объекта)_____

4. Өлшеу құралдары (Средства измерений) _____ _____ атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____ _____ куәліктің берілген күні мен нөмірі (дата и номер свидетельства)_____ _____

6. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____

7. Жүргізілген өлшеулер мен берілген санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды мына Нормативтік құжатқа (НҚ) сай жүргізілді (Нормативный документ (НД), в соответствии с которой проводились измерения)_____

8. Негізгі діріл көздері мен олар тудыратын дірілдің сипаты (Основные источники вибрации и характер создаваемой вибрации) _____ _____

9. Жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек)_____ _____

10. Діріл көзі көрсетілген үй-жайдың кескіні (аумақтың, жұмыс орнының, қол машинасының) (эскиз помещения с указанием вибрация) _____

_____

Жұмыс орнының сұлбасы (Эскиз рабочих мест)

№ пп	Дірілдің әсеріне бағалау жүргізілген құрылғы (Оборудование, для которого была проведена оценка воздействия вибрации)	Діріл түрі (Тип вибрации)		Акселерометр бағдары (ось) (Ориентация акселерометра (ось))
		Жалпы (Общая)	Жергілікті (Локальная)	
1	2	4	5	6

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ пп	Октавалық жолакта дБ-мен ортагеометрлік жиілігі Гц-діріл үдеуінің деңгейі (Уровни виброускорения, дБ, в третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц)											Оське діріл үдейткіштің түзетілген деңгейі, дБ (Корректированный уровень виброускорения для оси, дБ)	Циклға, операцияға діріл үдейткіштің түзетілген деңгейі, дБ (Корректированный уровень виброускорения для цикла, операции, дБ)	Діріл үдейткіштің эквивалентті түзетілген деңгейі, дБ (Эквивалентный корректированный уровень виброускорения, дБ)	Діріл үдейткіштің шекті эквивалентті түзетілген деңгейі, дБ (Допустимый эквивалентный корректированный уровень виброускорения, дБ)
	1	2	4	8	16	31,5	63	125	250	500	1000				
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____ _____ _____ _____

Қолы (Подпись)		_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О.(при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____ _____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О (при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынама жүргізілген шарттары (Условия проведения испытаний): температура ____, ылғалдығы (влажность) ___

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады

(Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН

(Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы

(Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
37-қосымша
Приложение 37
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен Бекітілген № 037/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 037/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Шу, дыбыс деңгейлерінің оқшауланuын өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерения уровней шума, звукоизоляций №_____от "____" _____ 20 ж. (г.)

1. Шаруашылық объектісінің толық атауы, мекенжайы (Полное наименование хозяйствующего объекта, адрес) _____ цех, учаске (цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Замеры проводились в присутствии представителя объекта) _____ _____

4. Өлшеу құралдары атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (Средства измерений, наименование, тип, инвентарный номер) _____ _____

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____ _____

6. Куәліктің берілген күні мен нөмірі (Дата и номер свидетельства) _____ _____

7. Жүргізілген өлшеулер мына нормативтік құжатқа (НҚ) сай жүргізілді (нормативный документ (НД), в соответствии с которой проводились измерения) _____ _____

8. Негізгі шу көздері мен олар тудыратын шудың сипаты (Основные источники шума и характер создаваемого ими шума) _____ ___

9. Жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек) _____

_____

10. Шу көзі және микрофондардың (датчиктер) орнатылған орындары мен олардың бағыты тілдермен көрсетілген үй-жайдың кескіні (аумақтың, жұмыс орнының, қол машинасының).Өлшеу нүктелерінің реттік нөмірлері. (Эскиз помещения (территории, рабочего места, ручной машины) с нанесением источника шума и указанием стрелками мест установки и ориентации микрофонов (датчиков). Порядковые номера точек замеров). _____

11. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді. (Исследование проводились на соответствие НД) _____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Кескіні бойынша нүкте нөмірі (Номер точки по эскизу)	Өлшеу орны (жабдықтың маркасы, түрі, құжат деректері көрсетілсін) (Место замера (указать марку, тип, паспортные данные оборудования))	Қосымша мәліметтер (өлшеу шарттары, шудың жұмыс ауысша ішіндегі әсерінің ұзақтығы) (Дополнительные сведения (условия замера, продолжительность воздействия шума в течение рабочей смены))	Шудың сипаты Характер шума					
				Спектр Бойынша По спектру		Уақыт сипаттамалары бойынша По временным характеристикам			
				Кеңқуысты (Широкополостной)	Тонды (Тональный)	Тұрақты (Постоянный)	Толқымалы (Колеблющийся)	Үзілмелі (Прерывистый)	Импульсті (Импульсный)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Октавалық жолақта дБ-мен ортагеометриялық жиілігі Гц-дағы дыбыстық қысымның деңгейлері (Уровни звукового давления в дБ октавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)														LA дыбыс деңге	Норма бойынша LA дыбыстың рұқса

														йі (дыбыстың бала ма деңгейі)/ LA, дБА дыбыстың ең жоғарғы деңгейі (Уровень звука LA (эквивалентный уровень звука)) / (Максимальный уровень звука LA, дБА)	тетілетін деңгейі / LA, дБА дыбысының ең жоғарғы рұқсат беріледі тін деңгейі (Допустимый уровень звука LA по норме) / (Максимальный допустимый уровень звука LA, дБА)
1	25	26	8	16	31,5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Октавалық жолақта дБ-мен үштен бірі ортагеометриялық жиілігі Гц-дағы дыбыстық қысымның деңгейлері (Уровни звукового давления в дБ третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)									
100	125	160	200	250	320	400	500	630	800
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Октавалық жолақта дБ-мен үштен бірі ортагеометриялық жиілігі Гц-дағы дыбыстық қысымның деңгейлері (Уровни звукового давления в дБ третьоктавных полосах со среднегеометрическими частотами в Гц)							Ауа шуын оқшаулау индексі Rw -дБ (Индекс изоляции воздушного шума Rw –дБ)	Соққы шуының келтірілген деңгей индексі Lnw-дБ (Индекс изоляции приведенного ударного шума Lnw-дБ)	
1000	1250	1600	2000	2500	3150	Өлшеулер (Измеренное)	Нормативті көрсеткіш (Нормативный показатель)	Өлшеулер (Измеренное)	Нормативті көрсеткіш (Нормативный показатель)
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)			_____ _____						
Қолы (Подпись)			_____						
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)			_____						
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы		_____						
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)		_____						

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____
_____
_____
_____
_____
_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы № ҚР ДСМ-84 бұйрығы
38-қосымша
Приложение 38
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 № 038/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 038/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Электромагниттік өрісті өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерения электромагнитного поля №_____от "____" _____ 20__ ж. (г.)

1. Шаруашылық жүргізуші нысанының толық атауы, мекенжайы (Полное наименование хозяйствующего объекта, адрес) _____ _____ _____ цех, участке (цех, участок)

2. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)_____

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Замеры проводились в присутствии представителя объекта) _____

4. Өлшеу құралдары (Средства измерений)_____ атауы , түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)

5. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____ _____ берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства) __ _____

6. Өлшеулер жүргізу мен санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды беру келесі нормативтік-техникалық құжаттамаға сай жүргізілді (Нормативно-техническая документация в соответствии с которой проводились измерения и давалось санитарно-эпидемиологическое заключение) _____ _____ атап өтіңіз (перечислить)

7. Өндіруші ұйым нөмірлерімен белгіленген жабдықтардың, электромагниттік сәулелену көздерінің орналасуы көрсетілген және өлшеу нүктелері үй-жайдың кескіні (Эскиз помещения с указанием размещения оборудования, источников электромагнитных излучений обозначенных номерами организаций-изготовителей) и нанесением точек замеров) _____ _____

Рет бойынша нөмірі (Номер по порядку)	Кескіні бойынша нүктенің орны (Номер точек по эскизу)	Өлшеу орны (Место измерения)	Сәуле көзінен арақашықтығы, м (Расстояние от источника в м.)	Еденнен биіктігі, м (Высота от пола в м.)	Жұмыс кезеңі кезінде ЭМӨ аумағында болу уақыты (Время пребывания в зоне ЭМП в течении смены)	ЭМӨ кернеулілігі Напряженность ЭМП					
						Электрлік құрамы бойынша, кВ/м, В/м (По электрической составляющей, кВ/м,В/м)		Құрамындағы магнит бойынша А /м, мкТл По магнитной составляющей А /м, мкТл		Электростатикалық өріс кВ/м, Электростатическое поле кВ/м	
						Өлшеулер (Измеренное)	Шекті рұқсат етілген (Предельно-допустимое)	Өлшеулер (Измеренное)	Шекті рұқсат етілген (Предельно-допустимое)	Өлшеулер (Измеренное)	Шекті рұқсат етілген (Предельно-допустимое)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Инфрақызыл, ультракүлгін лазерлік сәулелену интенсивтілігі, Вт/м2, Дж/м2 (Интенсивность: инфракрасного; ультрафиолетового; лазерного излучения, Вт/м2, Дж /м2)		Энергия ағысының тығыздығы Вт/м2, МкВт/см 2 (Плотность потока энергии Вт/м2, МкВт/см 2)	
Өлшеулер (Измеренное)	Шекті рұқсат етілген (Предельно-допустимое)	Өлшеулер (Измеренное)	Шекті рұқсат етілген (Предельно-допустимое)
13	14	15	16

Артқы беті (Разворот)

ЭМӨ энергиясын шығаратын қондырғылардың тізбелері мен параметрлері (Перечни и параметры установок излучающих энергию ЭМП)						
Қондырғының атауы (Наименование установки)	ЭМС жиілігі (Частота ЭМИ)	ЭМС көзінің қуаты (Мощность источника ЭМИ)	Өлшеу кезіндегі көздің жұмыс режимі (қуаттылығы) (Режим работы (мощность) источника при измерении)	Шығарған зауыттың нөмірі (Заводской номер источника)	Шығарылған жылы (Год выпуска источника)	Ескерту (Примечание)
17	18	19	20	21	22	23

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____ _____ _____
Қолы (Подпись)		_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____ _____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә.(болған жағдайда), қолы	_____ _____ _____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН (Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
39-қосымша
Приложение 39
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен Бекітілген № 039/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 039/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Өсімдік шаруашылығы өнімін нитраттардың бар болуына зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования растениеводческой продукции на содержание нитратов №_____ от "_____" _____20__ (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____
_
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
__
3. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____
5. Партия мөлшері (Величина партии) - _____
6. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора) _____
_____
7. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки) _____
_____
8. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
_____
9. Мөлшері (Объем) _____
_____
10. Топтамалар сана (Номер партий) _____
11. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____
_____
12. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования) _____
_____

Өнімнің атауы (Наименование продукции)	Нитраттардың анықталғанқалдық құрамы (Обнаруженное остаточное содержание нитратов)	мг/кг	Р Е М Д нормативті көрсеткіштері, мг/кг (Нормативные показатели МДУ, мг/кг)	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ (НД на метод испытаний)
1	2	3	4	5
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____		
Қолы (Подпись)		_____		
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____		
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы			
		_____		

Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН (Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
40-қосымша
Приложение 40
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ __ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен Бекітілген

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		№ 040/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 040/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №	

Ауылшаруашылық өнімдерін, тамақ өнімдерін, суды, топырақты, ауа ортасын пестицидтердің қалдық көлемін анықтауға зерттеу (жоғары технологиялық зерттеу зертханасы, (бұдан әрі –ЖТЗ)) ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов сельскохозяйственной продукции, воды, почвы, воздушной среды на определение остаточных количеств пестицидов (лаборатория Высоко технологической исследований) № _____ от "____" _____ 20 ж. (г.)

1. Объекті атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгі атауы (Наименование образца)_____
4. Саны (Количество)_____
5. Зерттеу алу мақсаты (Цель исследования)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтама саны (Номер партии)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
10. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
11. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
12. Үлгі алу әдісіне қолданылған нормативтік құжат (НҚ) (Нормативный документ (НД) на метод отбора) _____
13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____
14. Сақтау жағдайы (Условия хранения)_____
15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

Ингредиенттер және басқалар көрсеткіштерінің атауы	Анықталған шоғырлану	Нормативтік көрсеткіштер	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ

Наименование показателей ингредиентов и других		Обнаруженная концентрация	Нормативные показатели	НД на методы исследования
1		2	3	4
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____		
Қолы (Подпись)		_____		
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____		
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____ _____		
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)			

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынама жүргізілген шарттары (Условия проведения испытаний): температура ____, ылғалдығы (влажность) ___

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
41-қосымша
Приложение 41

к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ __ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен Бекітілген № 041/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 041/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Дезинфекциялайтын заттарды зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования дезинфицирующих средств №_____от "____"_____20____ ж.(г.)

1. Шаруашылық жүргізуші субъекттің, ұйымның атауы, мекен-жайы (Наименование хозяйствующего субъекта, организации, адрес)_____

2. Сынама алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____

3. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
_____

4. Қосымша деректер (Дополнительные сведения)_____

5. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____

6. Белсенді заттың % құрамы/ % содержание действующего вещества. _____
_____

7. Мөлшері (Объем)_____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____

Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)

Үлгінің нөмірі (Номер образца)	Үлгілердің алынған орны (Место отбора образца)	Заттардың агрегаттық күйі (Агрегатное состояние веществ)	Белсенді заттың анықталған құрамы (Обнаруженное содержание активного вещества)	Нормативті көрсеткіш (Нормативный показатель)	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ (НД на методы исследования)

Зерттеу НҚ-ға сәйкес жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____ _____ _____
Қолы (Подпись)		_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____ _____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынама жүргізілген шарттары (Условия проведения испытаний): температура ____, ылғалдығы (влажность) ___

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____
_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
42-қосымша
Приложение 42
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 042/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 042/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

_____ серологиялық зерттеулер (инфекция түріне) ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ серологических исследований на_____ (вид инфекции) №____ от "____" _____ 20____ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество обследуемого) ___ _____

2. Диагнозы (Диагноз) _____

3. Жасы (Возраст) _____

4. Мекен-жайы (Адрес) _____

5. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Название организации направившая образец) ____

6. Сынаманың атауы (наименование пробы) _____
_____

7. Ауырған күні (на день болезни) _____

8. Зерттеу максаты (цель исследования) _____

9. Материалды жеткізу күні (Дата доставки материала) _____
_____

10. Материалдың алынған күні (Дата забора материала) _____
____

11. Зерттеу нәтижесі (результат исследования) _____

12. Ескерту (примечание) _____

Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____ _____ _____
Қолы (Подпись)		_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____ _____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә.(болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г.

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
43-қосымша
Приложение 43
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ___ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 043/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 043/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Санитариялық вирусологияға үлгілерді зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов на санитарную вирусологию №_____от "____"_____ 20____ж. (г.)

1. Сынаманың атауы (наименование пробы) _____
____

2. Үлгі алу орны (Место взятия образца)_____

3. Үлгінің алынған күні (Дата отбора)_____

4. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

5. Тасымалдау жағдайы (условия транспортировки)

6. Реакцияның түрі (Вид реакции)_____

7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____

8. Метод исследования _____

9. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____

_____

10. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О.(при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____ _____ _____
Қолы (Подпись)		_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____ _____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
44-қосымша
Приложение 44
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 044/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 044/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

_____ үлгілерді зерттеу (инфекция түрі) ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследований образцов _____ (вид инфекции) №_____ "___" _____ 20___ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество обследуемого) ___ _____

2. Жасы (Возраст) _____

3. Мекен жайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направивший образец)___

6. Диагнозы (Диагноз) _____

7. Зерттелгенде: аңқадан, мұрыннан алынған жағынды, жұлын сұйығы, қан үлгісі, нәжіс (при исследовании: мазок из зева, носа, ликвор, проба крови, фекалии, взятые) __ _____ ауыру күнінде (на день болезни)

8. клетка тірі өсіріндісінде алынды (на культуре клеток получен) _____ _____

9. Бөлінген вирус (выделен вирус): _____

10. Антигендермен зерттеу жүргізу барысында (При исследовании с антигенами) __ _____

Қарсы денелердің диагностикалық өсуі анықталды (Диагностический прирост антител обнаружен к) _____ ___

_____

11. Материалды алу күні (Дата забора материала) _____ _____

12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки) _____ _____

Қан үлгісі образец крови	Ауыру күні День болезни	Вирусқа қарсы иденелер титрі Титры антител к вирусу			
1	2	3	4	5	6

Зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____ _____ _____
Қолы (Подпись)		_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____ _____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
45-қосымша
Приложение 45
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ __ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 045/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 045/у Утверждена приказом

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Ағаш шикізаты және ағаштан жасалған бұйымдардың радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности древесного сырья и изделий из дерева №_____от "_____" _____күні 20 _____ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступлення образца)_____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтамалар сана (Номер партий)_____
9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
11. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____ №_____
12. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №_____(от) "___"_____20___ ж.(г.)
13. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеуер нәтижелері
(Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлестік тиімді белсенділікCs-137(Бк/кг) Удельная эффективная активность Cs-137(Бк/кг)	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейіCs-137 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Cs-137 (Бк/кг)	Үлестік тиімді белсенділікSr-90(Бк/кг) Удельная эффективная активность Sr - 90(Бк/кг)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейіSr- 90 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Sr - 90 (Бк/кг)
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____ _____

_____ Қолы, (Подпись) _____
_____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ___ данада толтырылады (Протокол составляется в ____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
46-қосымша
Приложение 46
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды

		Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 046/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 046/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _

Топырақ пен өсімдіктердің радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности почвы и растительности №_____от "_____" _____ күні 20_____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Үлгінің келіп түсу уақыты (Дата поступлення образца)_____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтамалар сана (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____№_____
10. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №_____(от) "___"_____20___ ж.(г.)
11. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

	Үлгінің атауы	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод		Удельная эффективная активность, Бк/кг						
				Суммарная альфа-	Суммарная	Cs- 137	Ra -226	Th- 232	K-40	Sr - 90

№	Наименование образца	испытаний	Точка отбора	активность	бета-активность					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____ _____

_____ Қолы (Подпись) _____ _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____ _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама 2 данада толтырылады (Протокол составляется в 2-х экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы

47-қосымша
Приложение 47
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 047/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 047/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Құрылыс материалдары мен бұйымдарының радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности строительных материалов и изделий №_____
от "_____"_____күні 20 _____ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтамалар сана (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
11. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)
_____№_____
12. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№_____(от) "___" _____20___ ж.(г.)

13. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

№ п/п	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлестік тиімді белсенділік, Бк/кг Удельная эффективная активность, Бк/кг	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейі,Бк/кг Допустимый уровень удельной эфективной активности (Бк/кг)	Құрылыс заттарының сыныптары Класс строительного материала	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Құрылыс заттарының пайдалану шарттары Условия использования строительных материалов
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) специалиста проводившего исследование) _____

_

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама 2 данада толтырылады (Протокол составляется в 2-х экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
48-қосымша
Приложение 48
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 048/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 048/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тыңайтқыштардың радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности удобрений №_____от "_____" _____күні 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
5. Үлгінің уақыты (Время отбора образца)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтама нөмірі мерзімі (Дата выработки)_____

9. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____

10. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором)

_____№_____

11. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№_____(от) "___" _____20___ ж.(г.)

12.Үлгілердің (нің) нормативтік құжаттарға (НҚ) сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

_____

(Исследование образца проводились на соответствие нормативного документа (НД)) Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Үлестік белсенділік U-238 (Ra 226), Бк/кг (Удельная активность U-238 (Ra 226), Бк/кг)	Үлестік белсенділік Th-238 Бк/кг (Удельная активность Th-238 Бк/кг)	Радионуклидтердің үлестік белсенділігінің қосындысының мәні Бк/кг(А) (Значение суммы удельной активности радионуклидов (А), Бк/кг)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Радионуклидтердің үлестік белсенділігі рұқсат етілген деңгейі қосындысының Бк/кг (А) Допустимый уровень суммы удельной активности радионуклидов (А), Бк/кг
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
49-қосымша
Приложение 49
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 049/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 049/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Қоршаған орта объектілерінің және өндіріс қалдықтарының радиобелсенділін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности объектов окружающей среды и отходов призводства №_____от "_____" _____күні 20 _____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Зерттеу жүргізілген күн (Дата проведення испытания) _____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____
6. Мөлшері (Объем) _____
7. Топтамалар сана (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____ №_____
10. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №_____(от) "___" _____20___ ж.(г.)
11. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

№	Үлгінің атауы Наименование образца	Сынама алу нүктесі Точка обора	Радионуклидтердің тиімді белсенділігі (Бк/кг) Удельная эфективная активность радионуклидов, Бк/кг	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлемтік тиімді рұқсат етілген белсенділік деңгейі(Бк/кг) Допустимый уровень удельной эфективной активности (Бк/кг)
1	2	3	4	5	6

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____ _____

Қолы (Подпись_____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
50-қосымша
Приложение 50
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 050/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 050/у Утверждена приказом

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Судың радиобелсенділгін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследование радиоактивности воды № _____ "____" _____күні 20_____ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Материалдың, бұйымның атауы (Наименование образца)_____
4. Өлшеулер мақсаты (методисследования) _____
5. Үлгі алынған партияның көлемі (Объем партии, из которой отобран образец)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтамалар сана (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Үгілердің саны (Количество образцов)_____
10. Өлшеу құралдары (Средства измерений)_____
атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип, заводской номер)
11. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке)_____
берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)
12. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____
Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№	Ингредиенттер көрсеткіштерінің атауы Наименование показателей ингредиентов	Өлшем бірлігі Единица измерения	Анықталған мәні Обнаруженное значение	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат етілетін құрамы Допустимое содержание
1	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) специалиста
проводившего исследование)_____
Қолы (Подпись) _____
Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись
заведующего лабораторией)
Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенисттің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/ пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
51-қосымша
Приложение 51
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен Бекітілген № 051/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 051/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Жұмыс орындарын дозиметриялық бақылау ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ дозиметрического контроля рабочих мест №_____от "_____" _____күні 20_____ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Өлшеулер жүргізілетін орын (Место проведения замеров)_____

_____

бөлім, цех, (отдел, цех)

3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) _____
4. Өлшеулер мақсаты Цель измерение _____

Пайдалануға енгізу, жөндеу, инвентеризациялау және т.б. (Ввод в эксплуатацию, ремонт, инвентаризация и д.р.)

5. Өлшеулер әдісі (метод измерения)_____
6. Өлшеу құралдары (Средства измерений), атауы (наименование) _____

_____

7. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке)_____
8. Өлшеу шартатары туралы қосымша деректер (Дополнительные сведения об условиях измерения)_____
9. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Өлшеулер жүргізілген орын Место проведения измерений	Сәулелену түрлері Виды излучения	Өлшеу нүктесі (жоғарғы бетінен ара қашықтық, м; см) Точка измерения(расстояния от измеряемой поверхности, м; см)	Өлшенген дозасы(мкЗв/ч, част/(см2* мин), Измеренная доза(мкЗв/ч, част/(см2* мин),	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат етілетін деңгейі Допустимый уровень
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), специалиста

проводившего исследование)_____

_

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической

экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә (болған жағдайда) қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в ____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге

қолданылады/Результаты исследования распространяются только на

образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенисттің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/ пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
52-қосымша
Приложение 52
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 052/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 052/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Дозиметриялық бақылау ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ дозиметрического контроля № _____(от) "__" _____ 20__ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

2. Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения замеров) _____

_____

(бөлім, цех, квартал) (отдел, цех, квартал)

3. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____

4. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) _____

____

5. Өлшеулер құралдары (Средства измерений) атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип, заводской номер) _____

6. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства) _____

__

7. Өлшеу шарттары туралы қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения об условиях измерения) _____

___

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өлшеу жүргізілген орын Место проведения измерений	Дозаның өлшенген қуаты(мкЗв/час, н/сек) Измеренная мощность дозы(мкЗв/час, н/сек)		Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Дозаның рұқсат етілетін қуаты (мкЗв/час, н/сек) Допустимая мощность дозы (мкЗв/час, н/сек)			
		Еденнен жоғары (топырақтан) На высоте от пола (грунта)						
		1,5м	1м		0,1м	1,5м	1м	0,1м
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____ _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ___ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы

53-қосымша
Приложение 53
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 053/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Атмосфералық ауаның және жауын-шашынның радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследований радиоактивности атмосферного воздуха и осадков № ____ от "____" _____күні 20____ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____
4. Зерттеу әдісі (метод исследования)_____
5. Сұрып алынған ауаның көлемі/алынған тұнбаны зерттеу
(Объем прокаченного воздуха/осадков взятой на исследование) _____
6. Уақыт (Время) _____
7. Өлшеу құралдары (Средства измерений)_____
атауы (наименование,)
8. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке)_____

9. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный Номер	Үлгінің атауы Наименование образца	Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшем бірлігі Единица измерения	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Айқындалған концентрация / Радионуклидтердің үлестік тиімді белсенділік, Бк/кг Обнаруженная концентрация / Удельная эффективная активность радионуклидов, Бк/кг	Рұқсат ететін құрамы Допустимое содержание
1	2	3	4	5	6	7

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда),. (Ф.И.О. (при наличии), специалиста

проводившего исследование)_____

_

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
54-қосымша
Приложение 54
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 054/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 054/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Висцеральды және тері лейшманиозына зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз №_____ от "____"_____ 20____ж. (г.)

1. Нұсқаның атауы және саны/Наименование и число образцов _____
_

2. Сынаманы жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец) _____

3. Сынама алынған орын, уақыты, мезгілі/Место, дата и время отбора _____
_____

4. Сынамаларды зертханаға жеткізу уақыты және шарттары/Время и условия доставки проб в лабораторию _____

5. Зерттеу мақсаты/Цель исследования _____

6. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого) _____

7. Жасы (Возраст)_____

8. Зерттелушінің ЖСН (ИИН обследуемого) _____

9. Мекен жайы (Домашний адрес)_____

10. Жұмыс орны (Место работы)_____

11. Диагнозы (Диагноз)_____

12. Зерттеу әдісі (метод исследования) _____

13. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора) _____

14. Зерттеу нәтижелері (Результат исследования) _____

15. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /(Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)

Қолы (Подпись)

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мекеме басшысы (орынбасары)

Мөр орны

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы

Руководитель организации (заместитель)

Место печати

(Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
55-қосымша
Приложение 55
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 055/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 055/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Емшек сүтін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследований грудного молока № __ (от) " _ " _____ _____ ж.(г.)

1. Тексерілушінің тегі, аты, жөні (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого) _____

2. Жасы (возраст) _____

3. Диагнозы (Диагноз) _____

4. Медициналық ұйымы (Медицинская организация) _____ _____

5. Үлгі алынған күн, уақыт (Дата и время взятия образца) _____ _____

6. Үлгі жеткізген күн, уақыт (Дата и время доставки образца) _____ _____

7. Үлгінің мөлшері (Дата и время доставки образца) _____ _____

8. Зерттеу мақсаты (Цель исследования) _____

9. Нәтижесі (Результат)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____ _____
Қолы (Подпись)	_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____ _____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись) _____ _____

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
56-қосымша
Приложение 56
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ___ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 056/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 056/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Ашық түрдегі радиобелсенді заттармен жұмыс кезіндегі дозиметриялық және радиометриялық өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ дозиметрических и радиометрических измерений при работе с радиоактивными веществами в открытом виде №_____от "_____" _____ 20____ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта,адрес)_____
2. Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения измерений)_____
3. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения)_____
4. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проведены в присутствии представителя объекта)_____
5. Өлшеу құралдары (Средства измерений)_____
атауы, түрі, зауыттың нөмірі (наименование, тип, заводской номер)
6. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке)_____
берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)
7. Көздердің және өлшенетін бақылау н.ктелерінің орналасу схемасы (Схема расположения источников и контрольных точек измерения)
8. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний)_____
_____

9. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді _____
_____

(Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О (при наличиии) специалиста

проводившего исследование)_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____
_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в ____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____
_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
57-қосымша
Приложение 57
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ___ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 057/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 057/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Рентген кабинетіндегі рентген сәулесін дозиметриялық өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ дозиметрических измерений рентгеновского излучения в рентгеновском кабинете №___ от "____"_____ 20____ж. (г.)

1. Мекеменің атауы (Наименование учреждения)_____
2. Мекен жайы (Адрес)_____ Корпусы (корпус) _____Қабат (этаж) _____
Бөлме (комната)_____
3. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді
_____
(Измерения проводились в присутствии представителя объекта)
_____
4.Бөлме атауы (Назначение кабинета)_____ телефоны (телефон)_____
5. Аппарат _____
6 Техникалық паспорт (Технический паспорт) №_____
7. Жарамдылық мерзімі (срок действия до)_____

8. Анодтық кернеу _____ кВ Общий фильтр _____

9. Қосымша сүзгі (Дополнительный фильтр) _____ мм Al (Cu)

10. Измерения проводились с тканеэквивалентным фантомом:

11. Дозиметр түрі (дозиметром типа)____ № _____, сәйкестігі туралы сертификат (сертификат о поверке) № _____ от _____

12. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

_____

Бөлім сызбасы (Чертеж кабинета)Кабинетпен жапсарлас үй-жайлар(Смежные Жабдықтың орналасуы (размещение оборудования) скабинетом помещения)

											Кабинеттің үстінде (Над кабинетом)
											Кабинеттің астында (Под кабинетом)
											А қабырғасының артында (За стеной А)
											Б қабырғасының артында (За стеной Б)
											В қабырғасының артында (За стеной В)
											Г қабырғасының артында (За стеной Г)

											Д қабырғасының артында (За стеной Д)

ӨЛШЕМДЕР НӘТИЖЕЛЕРІ (РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕРЕНИЙ)

(Жұмыс жүктемесі кезінде (при рабочей нагрузке) ____ мА·мин/нед.апта)

№№ точ. изм. 1	Өлшеу жүргізілген орынның атауы (Наименование места измерения)		Сәуле бағыты (Направление излучения)	I изм, мА	Доза қуаты (Мощность дозы)				ДМД, мкЗв/ч	Ескертпе Примечание
					МД изм	• D изм, мкГр/ч	• D прив, мкГр/ч	• Е, мкЗв/ч		
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10
Рентген кабинетпен жапсарлас үй-жайлар (Помещения, смежные с процедурной рентгеновского кабинета)										
(Фон)										
1	Кабинеттің үстінде (Над кабинетом)									
2	Кабинеттің астында (Под кабинетом)									
3	А қабырғасының артында За стеной А	Қабырға Стена								
4		Терезе Окно								
5		Есік Дверь								
6	Б қабырғасының артында За стеной Б	Қабырға Стена								
7		Терезе Окно								
8		Есік Дверь								
9	В қабырғасының артында За стеной В	Қабырға Стена								
10		Терезе Окно								
11		Есік Дверь								
12	Г қабырғасының артында	Қабырға Стена								
13		Терезе Окно								

14	З а стеной Г	Есік Дверь								
15	Д қабырға сының артында З а стеной Д	Қабырға Стена								
16		Терезе Окно								
17		Есік Дверь								
Рентген аппаратты басқару пультіндегі рентген зертханашының жұмыс орны (Рабочее место рентгенолаборанта у пульта управления рентгеновским аппаратом)										
18	Бас (Голова)									
19	Кеуде (Грудь)									
20	Жыныстық бездері (Гонады)									
21	Аяқ (Ноги)									
•• Е-нің есептелген мәндері Е (Рассчитанные значения Е)										
Рентген кабинеттің ем-шараб болмеші (Процедурная рентгеновского кабинета)										
Врач рентгенологтың жұмыс орыны (Рабочее место врача-рентгенолога)										
22	Бас (Голова)	Тік (Вертик)								
23		Көлденең (Гориз)								
24	Кеуде (Грудь)	Тік (Вертик)								
25		Көлденең (Гориз)								
26	Жыныстық бездері (Гонады)	Тік (Вертик)								
27		Көлденең (Гориз)								
28	Аяқ (Ноги)	Тік (Вертик)								
29		Көлденең (Гориз)								
Барлығы (Всего)		Тік (Вертик)	• Есептелген Е • Рассчитанные Е							
		Көлденең (Гориз)								

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда). (Ф.И.О. (при наличии), специалиста

проводившего исследование)_____

_____

Қолы (Подпись)_____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_____

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
58-қосымша
Приложение 58
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма

А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 058/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 058/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Металды, металдан және метал қалдықтарынан жасалған бұйымдарды дозиметриялық бақылау ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ дозиметрического контроля металла, изделия из металла и металлолома №_____от___ _____ 20____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Өлшеулер жүргізілетін орын (Место проведения замеров_____
(площадка, цех, квартал, склад)
3. Өлшеулер әдісі (Метод измерения)_____
4. Өлшеулер объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя объекта)

_____

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений)_____
атауы, (наименование)
6. Көлемі (Объем)_____
7. Топтамалар нөмірі (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке)_____
берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)
10. Аймақтың табиғи гамма-аяның ЭМҚ (көрсеткіш)ҒҒҒ (МЭД (показатель) естественного гамма-фона местности)_____
11. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№р/н №п/п	Объект атауы Наименование образца	Альфа-бөлшектер ағыны, Бк/см2х мин Поток Альфа-частиц, Бк /см2х мин		Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Бета-бөлшектер ағыны, Бк / см2хминПоток Бета-частиц, Бк /см2х мин		Гамма-сәулеленудің ЭМҚ мкЗв /с МЭД гамма-излучения, мкЗв/ час	
		Зерттеу нәтежиелері Результаты измерений	Рұқсат етілен деңгейі Допустимые уровни		Зерттеунәтежиелері Результаты измерений	Рұқсат етілен деңгейі Допустимые уровни	Зерттеу нәтежиелері Результаты измерений	Рұқсат етілен деңгейі Допустимые уровни
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
59-қосымша
Приложение 59
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ___ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ ___ № бұйрығымен бекітілген № 059/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 059/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Үй-жайлар ауасында радонның және оның ыдырау өнімдерінің құрамын өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе помещений №_____от "_____" _____ 20 _____ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений)_____
3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проведены в присутствии представителя объекта)_____
4. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения)_____

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений)_____

(атауы, түрі, зауыттың нөмірі (наименование, тип, заводской номер)

6. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке)_____

(берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

7. Үлгілерді (нің) зерттеулер НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді _____

(Исследование проводились на соответствие НД)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өлшеу жүргізілген орны Место проведения измерений	Радонның өлшенген, теңсалмақты, баламалы көлемді белсенділігі, Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона, Бк/м3)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний)	Бк/м3 рұқсат етілен шекті концентрациясы (Допустимая концентрация Бк/м3) Ағынның рұқсат етілен шекті тығыздығы (мБк/ш.м·с) (Допустимая плотность потока (мБк/м2·сек)	Желдету жағдайы туралы белгілер (Отметки о состоянии вентиляции)
1	2	3	4	5	6

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О (при наличии), специалиста проводившего исследование)_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в ____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____
_____
_____
_____
_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
60-қосымша
Приложение 60
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 060/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа		Медицинская документация Форма № 060/у Утверждена приказом Министра здравоохранения

санитарно-эпидемиологической службы		Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Жеке мөлшерлерді өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерения индивидуальных доз № _ ___ от "____" _____күні 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Адамдар категориясы (Категория лиц) (А,Б,В)_____
3. Өлшеулер мақсаты (Метод измерения)_____
4. Өлшеу құралдары (Средства измерений)_____
атауы, (наименование,)
5. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке)_____
11. Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестікке жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД)_____
Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тегі, аты, әкесініңаты Фамилия, имя, отчество	Лауазымы Должность	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Дозиметрдің нөмірі Номер дозиметра	мЗв-мен өлшенген доза Измеренная доза в мЗв
1	2	3	4	5	6

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД)_____
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста
проводившего исследование)_____
_____
Қолы (Подпись) _____
Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись
заведующего лабораторией)
Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)
Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____
_____
Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О.(при наличии), подпись)
Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)
Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенисттің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/ пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
61-қосымша
Приложение 61
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ___ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 061/у

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Микробиологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ микробиологического исследования №_____(от) "____" _____күні 20___ж. (г.)

1. Биологиялық үлгі алынған күн (Дата взятия биологического образца) "____"_____20____ж. (г.)
2. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
3. Талдаудың берілген күні (Дата выдачи анализа)"____"____20___ж.(г.)
4. Тексерілушінің тегі, аты, жөні (Фамилия, имя, отчество обследуемого)_____ _____жасы (возраст) _____ _____
5. Диагнозы (Диагноз)_____
6. Медициналық ұйымы (Медицинская организация)_____ бөлімше (отделение)_____
7. Зерттегенде (При исследовании)_____ үлгіні көрсетіңіз (указать образец)
8. Нәтижесі (Результат)_____
9. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____ _____

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)_____ _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда),. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____ _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О.(при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
62-қосымша
Приложение 62
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ___ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ ___ № ___бұйрығымен Бекітілген № 062/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 062/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Аймақтың радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности зоны №_____ от "_____" _____күні 20_____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгінің атауы (Наименование образца) _____
3. Үлгі алу орны(Место отбора образца) _____
4. Үлгілердің алыну уақыты (Время отбора образца)_____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____
6. Көлемі (Объем)_____
7. Топтамалар нөмірі (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Зерттеу жүргізілген құрал (Исследования проводились прибором) _____ №_____
10. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке) №_____(от) "___" _____20___ ж.(г.)
11. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

№ п/п	Үлгінің атауы Наименование образца	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің мәні (Акүл) Бк/кг Значения удельной активности радионуклидов (Азола) Бк/кг	Радионуклидтердің меншікті белсенділігінің рұқсат етілген деңгейі (Акүл) Бк/кг Допустимый уровень удельной активности радионуклидов (Азола) Бк/кг	Күлдің радиациялық қауіптілік сыныптары Класс радиационной опасности золы	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Күлдің пайдалану шарттары Условия использования золы
1	2	3	4	5	6	7

Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда),. (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
63-қосымша
Приложение 63
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ___ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 063/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Материалдың, шикізаттардың, бұйымның радиобелсенділгін зерттеу ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности материалов, сырья, изделий № ____от "____" _ _____күні 20_____ ж.(г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____
4. Зерттеу әдісі (методисследования)_____
5. Өлшеу құралдары (Средства измерений)_____
(атауы, (наименование)
6. Көлемі (Объем)_____
7. Топтамалар нөмірі (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке)_____
10. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____
Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Үлгінің атауы Наименование образца	Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшем бірлігі Единица измерения	Нақты үлестік тиімді белсенділік Фактическая удельная эффективная активность	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат ететін құрамы Допустимое содержание
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда),. (Ф.И.О. (при наличии), специалиста

проводившего исследование)_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә (болған жағдайда),қолы (Ф.И.О.(при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
64-қосымша
Приложение 64

к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 064/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 064/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тамақ өнімдерінің радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности пищевых продуктов № _____ от "____" _____күні 20 _____ ж. (г.)

1. Объект атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Үлгінің атауы (Наименование образца)_____
4. Зерттеу әдісі (методисследования)_____
5. Өлшеу құралдары (Средства измерений)_____
(атауы, (наименование)
6. Көлемі (Объем)_____
7. Топтамалар нөмірі (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Мемлекеттік тексеру туралы мәліметтер (Сведения о государственной поверке)_____
10. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Үлгі атауы Наименование образца	Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшем бірлігі Единица измерения	Радионуклиттердің үлестік тиімді белсенділігі Удельная эффективная активность радионуклидов	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат етілетін құрамы Допустимое содержание
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста

проводившего исследование)_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

___

_____

_____

_____

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
65-қосымша
Приложение 65
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ___ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Отын-энергетикалық минералды шикізаттың радиобелсенділігін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования радиоактивности топливного-энергетического минерального сырья №_____от "_____" _____күні 20 _____ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгіні алу орны(Место отбора образца) _____
4. Сынақ жүргізілген күн (Дата проведення испытаний)_____
5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____көмірдің күлденуі

(Зольность угля) (%)_____

6. Көлемі (Объем)_____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий)_____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____

9. Зерттеу аспаппен жүргізілді (Исследования проводились прибором)

_____№_____

10. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)

№_____(от) "___" _____20___ ж.(г.)

11. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді

(Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Өлшеу нәтижелері / (Результаты измерений)

№ п\п	Үлгінің атауы Наименование образца	Радионуклидтердің үлестік белсенділігінің мәнінің қосындысы ММА (көмір) Значения суммы отношений удельной активности радионуклидов к МЗУА (Суголь)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Рұқсат етілетін деңгейі (көмір) Допустимый уровень (Суголь)	Көмірдің радиациялық қауіптілік сыныбы Класс радиационной опасности угля	Көмірді пайдалану шарттары Условия использования угля
1	2	3	4			

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

_____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/ Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____
_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
66-қосымша
Приложение 66
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ ___ № бұйрығымен бекітілген № 066/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 066/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Адамдарды спекторметриялық өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ спектрометрического измерения человека №_____ от "__" _____ 20__ж. (г.)

1. Аты, жөні (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____
2. Жеке басын куәландыратын құжаттар № _____
(Документы, удостоверяющие личность (куәлік, төлқұжат)
(удостоверение, паспорт)
3. Мекен-жайы (Домашний адрес) _____
4. Жынысы (Пол) _____Жасы (Возраст)_____ Салмағы (Вес) __
5. Қосымша мәліметтер _____
(Дополнительные данные)
6. Өлшеу аспаппен жүргізілді _____№_____
(измерение проводились на приборе):
7. Тексеру туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____
8. Өлшеу геометриямен жүргізілді _____
(Измерение проводилось в геометрии)
9. Үлгілердің (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД) _____
Өлшеу нәтижелері
(Результаты измерений)

№ п/п	Өлшенетін мүшелердің атауы Наименование измеряемого органа	Үлестік тиімді белсенділік Cs-137Бк/кг Удельная эффективная активность Cs-137Бк/кг	Үлестік тиімді белсенділік Mn- 54Бк/кг Удельная эффективная активность Mn - 54Бк/кг	Үлестік тиімді белсенділік Cr-51Бк/кг Удельная эффективная активность Cr-51 Бк/кг	Үлестік тиімді белсенділік Co-60 Бк/кг Удельная эффективная активность Co-60 Бк/кг	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлестік тиімді белсенділікI-131 Бк/кг Удельная эффективная активность I-131 Бк/кг
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста
проводившего исследование)_____
_____

Қолы (Подпись)_____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись
заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____
_____
Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)
Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)
Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады /Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____
_____
_____
_____
_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
67-қосымша
Приложение 67
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ___ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
		Қазақстан Республикасының

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 067/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 067/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Алынатын ластануды жағындылар әдісімен зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования снимаемого загрязнения методом мазков №_____ от "_____" _____ 20 _____ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта,адрес)_____
2. Үлгінің атауы Наименование образца _____
3. Үлгілердің алынғын күні (Дата отбора образца)_____
4. Объекті пйдаланатын ИСК түрі (Вид ИИИ использующих объектом)

_____

5. Зерттеу әдісі (Метод исследования)_____
6. Зерттеу аспаппен жүргізілген (Исследования проводились прибором)

_____№_____

7. Сәйкестігі туралы куәлік (Свидетельство о поверке)
№_____(от) "__"_____күні 20_ ж.(г.)
8. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді
(Исследование образца проводились на соответствие НД)_____
9. Сәуле көздерінің орналасу сызбасы және бықылау нүктесі (Схема расположения источников и контрольных точек)

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

№ п/п	Ластанған жердің бақылау орыны Место контроля снимаемого загрязнения	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Анықталған белсенділік, Бк/см2 Обнаруженная активность, Бк/см2	
			Жиынтық альфа-белсенділік Суммарная альфа-активность	Жиынтық бета-белсенділік Суммарная бета-активность
1	2	3	4	5

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста

проводившего исследование)_____
_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О.(при наличии), подпись
заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____
_

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____
_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в ___ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
68-қосымша
Приложение 68
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ___ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ ___ № бұйрығымен бекітілген № 068/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 068/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Радионуклидтік терапиядан кейін пациенттердің экспозициялық дозасының қуатын өлшеуді жүргізу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ проведения измерений мощности экспозиционной дозы пациентов после радионуклидной терапии №_____ от "_____" _____ 20_____ ж.(г.)

1. Аты, жөні, тегі (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____ _____

2. Жеке басын куәландыратын құжаттар (Документы, удостоверяющие личность №_____ (куәлік, төлқұжат), (удостоверение, паспорт), кіммен берілген (кем выдан) _____
керектісін сызу (нужное подчеркнуть)

3. Мекен-жайы (Домашний адрес) _____

4. Қосымша деректор (Дополнительные данные) _____ _____

5. Тексеру барысында аспапта өлшеу жүргізілді (измерение проводились на приборе):
_____№_____

6. Тексеруі туралы куәлік (Свидетельство о поверке) № _____ _____

7. Өлшеу әртүрлі жақтан және әртүрлі деңгейде тұрған пациентке 1 м аралықта жүргізілді (Измерения проводились на расстоянии 1 м от стоящего пациента с разных сторон и на разных уровнях): _____

_____

8. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний)_____

_____

Органның атауы Наименование органа	Өлшенген ЭДҚ (мкЗв/ч) Измеренная МЭД (мкЗв/ч)	Рұқсат етілетін ЭДҚ (мкЗв/ч) Допустимая МЭД (мкЗв/ч)	Органның атауы Наименование органа	Өлшенген ЭДҚ (мкЗв/ч) Измеренная МЭД (мкЗв/ч)	Рұқсат етілетін ЭДҚ (мкЗв/ч) Допустимая МЭД (мкЗв/ч)
Алдынан (Спереди)			Оң жақтан (С правого бока)		
Қалқанша без (Щитовидная железа)			Қалқанша без (Щитовидная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		
Жыныс мүшелері (Половые органы)			Жыныс мүшелері (Половые органы)		
Артынан			Сол жақтан		
Қалқанша без (Щитовидная железа)			Қалқанша без (Щитовидная железа)		
Кеуде (Грудь)			Кеуде (Грудь)		
Асқазан (Желудок)			Асқазан (Желудок)		
Жыныс мүшелері (Половые органы)			Жыныс мүшелері (Половые органы)		

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста

проводившего исследование)_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего

лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической

экспертизы (заместитель) _____
_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____
_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
69-қосымша
Приложение 69
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 069/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 069/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Дайын тағамдар мен жартылай фабрикаттарды зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования готовых блюд и полуфабрикатов № _____от "____"_____ 20 ____ _ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката)_____
3. Іріктелген күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
4. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
5.Мөлшері(Объем)_____
6.Топтамалар саны (Номер партий)_____
7. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
8. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____
10. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____
11. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____ _____

12. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста

проводившего исследование) _____ _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы

(орынбасары) _____
_____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____
_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____
_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
70-қосымша
Приложение 70
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 070/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 070/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Елді мекендердің атмосфералық ауасының сынамасын іріктеу және зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ отбора и исследования проб атмосферного воздуха населенных мест №____ от "___" _____20___ж. (г.)

1. Ауа үлгісін алған орын (Место отбора образца воздуха)_

2. Үлгінің түрі (бір жолғы, тәуліктік орташа) (Вид образца (разовая, среднесуточная))_____

3. НҚ-ға сәйкес алынған үлгі (НД, в соответствии с которой произведен отбор образца)_____

4. Сынамалардың іріктелген күні мен уақыты (Дата и время отбора проб)_____ _____

5. Сынамалардың жеткізілу күні мен уақыты (Дата и время доставки проб)_____ _____

6. Үлгілерді алуда қолданылған өлшем құралы (Средства измерений, применяемые при отборе образца) _____

7. Сәйкестігі туралы мәлімет (Сведения о поверке) _____

8. Өңірдің сипаттамасы (Характеристика местности):

рельефі (рельеф) _____

жасыл желектер (зеленый массив) _____

оның биіктігі (его высота) _____

ластану көзінен ара қашықтығы (расстояние от источника загрязнения)_____ _

9. Жақын орналасқан нысандар (Близлежащие объекты)_____

10. Үлгіні алған адамның лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (Должность, фамилия, имя, отчество лица производившего отбор образца) қолы (подпись) _____ _____

11. Аудан өкілінің атқаратын қызметі, тегі, аты, әкесінің аты (Занимаемая должность представителя района, фамилия, имя, отчество)__ қолы (подпись) _____ _____

Нөмірлері Номера		Үлгілерді алған орын	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры	Метеорологиялық факторлар Метеорологические факторы		
Сүзгіштердің, жұтқыштардың	Кескіні бойынша алу нүктелерінің			Атмосфералық қысым, мм. сын. бағ.	Ауа температурасы Со Температуравоздуха	

Фильтров, поглотителей	Точек отбора по эскизу	Точка отбора образцов	НД на метод испытаний	Атмосферное давление мм. рт. ст.	Құрғақ Сухого	Ылғалды Влажного
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Метеорологиялық факторлар Метеорологические факторы				Алу уақыты (сағ.,мин) Время отбора (час,мин)		
Салыстырмалы ылғалдылығы Относительная влажность	Жел Ветер		Ауа райының жағдайы Состояние погоды	Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Аспирация жылдамдығы, л/минутпен Скорость аспирации, в л/мин
	Бағыты Направление	Жылдамдығы м/сек. Скорость				
8	9	10	11	12	13	14

Жұтқыштар мен сүзгіштердің нөмірі атмосфералық ауаны зерттеу нәтижелерін тіркеу журналынан көшіріп жазылады (Номера поглотителей и фильтров переписываются из журнала регистрации результатов исследования атмосферного воздуха).

Анықталатын заттың, ингредиенттің атауы Наименование определяемого вещества, ингредиента	Өлшем бірліктері, қанықтығын зерттеу нәтижесі Единицы измерения, результат исследования концентрации				Сәйкестігімензерттеуөткізілгенн орматывтікқұжаттама Нормативная документация в соответствии с которой проводились исследования
	Ең жоғары бір жолғы Максимально-разовая		Тәуліктік орташа Среднесуточная		
	Анықталған Обнаруженная мг/м3	РЕШШ ПДК	Анықталған Обнаруженная мг/м3	РЕШШ ПДК	
14	15	16	17	18	19

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны

Место печати

Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____

Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись) _____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
71-қосымша
Приложение 71
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 071/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 071/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №____

Жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауасынан сынаманы іріктеу және зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ отбора и исследования проб воздуха закрытых помещений и рабочей зоны № _____ от "____" _____20_____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)

2. Ауа үлгілерін алу орны (Место отбора проб воздуха (цех, участке, бөлімше, үй-жай, ғимарат класс және басқалар) (цех, участок, отд., помещение, здание, комната, класс и другие)

3. Соған сәйкес сынама жүргізілген НҚ (НД,согласно которой произведен отбор)

4. Іріктелген күні және уақыты (Дата и время отбора)

5. Жеткізілген күні мен уакыты (Дата и время доставки)

6. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

7. Сақтау жағдайы (Условия хранения)

8. Сынамаларды алу кезінде қолданылатын өлшеу аспаптары (Средства измерений, применяемые при отборе проб)

9. Тексеру туралы деректер (Сведения о поверке)

10. Үй-жайдың сипаттамасы (Характеристика помещения)

11. Жұмыс істейтін адамдар саны (Количество работающих человек)

12. Ластанудың негізгі көздері (Основные источники загрязнения)

13. Ауаның ластану көздері мен ауа сынамаларын алған жерлерді (алу нүктелерінің реттік нөмірі) көрсетуімен үй-жайдың (аумақтың, алаңның, жұмыс орнының және басқалардың) эскизі (Эскиз помещения (территории, площадки, рабочего места и другие) с указанием источника загрязнения и точек отбора проб воздуха (порядковые номера точек отбора)

14. Ауа сынамысын алуға қатысқан тексерілетін объект өкілінің лауазымы, тегі, аты , әкесінің аты (Должность, фамилия, имя, отчество представителя обследуемого объекта, присутствующего при отборе воздуха) қолы (подпись)

15. Технологиялық үрдістің сипаттамасы (Характеристика технологического процесса): Жұмыс істейтін құрал-жабдықтардың пайызы (Процент работающего оборудования)

16. Режимі (Режим) қолмен орындалатын операциялар (наличие ручных операций)

17. Ауа үлгісін алған адамның лауазымы Т.А.Ә (болған жағдайда) (Должность, Ф.И.О (при наличии), проводившего отбор воздуха) _____ _____ қолы (подпись)

18. Өлшеу нәтижелері (Результаты измерения

Нөмірлері Номера		Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры	Үлгілерді алған орын	Метеорологиялық факторлар Метеорологические факторы			
Сүзгіштердің,	Эскиз бойынша			Атмосфералық	Ауа температурасы Со Температура воздуха		

жұтқыштардың Фильтров, поглотителей	алу нүктелерінің Точек отбора по эскизу	НД на метод испытаний	Точка отбора образцов	қысым, мм. сын.бағ. Атмосферное давление мм.рт. ст.	Құрғақ Сухого	Ылғалды Влажного	Салыстырмалы ылғалдылығы Относительная влажность	Ауаның жылдамдығы Скорость движения воздуха
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ара қашықтық м, см Расстояние в м, см		Алу уақыты (сағ.,мин) Время отбора (час,мин)		
Еденнен От пола	Ластану көзінен От источника загрязнения	Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Аспирация жылдамдығы,л/минутпен Скорость аспирации, вл/мин
9	10	11	12	13

Сорғыштар мен сүзгілердің нөмірлері осы үлгінің (№__) артқы бетіне сай жүргізілетін жабық үй-жайлардың ауасын зерттеу нәтижелерін тіркейтін журналдан көшіріліп жазылады. Номера поглотителей и фильтров переписываются из журнала регистрации результатов исследования воздуха закрытых помещений, который ведется в соответствии с разворотом данной формы.

Анықталатын заттың, ингредиентті атауы Наименование определяемого вещества, ингредиента	Зерттеу нәтижелері, мг/м3 Результаты исследования в мг/м3		Зерттеу әдістемесі Методика исследования
	Ең жоғары – бір реттік Максимально-разовая		
	Анықталған қанықтық Обнаруженная концентрация	РЕШШ, ЗҚДА және басқалар ПДК, ОБУВ и другие	
14	15	16	17

Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді / (Исследование проб проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны
Место печати

Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____

Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись) _____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____
_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
72-қосымша
Приложение 72
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен Бекітілген № 072/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 072/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Жарықты өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерений освещенности № _____от "___" 20____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес) _____ _____ цех, учаске, сынып, бөлме, мекен-жайы (цех, участок, класс, комната)

2. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____ ___

3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) _____ _____

4. Фотоэлектрлік люксметр типі (Фотоэлектрический люксметр типа) (мүкаммал) (инвентарный) _____

5. Тексеру туралы деректер (Сведения о поверке)_____ күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

6. Өлшеулер жүргізуге және қорытынды беруге негіз болған НҚ (НД, в соответствии которой проводились измерения) атап өтіңіз (перечислить)_____ _____

7. Жабдықтардың, шамдардың орналасуы, жарық беретін құрылғылардың орналасуы (терезе, жарық беретін шамдар) көрсетілген және өлшеу нүктелері енгізілген үй-жайдың кескіні (Эскиз помещения с указанием расстановки оборудования , размещения светильников, расположения светонесущих конструкций (окон, световых фонарей) и нанесением точек замеров) _____ _____

8. Жасанды жарық өлшеу нәтижелері (Результаты измерения искусственной освещенности)

_____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Эскиз бойынша нүктенің нөмірі Номер точки по эскизу	Өлшеу орны Место измерения	Жұмыс разряды кіші разряд Разряд работы Под разряд	Жарықтандыру жүйесі жалпы, жергілікті, аралас Система освещения общее, местное, комбинированное	Шамның түрі, типі және маркасы Вид, тип и марка ламп	Өлшенген жарықтандыру люкспен Освещенность в люксах	Нормалар бойынша рұқсат етілген Допустимая по нормам, лк
1	2	3	4	5	6	7	8

						Бөлме ішіндегі табиғи жарық Естественная освещенность внутри помещения				

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Кескін бойынша нүкте нөмірі Номер точки по эскизу	Өлшеу орны Место измерения	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Жұмыс разряды Разряд, подразряд работы	Тәулік і өлшеу жүргізілген уақыты Время проведения замеров	Жоғары жарықтану кезінде При верхнем освещении		Бүйірінен жарық түсіру кезінде При боковом освещении		Құрастырылған жарықтану кезінде комбинированном освещении		Сыртқы жарық Наружная освещенность	ТЖК орташа мәні КЕО среднее значение
						ТЖК өлшенген КЕО измеренное	Норма бойынша рұқсат етілген Допустимая по нормам	ТЖК өлшенген КЕО измеренное	Норма бойынша рұқсат етілген Допустимая по нормам	ТЖК өлшенген КЕО измеренное	Норма бойынша рұқсат етілген Допустимая по нормам		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование образца проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны

Место печати

Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____

Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись) _____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
73-қосымша
Приложение 73
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен Бекітілген № 073/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 073/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Метеорологиялық факторларды өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерений метеорологических факторов № _____ от "____" _____20_____ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____

1. Өлшеу жүргізу орны (Место проведения измерений)_____ (цех, участке, бөлімше, ғимарат және басқалары(цех, участок, отделение, здание и другое)

2. Өлшеулер мақсаты (Цель измерения) _____

3. Өлшеулер тексерілетін объект өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в присутствии представителя обследуемого объекта) лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)_____

_____

4. Өлшеулер құралы (Средство измерений)_____ атауы , маркасы, мүкаммал нөмірі (наименование, марка, инвентарный номер)

1. Сәйкестігі туралы деректер (Сведения о поверке) _____ _____ күні және куәліктің, анықтаманың нөмірі (дата и номер свидетельства, справки) _____ _____

5. Өлшеу жүргізгенде және қорытынды бергенде негізге алынған НҚ (НД, в соответствии с которой проводились измерения и давалось заключение _____ _____ атап көрсетіңіз (указать)

6. Үй-жайдың сипаттамасы (Характеристика помещения):а) ауданы (площадь) общий____ м2;көлемі кубатура) _____м3 в) жұмыс істейтін адамдардың саны (Количество работающих человек) _____ г) ылғалды бөлу (влаговыделение):айтарлықтай (значительное), елеусіз (незначительное)_ _____ д) шамадан тыс жылу (избытки явного тепла): жоқ (отсутствуют), елеусіз (незначительное), айтарлықтай (значительные)

7. Жабдықтарының орналасуы мен өлшеу нүктелері көрсетілген үй-жай кескіні (Эскиз помещения с указанием размещения оборудования и нанесением точек замеров)

8. Атмосфералық ауаның метеорологиялық факторларын өлшеудің нәтижелері (Результаты измерений метеорологических факторов атмосферного воздуха):

а) құрғақ ауа температурасы (температура сухого воздуха) Со, ылғал ауаның (влажного)Со

б) салыстырмалы ылғалдылық (относительная влажность) %: _____ ____

в) қысымы мм. сын. бағ. (давление мм. рт. ст.): _____ ____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты замеров)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Кескін бойынша нүктелердің № № точек по эскизу	Өлшеу орны Место измерений	Ауырлық бойынша жұмыс санаты Категория работп о тяжести	Зерттеу әдістемен ің НҚ-ры НД на метод испытаний	Тәуліктің өлшеу жүргізілге н уақыты Время суток проведени я измерений	Ауа температурасы оС Температура воздуха оС		Ауаның салыстырмалы ылғалдылығы % Относительная влажность воздуха в %	
						өлшенген измереннная	Нормалар бойынша оңтайлы/ рұқсат етілген оптимальная/ допустимая по нормам	өлшенген измереннная	Нормалар бойынша оңтайлы/ рұқсат етілген оптимальная/ допустимая по нормам

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ауаның қозғалыс жылдамдығы Скорость движения воздуха не более м/с		Жылу шығару Тепловое излучение				
Өлшенген Измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/ рұқсат етілген оптимальная/ допустимая по нормам	Жылу шығару көзінің атауы Наименование источника излучения	Жылу көзінен ара қашықтық, сантиметрмен Расстояние от источника в см	Актинометр көрсеткіші Вт /м 2 Показание актинометра Вт/ м 2	Нормалар бойынша рұқсат етілген кВт/ м 2 Допустимое по нормам кВт/м 2	Ескертуге Примечание
11	12	13	14	15	16	17

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
74-қосымша
Приложение 74
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 074/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 074/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения №__от "____"_____күні 20 _____ ж. (г.)

1. Объктінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____
4. Іріктелген күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтама сана (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____
10. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора)_____
11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____
12. Сақтау жағдайы (Условия хранения)_____
13. Су үлгілерін консервациялау әдістері (Методы консервации образца воды)_____
14. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____ _____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Қолданыстағы нормативтік құқықтық актілердің (бұдан әрі – НҚА) атауы Наименование действующих нормативных правовых актов (далее - НПА)

Иісі (запах) 20оС кезіндегі баллдары(балы при 20оС)			
Иісі (запах) 60оС кезіндегі баллдары (балы при 60оС)			
Дәмі (привкус)20оС кезіндегі баллдары (балы при 20оС)			
Түстілігі (цветность) градустар (градусы)			
Лайлылығы(мутность) стандарттық шкала бойынша мг/дм3 (по стандартной шкале)			
pH			
Қалдық хлор (остаточный хлор) мг/дмм			
Еркін хлор (Свободный хлор) мг/дм3			
Байланыстағы хлор (Связанный хлор) мг/дм3			
Қалдық озон (Остаточный озон) мг/дм3			
Тотығуы (Окисляемость) мгО2/дм3			
Аммиак азоты (Азот аммиака) мг/дм3			
Нитриттер азоты (Азот нитритов) мг/дм3			
Нитраттар азоты (Азот нитратов) мг/дм3			
Жалпы кермектік (Общая жесткость) моль/дм3			
Құрғақ қалдық (Сухой остаток) мг/дм3			
Хлоридтер (Хлориды) мг/дм3			
Сульфаттар (Сульфаты) мг/дм3			
Темір (Железо) мг/дм3			
Мыс (Медь) мг/дм3			
Кадмий мг/дм3			
Мырыш (Цинк) мг/дм3			
Қорғасын (Свинец) мг/дм3			

Күшән (Мышьяк) мг/дм3			
Ртуть (Сынап) мг/дм3			
Фтор мг/дм3			
Молибден мг/дм3			
Бериллий (Be 2+) мг/дм3			
Қалдық аллюминий мг/дм3 (Остаточный аллюминий)			
Марганец мг/дмі			
Полифосфаттар (Полифосфаты) мг/дм3			
Бор (B) мг/дм3			
Селен (Se) мг/дм3			
Хром (Cr 6+)			
Хром (Cr 3+)			
Никель (Ni) мг/дм3			
Мұнай өнімдері/ Нефтепродукты, мг/дм3			
Полиакриламид мг/дм3			
Жергілікті жағдайға тән арнаулы заттар (Специфические вещества, характерные для местных условий) мг/дм3			

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего

исследование)_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы

(орынбасары) _____

_____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической

экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
75-қосымша
Приложение 75
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 075/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 075/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Жер үсті су объектісінің және ағынды су үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов поверхностных водных объектов и сточных вод №_____ от "____"_ _____күні 20_____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгінің атауы (Наменование образца)_____
3. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____
4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____
5. Іріктелген күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтама сана (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
10. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____
11. Іріктеу әдісіне НҚ (НД на метод отбора)_____
12. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____
13. Сақтау жағдайы (Условия хранения)_____
14. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей		Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Тексеру әдісінеқолданылған НҚ НД на методы исследования
Иісі Запах	Қарқындылығы, баллмен Интенсивность в баллах			
	Сипаты (суреттеледі) Характер (описать)			
	Жоғалу шегі (еселегенде) Порог исчезновения (в разведении)			
Түстілігі, градуспен Цветность в градусах				
Түсі (суреттеу) Цвет (описать)				
Түсінің жоғалу шегі (еселегенде) Порог исчезновения цвета (в разведении)				
Лай, тұнба (суреттеу) Муть, осадок (описать)				
Мөлдірлігі прозрачность				

Жүзіп жүрген қоспалар, қабыршақ Плавающие примеси, пленка мг/дм3				
Өлшенген заттар, мг/дм3 Взвешанные вещества				
pH				
Ерітілген оттегі мгO2/дм3 Растворенный кислород				
БПК-5, мг02/ дм3				
БПК-20, мг02/ дм3				
Тотығуы мг02/ дм3 Окисляемость				
ХПК, мг02/ дм3				
Сілтілігі мг-экв/дм3 Щелочность				
Қышқылдығы мг-экв/дм3 Кислотность				
Жалпы кермектігі моль/дм3 Жесткость общая				
Құрғақ қалдық мг/дм3 Сухой остаток				
Кальций мг/дм3				
Магний мг/дм3				
Жалпы темір мг/дм3 Железо общее				
Хлоридтер мг/дм3 Хлориды				
Сульфаттар мг/дм3 Сульфаты				
Азот	Аммиактың мг/дм3 Аммиака			
	Нитриттердің мг/дм3 Нитритов			
	Нитраттардың мг/дм3 Нитратов			
Фтор мг/дм3				
Мұнай өнімдері мг/дм3 Нефтепродукты				
Фенолдар мг/дм3 Фенолы				
Цианидтер мг/дм3 Цианиды				
Мыс мг/дм3 Медь				
Қорғасын мг/дм3 Свинец				
Мырыш мг/дм3 Цинк				

Үш валентті хром мг/дм3 Хром трехвалентный			
Алты валентті хром мг/дм3 Хром шестивалентный			
Сынап, мг/дм3 Ртуть			
Кадмий мг/дм3			
Марганец мг/дм3			
СБАЗ мг/дм3 СПАВ			
Табиғи уран Уран естественный			
Табиғи торий Торий естественный			
Радий 226			
Қорғасын 210 Свинец			
Стронций 90			
Цезий 137			
Басқа заттар Другие вещества			

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О., (при наличии), специалиста проводившего исследование)_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

_____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері /

сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____
_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
76-қосымша
Приложение 76
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 076/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 076/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тағам өнімдері үлгілерін зерттеу (антибиотиктердің қалдық мөлшері, гормондар, b-адреностимуляторлар, микробты трансглутаминаза, құрғақ сүттің массалық үлесі) ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов пищевых продуктов (остаточное количество антибиотиков, гормоны, b- адреностимуляторы, микробная трансглутаминаза, массовая концентрация сухого молока) № _____ (от) "____" _____ 20__ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес): _____

—

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца): _____
3.Үлгі атауы (Наименование образца): _____
4. Саны (Количество): _____
5. Зерттеу алу мақсаты (Цель исследования): _____
6. Мөлшері (Объем): _____
7. Топтама саны (Номер партий): _____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки): _____
9. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора): _____
10. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки): _____
11. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования): _____
12. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора): _____
13. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки): _____

_

14. Сақтау жағдайы (Условия хранения): _____
15. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения): _____

Зерттеу нәтижелері: (Результаты исследования)

Тағам өнімдеріндегі анықталынатын көрсеткіш атауы (антибиотиктердің, гормондардың және т.б. атауы бойынша тізбесі) Наименование определяемого показателя в продуктах питания (перечень антибиотиков, гормонов и т.д. по названию)	Группа показателей (антибиотики, гормоны, b-адреностимуляторы и т.д)	Анықтауға қолданылған әдіс Метод использованный для определения	Анықталған шоғырлану Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіштер Нормативные показатели	Зерттеу әдістеріне қолданылған НҚ НД на методы исследования
1	2	3	4	5	6
Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О. (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)	_____ _____				
Қолы (Подпись)	_____				
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)	_____				
Мекеме басшысы (орынбасары)					

Мөр орны	Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)	

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Зертхана нәтижелердің пайымдауын жүргізбейді/ Лаборотория не проводит интерпритации результатов

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
77-қосымша
Приложение 77
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 077/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа		Медицинская документация Форма № 077/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан

санитарно-эпидемиологической службы		от "____" _____ 2021 года №___

Бунақаяқтыларды энтомологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ энтомологического исследования членистоногих №____от "____" _____20____ж. (г.)

1. Өтініш білдірген адамның тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество обратившегося лица)_____
2. Жасы (Возраст)_____ Мекен-жайы (Адрес)_____
3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы, наименование детской организации)_____
4. Болжанған орынды айқындау (Предполагаемое место обнаружения)

_____

5. Бунақ аяқты түрі, жынысы
(Видовая принадлежность членистоногого, пол) _____
6.Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

__

7. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на
соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда). (Ф.И.О. (при наличии), специалиста
проводившего исследование)_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись
заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____
_____
_____
_____
_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
78-қосымша
Приложение 78
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 078/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 078/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Шайындыларды паразитологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ паразитологического исследования смывов №_____от "____" _____күні 20____ ж. (г.)

1. Объектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____

3.Үлгілер алу мақсаты (Цель исследования образца)_____

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____

6. Мөлшері (Объем)_____

7. Топтама сана (Номер партий)_____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____

9. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____

10. Іріктеу әдісіне НҚ (НД на метод отбора)_____

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)_____

Өлшеулер нәтижелері (Результаты измерений)

Үлгілер нөмірі Номер проб	Үлгі алынған орын және нүктелер Место и точки отбора	Нәтиже Результат	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), (Ф.И.О. (при наличии), специалиста

проводившего исследование)_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической

экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования

распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____
_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
79-қосымша
Приложение 79
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 079/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 079/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Анус айналасының қатпарынан қырындыны зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования соскоба с перианальных складок №_____от "_____" _____күні 20___ж.(г.)

1. Шаруашылық жүргізуші субъектінің, ұйымның атауы, мекен-жайы (Наименование хозяйствующего субъекта, организации, адрес)_____

2. Сынама алынған орын (Место взятия пробы)_____

3. Іріктеу уақыты (Время отбора)_____жеткізілу уақыты (доставки)_____

4. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____

5. Іріктеу әдісіне НҚ (НД на метод отбора),_____

6. Көлемі (Объем)_____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий)_____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____

9. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)_____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии)	Туған жылы Год рождения	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Ескертуге Примечание
1	2	3	4	5	6

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді / (Исследование проб проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____
_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
80-қосымша
Приложение 80
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 080/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 080/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Нәжісті, анус айналасының қатпарынан қырындыларды паразитологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ паразитологического исследования фекалий, соскобов с перианальных складок №_____ от "____" _____ 20____ж. (г.)

1. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого)_____

2. Жасы (Возраст)_____ Мекен-жайы (Адрес)_____

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы (Место работы, учебы, наименование детской организации)_____

4. Зерттеу алғашқы, кайталап, қорытынды (Исследование первичное, повторное, контрольное)_____

5. Зерттеу кезінде анықталды: (при исследовании обнаружены):_____

гельминт жұмыртқалары (яйца гельминтов)

6. Көлемін (Объем)_____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий)_____

_____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____

9. Қарапайымдар, вегетативті цисталар (Простейшие, вегетативные цисты)_____

10. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

_____

11. Үлгі (нің) НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста

проводившего исследование)_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись

заведующего лабораторией) _____

_____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____
_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
81-қосымша
Приложение 81
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 081/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 081/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Қанды безгекке зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования крови на малярию №_____от "____" _____20____ж. (г.)

1. Қан препараттарын паразитологиялық зерттеу (паразитологическое исследование препаратов крови): оның ішінде (в том числе) "жұқа жағындылар" (" тонких мазков")_____

"қалың тамшылар" ("толстых капель")_____

2.Тексерілушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) обследуемого)_____

3. Жасы (Возраст) _____Тұрғылықты мекен-жайы (Адрес места жительства) _____

4. Безгек ауруының қоздырғыштары анықталды (Обнаружены возбудители малярии)_____

паразиттің қысқартылған туыстастық және толық түр атауын көрсетіңіз (мысалы: P.vivax)

(указать сокращенное родовое и полное видовое название паразита (н-р: P.vivax))

5. Паразитемияның қарқындылығы (Интенсивность паразитемии)_____

6. Мөлшері (Объем)_____

7. Топтама сана (Номер партий)_____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки) _____

9.Зерттеу әдістеменің НҚ-ы (НД на метод испытаний) _____

10. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)_____

Қолы (Подпись)_____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в_____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
82-қосымша
Приложение 82
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 082/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 082/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__

Паразиттік ауруларға серологиялық зерттеулер ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ серологических исследований на паразитарные заболевания №_____от "____"_____ 20____ж. (г.)

1. Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии),
обследуемого)_____
2. Диагнозы (Диагноз)_____
_____ -ға қанның, нәжістің, тағы басқалардың үлгілерін зерттегенде
(При исследовании образцов крови, фекалий и других на)_____
және (и)_____
3. Ауру күні (день болезни в) _____анықталды (обнаружено)
4. Реакцияның түрі (вид реакции) _____
5. Антиденелер (антитела)_____
6. Мөлшері (Объем)_____
7. Топтама сана (Номер партий)_____
8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
9. Антигендер (антигены)_____
10. Зерттеу нәтижелері (Результат исследования) _____
11. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____
_____

12. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на
соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)_____
_____

Қолы (Подпись)_____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы
(орынбасары) _____
_

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической
экспертизы (заместитель) _____
_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
83-қосымша
Приложение 83
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 083/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 083/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Санитариялық-паразитологиялық зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ санитарно-паразитологического исследования №_____от "____"_____ 20____ ж. (г.)

1. Заявитель (Мәлімдеуші) _____
2. Үлгіні тіркеу нөмірі (Регистрационный номер образца)_____ _____
3. Үлгінің атауы мен саны (Наименование и число образцов)_____ _____
4. Ыдысы, орауы, маркалануы (тара, упаковка, маркировка)_____ _____
5. Дайындалған күні (Дата изготовления)_____
6. Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____
7. Мөлшері (Объем)_____
8. Топтама нөмірі (Номер партий)_____
9. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____
10. Жарамдылық мерзімі (Срок годности)_____
11. Үлгі алу орны, ұсынушы (Место отбора образца, предъявитель)_____ _____
12. Үлгінің келіп түскен күні (Дата поступления образца) "____" _____ 20____ж. (г.)
13. Зерттеу мақсаты (Цель исследования)_____
14. Нормативтік құжаттарға сәйкестігіне (На соответствие нормативной документации)_____
15. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)_____ ___
16. Нәтижелер берілген күн (Дата выдачи результатов) "__"___ 20 ___ ж

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

17. Зерттеу әдістемесінің НҚ-ы (НД на метод испытаний) _____
18. Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді (Исследование проб проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)_____ _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____ _____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____

_____

_____

_____

_____

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

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 084/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 084/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Топырақ үлгілерін зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов почвы №_____(от) "____" _____күні 20___ж. (г.)

1. Обектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес)_____
2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца)_____
3. Сынамалар алу мақсаты (Цель исследования образца)_____
4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____
5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____
6. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____
7. Үлгі алу әдісіне НҚ (НД на метод отбора)_____
8. Тасымалдау жағдайлары (Условия транспортировки)_____
9. Сақтау жағдайы (Условия хранения)_____

Көрсеткіштердің атауы Наименование показателей	Өлшеу бірлігі Единица измерения	НҚ НҚ бойыншанорма Норма по НД	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеуәдісіне НҚ НД на метод испытания
1	2	3	4	5	6

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /
(Исследование проб проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____
_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____
_____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____
_____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____
_____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов): _____

_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
85-қосымша
Приложение 85
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 085/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа		Медицинская документация Форма № 085/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан

санитарно-эпидемиологической службы		от "____" _____ 2021 года №___

Дайын тағамдарды, рациондарды құнарлығына зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования готовых блюд, рационов на калорийность № _____(от) "____"_____ ____ 20 ж. (г.)

Объектінің атауы, мекен-жайы (Наименование объекта, адрес)

_____

Тағамның, жартылай фабрикаттың атауы (Наименование блюда, полуфабриката) _____

Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора)_____

Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки)_____

Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования)_____

Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения) _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тағамдардың атауы Наименование блюд	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Үлестің салмағы граммен Вес порции в граммах		Салмағы граммен (г) Вес в граммах (г)				
						Гарнирдің гарнира		Еттің, балықтың мяса, рыбы	
			Рецепт бойынша По рецептуре	Іс жүзінде Фактически	Іс жүзіндегі тығыз бөлігі Плотной части фактически	Рецепт бойынша По рецептуре	Іс жүзінде Фактически	Рецепт бойынша По рецептуре	Іс жүзінде Фактически
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Химиялық құрамы, өлшем бірлігі - г Химический состав в единицах измерения - г									

Құрғақ заттар Сухие вещества			Белоктар-көмірсулар белки-углеводы		
Рецепт бойынша По рецептуре	Ең төменгі рұқсат етілетін Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Рецепт бойынша По рецептуре	Төменгі рауалы Минимально допустимые.	Іс жүзінде Фактически
11	12	13	14	15	16
Химиялық құрамы, өлшем бірлігі г Химический состав в единицах измерения г					

Белоктар Белки			Майлар Жиры			Көмірсулар Углеводы		

Рецепт бойынша По рецептуре	Төменгі рұқсат етілетін Минимальнодопустимые	Іс жүзінде Фактически	Рецептбойынша Порецептуре	Төменгі рауалы Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Рецепт бойынша По рецептуре	Төменгі рауалы Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически
17	18	19	20	21	22	23	24	25

Құнарлылығы Калорийность			Ауытқуы Отклонение				
Теория жүзінде Теоретическая	Төменгі рұқсат етілетін Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Белоктар Белки	Майлар Жиры	Көмірсулар Углеводы	Құнарлылығы Калорийность	"С" вит. болуы (мг %) Содержание вит. "С"(мг%)
26	27	28	29	30	31	32	33

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді /

(Исследование проб проводились на соответствие НД)_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)_____

_____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией)

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____

___

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель) _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О.(при наличии), подпись)

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в_____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/ Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Санитариялық дәрігердің немесе гигиенист дәрігердің зерттелген өнімдердің, химиялық заттардың, физикалық және радиациялық факторлардың үлгілері / сынамалары туралы қорытындысы (Заключение санитарного врача или врача-гигиениста по образцам/пробам исследуемой продукции, химических веществ, физических и радиационных факторов):_____
_____

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
86-қосымша
Приложение 86
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 086/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 086/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Қоректік орталардың сапасын зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования качества питательных сред № ____ От " " 20 ж.(г.)

Келісім шарт бойынша келіп түскен сынамалар (Образцы, поступившие по договору): _____

1. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы мекен жайы (Наименование учреждения, направившего образец, адрес): _____

_

2. Атауы (наименование): _____

3. Саны (количество): _____

__

4. Сынаулардың басталуы (дата начала исследования): _____

_

5. Сынаулардың аяқталуы (дата окончания исследования): _____

___

6. Сынау түрі (Вид испытаний): _____

_

Среды	Специфическая активность	Тест-штамм (коллекция)	Разведение	Инкубация и время	Результаты роста
1	2	3	4	5	6

Үлгіні зерттеу НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді (Исследование проводились на соответствие НД) _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при наличии), должность специалиста проводившего исследование) _____

_____

Қолы (Подпись) _____

_____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

_____

Мөр орны

Место печати

Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы _____

_____

Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О. (при наличии), подпись) _____

_____

Хаттама __ данада толтырылады (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынамаларды жүргізу шарттары (условия проведения испытаний): температура___ __ , ылғалдылығы (влажность) _____

Хаттама берілген күні (Дата выдачи протокола) " ____ " _____ 20___(ж)г

Парақтар саны (Количество страниц) _____

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
87-қосымша
Приложение 87
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 087/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 087/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Радонның және оның ауада ыдырауынан пайда болған өнімдердің бар болуын өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерений содержания радона и продуктов его распада в воздухе № _____от "__" _____ 20__ ж.(г.)

1. Обьектінің атауы, мекенжайы (Наименование объекта, адрес) _____ _____

2. Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений)_____ _____

3. Өлшеулер объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді _____ ___

(Измерения проведены в присутствии представителя объекта)

4. Өлшеу мақсаты (Цель измерения)_____ ___

5. Өлшеу құралдары (Средства измерений) атауы, түрі, зауыттық нөмірі (наименование, тип,

заводской номер)_____

6. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке)_____

_____

берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)_____

_____

Өлшеу нәтижелері (Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген орны (Место проведения измерений)	Радонның өлшенген, теңсалмақты, баламалы, көлемді белсенділігі Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона Бк/м3) Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м2·сек)	(Бк/м3 Рұқсат етілетін концентрациясы) (Допустимая концентрация Бк/м3) Ағынның шекті тығыздығы (мБк/м2·сек) (Допустимая плотность потока (мБк/м2·сек)	Желдету жағдайы туралы белгілер (Отметки о состоянии вентиляции)
1	2	3	4	5

Үлгінің НҚ-ға сәйкестігіне зерттеулер жүргізілді _____

(Исследование проводились на соответствие НД)

Хаттама _____данада толтырылады (Протокол составляется в _____ экземплярах

Зерттеу жүргізген лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы (Исследование

проводил, должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)_____

_____

_____

_____

Зертхана меңгерушісінің қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя,

отчество (при наличии),подпись заведующего лабораторией)

_____

Мөр орны Санитария-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары)

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

_____

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
88-қосымша
Приложение 88
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 088/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 088/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Өнеркәсіп кәсіпорындарын өлшеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ измерений промышленных предприятий № _____(от) "__" _____ 20__ ж.(г.)

1. Объектінің атауы, мекен жайы (Наименование объекта, адрес)_____

2. Өлшеулер жүргізілген орын (Место проведения замеров) _____

___

(бөлім, цех, квартал) (отдел, цех, квартал)

3. Өлшеу мақсаты (Цель измерения) _____

4. Өлшеулер тексерілетін объекті өкілінің қатысуымен жүргізілді (Измерения проводились в

присутствии представителя обследуемого объекта) _____

5. Өлшеулер құралдары (Средства измерений) _____ атауы, түрі, инвентарлық нөмірі (наименование, тип, инвентарный номер)

6. Тексеру туралы мәліметтер (Сведения о поверке) _____ ____ берілген күні мен куәліктің нөмірі (дата и номер свидетельства)

7. Үлгіні зерттеулер НҚ-ға сәйкестігіне жүргізілді _____

(Исследование образца проводились на соответствие НД)

Өлшеу нәтижелері

(Результаты измерений)

Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	Өлшеу жүргізілген орын (Место проведения измерений)	Дозаның өлшенген қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек)) Еденнен жоғары (топырақтан) (На высоте от пола (грунта))		Альфа-бөлшектер тығыздының ағыны, Бк/см2 (б/ см2 х мин) (Плотность потока альфа-частиц, Бк/см2(част/см2 х мин))		Бета-бөлшектер тығыздының ағыны, Бк/см2 (б/см2 х мин) (Плотность потока бета-частиц, Бк/см2(част/см2 х мин))	
		Зерттеу нәтежиелері (Результаты измерений)	Дозаның рұқсат етілетін қуаты (мкЗв/час, н/сек) (Допустимая мощность дозы (мкЗв/час, н/сек))	Зерттеу нәтежиелері (Результаты измерений)	Рұқсат деңгейі (Допустимые уровни)	Зерттеу нәтежиелері (Результаты измерений)	Рұқсат деңгейі (Допустимые уровни)
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование) _____ _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____ _____

Мөр орны Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (орынбасары) _____

Место печати Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель)

_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Хаттама ____ данада толтырылады (Протокол составляется в ____ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН (Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
89-қосымша
Приложение 89
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 089/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 089/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Шаң сынамаларын зерттеу ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ исследования образцов пыли №____ ____ от "____" _____20____ж. (г.)

1. Үлгі атауы (Наименование образца): _____

2. Үлгі алынған орын (Место отбора образца) _____

4. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений, направивший образец) ___

5. Саны (Количество): _____

3. Зерттеу мақсаты (Цель исследования): _____

4. Алынған күні мен уақыты (Дата и время отбора): _____

5. Жеткізілген күні мен уақыты (Дата и время доставки): _____

6. Зерттеу күні мен уақыты (Дата и время исследования): _____

7. Үлгіні зерттеу НҚ-ғасәйкестігіне жүргізілді

8. (Исследование образца проводились на соответствие НД)

9. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки): _____

10. Сақтау жағдайы (Условия хранения): _____

11. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения): _____

__

12. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования):

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгінің нөмірі Номер образца	НҚ бойынша нормасы Норма по НД	Нақты көрсеткіші Фактический показатель	Сынақ әдісітеріне НҚ НД на метод испытаний
1	2	4	5	

Хаттама _____ данада толтырылады (Протокол составляется в ____ экземплярах)

Зерттеу жүргізген (Исследование проводил) _____

_

(лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Зертхана меңгерушісінің қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись заведующего лабораторией _____

_____

Мөр орны

Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама орталығының басшысы (директор орынбасары)

_____

_____

(аты, тегі, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы)

Место печати

Руководитель Центра санитарно-эпидемиологической экспертизы (заместитель директора)

_____

_____

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

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады (Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям)

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН (Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
90-қосымша
Приложение 90
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 090/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 090/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__ _____

Әкімшіліктің құқық бұзушылығы туралы ХАТТАМА ПРОТОКОЛ об административном правонарушении № _____ 20_____ жыл (года) " " _ часов минут уақыт (время)

_____
_____
_____
толтырылу орны (место составления)
Мен (мною)
_____
_____
толтырушының лауазымы мен аты-жөні (должность, фамилия и инициалы лица, составившего протокол)
Санитариялық - эпидемиологиялық тексеру кезінде

При санитарно-эпидемиологическом обследовании: _____

құқық бұзушылық болған орын мен уақыт, (место и время совершения нарушений заңды тұлғаның аты-жөні (наименование юридического лица) немесе лауазымды тұлғаның немесе жеке кәсіпкердің қызметі, аты-жөні, мекен-жайы

(или должность, фамилия и инициалы должностного лица или индивидуального предпринимателя, адрес)

(на основании)_____

_____

_____

санитариялық-эпидемиологиялық тексеру актісінің, (акта санитарно-эпидемиологического обследования,

зертханалық тексерулер актілері, тұлғалардың өтініштері /лабораторных исследований, обращений лиц) негізінде

анықталды (установлено): _____

_____

_____

Әкімшілік құқық бұзушылықтың мәні (существо административного правонарушения)

санитариялық-эпидемиологиялық қағидалар немесе гигиеналық нормативтердің немесе басқа да нормативтік құқықтық актілер талаптарының бұзылуы болып есептеледі (что является нарушением требований санитарно- эпидемиологических правил и норм либо гигиенических нормативов, либо иных нормативных правовых актов)

_____

құқық бұзушылықтың тармақтарын көрсетіңіз (указать пункты нарушения)

"Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасының Кодексінің (бұдан әрі - ҚР ӘҚБК) құқық бұзушылығы үшін ҚР ӘҚБК-нің әкімшілік жауапкершілікті көздейтін ерекше бөлімі (особенной части КодексаРеспублики Казахстан "Об административных правонарушениях" (далее – КоАП РК), предусматривающая административную ответственность за данное правонарушение КоАП РК)

_____

Өндіріс тілі (Язык производства) _____

Әкімшілік құқық бұзушылық жасаған тұлғаларға байланысты мәлімет: жеке, лауазымды тұлға жеке кәсіпкер (Сведения о лицах, в отношении которых возбуждено административное дело: физическое, должностное лицо, индивидуальный предприниматель) _____

_____

Аты-жөні (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

Туған күні, жылы, уақыты (число, месяц, год, рождения) _____

Құқық бұзушының жеке басын куәландыратын құжаттың атауы мен деректемелері (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность правонарушителя)_ _____

Азаматтығы (гражданство) _____

Жұмыс орны, лауазымы, ұйымның мекенжайы, факс, ұялы байланыс және (немесе) электрондық мекенжай (егер бар болса) (место работы, занимаемая должность, адрес организации, факс, сотовая связь и (или) электронный адрес (если они имеются))

Тұрғылықты мекен жайы мен телефоны (адрес местожительства и телефон)_____ _____

(жеке куәліктің нөмірі мен берілген күні № свидетельства индивидуального предпринимателя и дата выдачи)

Заңды тұлға (юридическое лицо)

_____

басшының толық аты-жөні, мекенжайы, ұйымдастырушылық-құқықтық түрі, заңды тұлға ретінде мемлекеттік тіркеу нөмірі мен күні, банк деректемелері, заңды өкілдің телефон нөмірі, факс, ұялы байланыс және (немесе) электрондық мекенжай (егер бар болса) (полное наименование, фамилия, имя, отчество руководителя, местонахождение, организационно-правовая форма, номер и дата государственной регистрации в качестве юридического лица, банковские реквизиты, телефон законного представителя, факс, сотовая связь и (или) электронный адрес (если они имеются))

Әкімшілік іс қозғалған салық төлеушінің тіркеу нөмірі (регистрационный номер налогоплательщика - лица, в отношении которого возбуждено административное дело)

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында бұрын әкімшілік жауапкершілікке тартылуы (привлекался ли ранее к административной ответственности в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения __ _____

Іс қозғалған тұлғаның түсіндірме беруі (объяснение лица, в отношении которого возбуждено дело) _____ _____

_____

_____

Аудармашының, қорғаушының көмегін қажет ету немесе бас тарту белгісі (отметка о необходимости помощи переводчика, защитника или об отказе от такой помощи) ___ _____

_____

ҚРӘҚБК 744,810,811 баптарында көзделген істі қозғау бойынша тұлғаның, сондай-ақ басқа қатысушылардың құқықтары мен міндеттерін түсіндіру туралы белгі (отметка о разъяснении прав и обязанностей лицу, в отношении которого возбуждено

дело, а также другим участникам производства по делу, предусмотренных статьями 744,810,811 КоАП РК _____

Түсіндірме беруден, қол қоюдан бас тарту белгісі (отметка об отказе от подписи лица, от дачи объяснения) _____

_____

Жәбірленуші мен куә болған жағдайда олардың аты-жөндері, мекенжайлары мен қолдары (при наличии потерпевших и свидетелей, а также в случаях участия понятых, их фамилии, имена, адреса и подписи

_____

Хаттамаға қосымша құжаттар (к протоколу прилагаются документы):

_____

Істі қарауға қажет басқа да мәліметтер (иные сведения, необходимые для разрешения дела)_____

_____

Хаттаманың көшірмесін алдым (копию протокола получил) _____

_____

әкімшілік құқық бұзушының қолы мен алған күні

(подпись лица, совершившего административное правонарушение и дата получения)

Хаттама толтырушы тұлғаның аты-жөні мен қолы (Ф.И.О. (при наличии) и подпись должностного лица, составившего протокол) _____

_____

Істі қарауға қажет басқа да мәліметтер (иные сведения, необходимые для разрешения дела) _____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
91-қосымша
Приложение 91
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 091/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 091/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Құқықтарды талқылау ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ разъяснения прав

20_____ ж.(г.) _____ " " _____қаласы (ауылы)

Мен (Я), _____

_____

ҚР ӘҚБК 744 және 810-811 баптарымен таныстырдым

ознакомила со ст.744 и 810-811 КоАП РК азамат(ша) (гражданина(ку)

744-бап. Өзіне қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізіліп жатқан тұлға

Өзіне қатысты әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізіліп жатқан тұлға хаттамамен және істің басқа да материалдарымен танысуға, түсініктемелер беруге, хаттаманың мазмұны мен ресімделуі жөнінде ескертулер жасауға, дәлелдемелер ұсынуға, өтінішхаттар, оның ішінде істі сотта кешіктірмей қарау және әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыны тез арада заңды күшіне енгізу туралы өтінішхаттар мен қарсылықтарды мәлімдеуге, қорғаушының заң көмегін пайдалануға, істі қарау кезінде ана тілінде немесе өзі білетін тілде сөйлеуге және егер іс жүргізіліп отырған тілді білмесе, аудармашы көрсеткен қызметтерді өтеусіз пайдалануға; іс бойынша іс жүргізуді қамтамасыз ету шараларының қолданылуы бойынша, нақты деректерге және мән-жайларға сәйкес келмейтін мәліметтер көрсетілген жағдайда, әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттаманы жасау кезінде заңның бұзылуына, айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқамаға және іс бойынша қаулыға шағыммен жүгінуге; істегі құжаттардан үзінді көшірме жасауға және олардың көшірмелерін түсіріп алуға, сондай-ақ өзіне осы Кодексте берілген өзге де процестік құқықтарды пайдалануға құқылы.

810-бап. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізудің негіздері

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы істер бойынша, оның ішінде 44-баптың бірінші бөлігінің бірінші абзацына сәйкес айыппұл түрінде әкімшілік жаза көзделген соттың ведомстволық бағыныстылығына жатқызылған, сондай-ақ оның жасалу фактісін мойындайтын және айыппұлды осы Кодекстің Ерекше бөлімінің бабындағы санкцияда көрсетілгеннен елу пайызы мөлшерінде төлеуге келіскен және ұсынылған дәлелдемелерге шағым жасамайтын, оны жасаған адам анықталған істер бойынша қысқартылған іс жүргізу жүзеге асырылады.

811-бап. Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қысқартылған іс жүргізу тәртібі

1. Әкімшілік құқық бұзушылық анықталған және оны жасаған тұлға белгілі болған кезде осы Кодекстің 804 немесе 805-баптарында аталған уәкілетті адам әкімшілік іс жүргізуді қозғайды, тұлғаға айыппұлды осы Кодекстің Ерекше бөлігі бабының санкциясында көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде жеті тәулік ішінде төлеу құқығын түсіндіреді және қажет болған жағдайда белгіленген үлгідегі түбіртекті табыс етеді.

Егер әкімшілік құқық бұзушылық автоматты режимде жұмыс істейтін сертификатталған арнайы техникалық бақылау-өлшеу құралдарымен және аспаптармен тіркелсе, адамның айыппұлды белгіленген үлгідегі түбіртекпен бірге айыппұл төлеу қажеттігі туралы нұсқама тиісінше жеткізілген кезден бастап жеті тәулік ішінде көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде төлеуге құқығы бар.

2. Айыппұлды көрсетілген айыппұл сомасының елу пайызы мөлшерінде жеті тәулік ішінде төлеген жағдайда іс мәні бойынша қаралды, шешім заңды күшіне енді, ал адам әкімшілік жауаптылыққа тартылды деп есептеледі.

Осы Кодекстің 47-тарауында көзделген жағдайларды қоспағанда, осы тараудың қағидалары бойынша қаралған іс қайта қаралуға жатпайды.

3. Осы баптың бірінші бөлігінде көзделген құқық пайдаланылмаған немесе тиісінше пайдаланылмаған жағдайда әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізу жалпы тәртіппен жүзеге асырылады.

Статья 744. Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении

Лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, вправе знакомиться с протоколом и другими материалами дела, давать объяснения, делать замечания по содержанию и оформлению протокола, представлять доказательства, заявлять ходатайства, в том числе о незамедлительном рассмотрении дела в суде и немедленном вступлении постановления по делу об административном правонарушении в законную силу, и отводы, пользоваться юридической помощью защитника, при рассмотрении дела выступать на родном языке или языке, которым владеет, и безвозмездно пользоваться услугами переводчика, если не владеет языком, на котором ведется производство; обратиться с жалобой по

применению мер обеспечения производства по делу, на нарушение закона при составлении протокола об административном правонарушении в случае указания сведений, не соответствующих фактическим данным и обстоятельствам, на предписание о необходимости уплаты штрафа и постановление по делу; делать выписки и снимать копии с имеющихся в деле документов, а также пользоваться иными процессуальными правами, предоставленными ему настоящим Кодексом.

Статья 810. Основания сокращенного производства по делу об административном правонарушении

Сокращенное производство осуществляется по делам об административных правонарушениях, в том числе по делам, отнесенным к подведомственности суда, за которое предусмотрено административное взыскание в виде штрафа согласно абзацу первому части первой статьи 44, а также установлено совершившее его лицо, которое признает факт его совершения и согласно с уплатой штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной в санкции статьи Особенной части настоящего Кодекса и не обжалует представленные доказательства.

Статья 811. Порядок сокращенного производства по делу об административном правонарушении

1. При обнаружении административного правонарушения и установлении совершившего его лица уполномоченное лицо, указанное в статьях 804 или 805 настоящего Кодекса, возбуждает административное производство, разъясняет лицу право оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной в санкции статьи Особенной части настоящего Кодекса суммы штрафа в течение семи суток и при необходимости вручает квитанцию установленного образца.

Если административное правонарушение зафиксировано сертифицированными специальными контрольно-измерительными техническими средствами и приборами, работающими в автоматическом режиме, лицо имеет право оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной суммы штрафа в течение семи суток с момента надлежащего доставления предписания о необходимости уплаты штрафа с квитанцией установленного образца.

2. В случае оплаты штрафа в размере пятидесяти процентов от указанной суммы штрафа в течение семи суток дело считается рассмотренным по существу, решение – вступившим в законную силу, а лицо – привлеченным к административной ответственности.

Пересмотру не подлежат дела, рассмотренные по правилам настоящей главы, за исключением случаев, предусмотренных главой 47 настоящего Кодекса.

3. В случае неиспользования или ненадлежащего использования права, предусмотренного частью первой настоящей статьи, производство по делу об административном правонарушении осуществляется в общем порядке.

Айғақты (Показание желаю давать на) _____ тілінде беремін (языке). Аудармашының көмегін (в услугах переводчика) _____ _____ қажет етемін, қажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь)Қорғаушының көмегін (в услугах адвоката) _____ қажет етемін, қажет етпеймін (нуждаюсь, не нуждаюсь) ҚР ӘҚБК 744 және 810-811 баптарына сәйкес құқықтар түсіндірілді (Согласно ст.744 КоАП РК и ст. 810-811 права мне разъяснены) _____ _____ қолы (подпись) Іс материалдарымен таныстым (с материалами дела ознакомлен (на)) _____ қолы (подпись) Құқықтарды талқылау хаттамасын жарияладым (Протокол разъяснения прав объявил) _____ _____тегі, лауазымы, қолы (фамилия, должность, роспись) __ _____

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

Ескерту. 92-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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		Медицинская документация Форма № 092/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от

о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		"____" _____ 2021 года №_____

Жұмыстан уақытша шеттету жөнінде жедел ден қою шараларын қолдану Бас мемлекеттік санитариялық 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)

_____

_____

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 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 сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО

Қаулы _____ данада жасалды.

Постановление составлено в ___ экземплярах.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
93-қосымша
Прилжение 93
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 №093/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 093/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Инфекциялық және паразиттік аурулармен тығыз байланыста болған адамдарды жұмыстан (оқудан) уақытша шеттету туралы ҚАУЛЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ о временном отстранении от работы (учебы) лиц состоявших в близком контакте с инфекционным и паразитарным больным №_____

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

Мемлекеттік Бас санитариялық дәрігер (орынбасары)

(Главный государственный санитарный врач (заместитель)

_____

(керегінің астын сызыңыз) тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Т.А.Ә. (болған жағдайда))

(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при наличии), (Ф.И.О(при наличии))

_____

_____

ұсынылған мына материалдарды қарап (атап көрсетіңіз)
(рассмотрев представленные
материалы (перечислить) _____

_____

_____

_____

мыналарды анықтадым (установил)_____

_____

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы
(указать характер нарушений требований законодательства Республики
Казахстан

_____

Қазақстан Республикасының заңнама талаптарын бұзу сипатын көрсетіңіз
в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения)

_____

_____

_____

_____

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасының негізінде (На основании подпункта на подпункт 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения")

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВИЛ):

(временно отстранить от работы с) 20 ___ жылғы (года) "___" _____
бастап,

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

_____

_____

лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), шаруашылық субъектінің толық атауы
(должность, Ф.И.О. (при наличии), полное наименование хозяйствующего объекта)

_____

_____

_____

_____ уақытша жұмыстан босатылсын.

Осы қаулының орындалу жауапкершілігі (ответственность за выполнение
настоящего постановления возлагается на)_____

_____

лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), (должность, Ф.И.О. (при наличии))

_____

_____жүктелсін.

Мөр орны Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының басшысы

Место печати (Руководитель государственной организации санитарно-эпидемиологической службы) (орынбасары (заместитель))

_____

_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил)_____

_____

(атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), алған күні, қолы)

(занимаемая должность, Ф.И.О. (при наличии), дата получения, подпись)

_____

_____

Қаулы (Постановление составлено в)___данада толтырылды (экземплярах).

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

Ескерту. 94-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 органа 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) _____

_____

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)

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)

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)

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).

Халықтың 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.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
94-1-қосымша
Нысан
А4 Форматы

Биологиялық қауіпсіздік саласында жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулы
Постановление о применении меры оперативного реагирования в области биологической безопасности

Ескерту. Бұйрық 94-1-қосымшамен толықтырылды – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 09.09.2022 № ҚР ДСМ-96 (23.11.2022 бастап қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен; алып тасталды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
95-қосымша
Приложение 95
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 № 095/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 095/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №____

Санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы ҚАУЛЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ о проведении санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий №_____ _____

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

Мен, Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер (орынбасары)

Я, Главный государственный санитарный врач (заместитель) _____

_____

мына құжаттарды қарап, (рассмотрев документы) _____

_____

_____

анықтадым (установил)_____

_____

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабының 2-тармағының 3) тармақшасы негізінде (На основании подпункта на подпункт 3 пункта 2 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения") ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВЛЯЮ):

_____

_____мына іс-шаралар орындалсын: (выполнить следующие мероприятия)

_____

_____

_____

Осы қаулыны орындау туралы ақпарат (Информацию о выполнении настоящего постановления представить в)_____

_____ (к) 20___жылғы (года) "___"

_____ ұсынылсын.

Мөр орны (Басқарма басшысы/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйым басшысының орынбасары/ Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымының басшысы

_____ тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы

Место печати (Руководитель управления/ Заместитель Руководителя государственной организации санитарно-эпидемиологической службы/ Руководитель государственной организации санитарно-эпидемиологической службы) (орынбасары (заместитель))

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Қаулыны алдым (Постановление получил)_____

атқаратын лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), алған күні, қолы (занимаемая должность, фамилия, имя, отчество (при наличии), дата получения, подпись)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
95-1-қосымша

Нысан
А4 форматы

Бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсыным Рекомендация об устранении нарушений, выявленных по результатам профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора

Ескерту. Бұйрық 95-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 20.04.2023 № 77 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

20___ жылғы "___" _____ №_____
"___" _____20___ года №_____

_____
(мемлекеттік органның атауы/наименование государственного органа)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы 4- тармағына сәйкес Сізді хабардар етеді (В соответствии с пунктом 4 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" уведомляет Вас)

_____
__

(бақылау және қадағалау субъектісінің атауы, жеке сәйкестендіру нөмірі/ бизнес-сәйкестендіру нөмірі/наименование, индивидуальный идентификационный номер/бизнес-идентификационный номер, субъекта (объекта) контроля и надзора)

Объектінің орналасқан жері (Местонахождение объекта): _____
__

_____
__

(индексі, облыс, қала, мекен-жайы/индекс, область, город, адрес)

бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша (по результатам профилактического контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора)

мынадай бұзушылық (бұзушылықтар) анықталды (установлено (установлены) следующее (следующие) нарушение (нарушения)):

р/с № п/п	Нормативтік құқықтық актілердің баптарына, тармақтарына, тармақшаларына сілтеме жасай отырып, бұзушылық сипатының сипаттамасы (Описание характера нарушения, со ссылкой на статьи, пункты и подпункты нормативных правовых актов, положения которых нарушены)	Бұзушылықтарды растайтын құжаттардың деректемелері мен атаулары (Реквизиты и наименования документов, подтверждающих нарушения)

(Бұзушылықтың әрбір фактісі жеке тармақпен белгіленеді және нормативтік құқықтық актінің ережелері бұзылған бабына, тармағына және тармақшасына сілтеме жасала отырып, бұзушылық сипаты көрсетіле отырып рет-реті тәртібімен нөмірленеді. Бұзушылық сипаттамасында бұзушылықты растайтын құжаттардың атауы мен деректемелеріне сілтеме беріледі/Каждый факт нарушения фиксируется отдельным пунктом и нумеруется в сквозном порядке с описанием характера нарушения со ссылкой на статьи, пункты и подпункты нормативных правовых актов, положения которых нарушены. В описании нарушения делается ссылка на реквизиты и наименования документов, подтверждающих нарушения)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы 4-тармағына сәйкес ұсынамын (В соответствии с пунктом 4 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" рекомендую):

1)_____

2)_____

…

Бақылау және қадағалау субъектісі ұсыныммен келіскен жағдайда ұсынымды тапсырған (алған) күннен кейінгі күннен бастап отыз жұмыс күні ішінде көрсетілген бұзушылықтар жойылады және ұсынымда көрсетілген мерзім өткен күннен бастап 3 (үш) жұмыс күні өткеннен кейін ұсынымды жіберген мемлекеттік органға орындау туралы ақпарат ұсынылады (В случае согласия с рекомендацией субъектом контроля и надзора в течение тридцати рабочих дней со дня, следующего за днем вручения (получения) рекомендации, устраняются указанные нарушения и по истечении 3 (трех) рабочих дней со дня истечения срока, указанного в рекомендации представляется информация об исполнении в государственный орган, направивший рекомендацию).

Бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай-ақ халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы профилактикалық бақылау нәтижелері бойынша анықталған бұзушылықтарды жою туралы осы ұсынымда көрсетілген анықталған бұзушылықтарды жою туралы ақпарат (растайтын

құжаттардың көшірмелерін қоса бере отырып) төмендегі тәсілдердің бірімен _____
____:

1) электрондық мекенжайға: _____;

2) қолма-қол немесе пошта арқылы мекенжайға хабарламасы бар тапсырыс хатпен:

_____
__

3) электрондық тәсілмен "электрондық үкімет" веб-порталы арқылы ұсынылады (Информация об устранении выявленных нарушений (с приложением копий подтверждающих документов), указанных в настоящих рекомендациях об устранении нарушений, выявленных по результатам профилактического контроля в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора представляется в _____ одним из следующих способов:

1) на электронный адрес: _____;

2) нарочно или по почте заказным письмом с уведомлением на адрес:

_____
__

3) электронным способом посредством веб-портала "электронного правительства").

Ұсынымда көрсетілген бұзушылықтармен келіспеген жағдайда бақылау субъектісі ұсынымды жіберген мемлекеттік органға ұсыным тапсырылған күннен кейінгі күннен бастап 5 (бес) жұмыс күні ішінде қарсылық жіберуге құқылы. Қарсылыққа қарсылықтың дәлелдерін растайтын құжаттардың көшірмелері қоса беріледі (При несогласии с нарушениями, указанными в рекомендации, субъект контроля вправе направить в государственный орган, направивший рекомендацию, возражение в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня следующего за днем вручения рекомендации. К возражению прилагаются копии документов, подтверждающие доводы возражения).

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 44-бабы-8-тармағына сәйкес бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылау барысында анықталған бұзушылықтарды жою туралы ұсынымды белгіленген мерзімде орындамау бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бару арқылы профилактикалық бақылау үшін бақылау және қадағалау субъектісін (объектісін) іріктеуге негіз болып табылады (В соответствии с пунктом 8 статьи 44 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" неисполнение в установленный срок рекомендации об устранении выявленных нарушений в ходе профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора является основанием для отбора субъекта (объекта) контроля и надзора для профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора путем включения в полугодовой список проведения профилактического контроля с посещением субъекта (объекта) контроля и надзора).

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органы аумақтық бөлімшесінің басшысы (басшысының орынбасары) (Руководитель (заместитель руководителя) территориального подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения) _____
_____

_____
__

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

Ұсыным берілді (Рекомендация вручена): _____
_

_____
__

(аумақтық мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органының лауазымды тұлғасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы, күні/ фамилия, имя, отчество (при его наличии) должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения подпись, дата)

Ұсынымды алды (Рекомендацию получил): _____
__

_____
__

(бақылау және қадағалау субъектісінің уәкілетті тұлғасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы, күні/фамилия, имя, отчество (при его наличии) представителя субъекта (объекта) контроля и надзора, подпись, дата)

Ұсыным жіберілді (Рекомондация отправлена): _____
_

(жіберілгенін және (немесе) алынғанан растайтын құжат/ документ, подтверждающий факт отправки и (или) получения)

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

Ескерту. 96-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 № 096/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а санитарно-эпидемиологической службы		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 (бар болса) (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 статьи 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 номеклатурасы коды, өзге де сәйкестендіру деректері (наименование продукции, производитель, код товарной номеклатуры внешнеэкономической деятельности, иные идентификационные данные)

Сондай-ақ келесі іс-шараларды жүргізсін (а также осуществить 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.

Қазақстан Республикасының Бас мемлекетік санитариялық дәрігері Главный государственный санитарный врач Республики Казахстан	Мөр орны Место печати	ТАӘ ФИО

Қаулы ___ данада жасалды

Постановление составлено в ___ экземплярах.

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

Ескерту. 97-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 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) №_____

"____" _____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)

Мыналарды анықтады (установил, что в ходе)_____

бақылау нысаны (форма контроля)

Лауазымды тұлға (должностным лицом) _____

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

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

_____

_____

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):

ТЫЙЫМ 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.

Халықтың 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.

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

Ескерту. Бұйрық 97-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 № 097-1/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		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 статьи 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)

Халықтың 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.

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

Ескерту. Бұйрық 97-2-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 органа 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)(Фамилия, имя, отчество) (при его наличии)	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	Диагнозы (Диагноз)	Жіберіледі (Направляется в)
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)

Халықтың 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.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
98-қосымша
Приложение 98
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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 № 098/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 098/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Әкімшілік жаза қолдану туралы ҚАУЛЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ о наложении административного взыскания №

20_____ ж. (г.) "_____" ____ _____

(қала/ ауыл (город/село) _____

Мемлекеттік органның атауы

Наименование государственного органа _____

_____

Должностное лицо (руководитель территориального подразделения, заместитель)

Лауазымды адам (аумақтық бөлімшенің басшысы, орынбасары) _____

_____

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

_____

_____

Істі қарайтын күні және орны (дата и место рассмотрения дела) _____

_____

_____

_____

Ісін қарауға байланысты тұлға туралы мәлімет: жеке тұлға, лауазымды тұлға, жеке кәсіпкер (сведения о лице, в отношении которого рассмотрено дело: физическое либо должностное лицо либо индивидуальный предприниматель)_____

_____

(керектінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) __

_____

Жеке кәсіпкердің мемлекеттік тіркеу куәлігінің № және беру күні (№ и дата выдачи свидетельства государственной регистрации индивидуального предпринимателя): _____

_____

_____

_____

Туған күні (дата рождения) _____

_____

Мекен-жайы (место жительства)

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

_____

Жеке сәйкестендіру нөмірі (индивидуальный идентификационный номер)

Мекен-жайы бойынша тіркеу туралы мәлімет (сведения о регистрации по месту жительства)

Жұмыс орны, атқаратын қызметі, ұйымның атауы (место работы, занимаемая должность, адрес организации)

Заңды тұлға (Юридическое лицо)_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Басшының тегі, аты, әкесінің аты, атауы (фамилия, имя, отчество руководителя, наименование, Ұйымдастыру-құқықтық үлгісі, орналасқан орны, (организационно-правовая форма, местонахождение), заңды тұлға ретіндегі мемлекеттік тіркеу нөмірі және күні (государственной регистрации в качестве юридического лица, номер и дата), бизнес-сәйкестендіру нөмірі және банктық деректемелер(бизнес-идентификационный номер и банковские реквизиты)

Қаралған іс бойынша өндіріс тілі (язык производства по рассматриваемому делу) __

_____

_____

_____

Істі қарау кезінде анықталған мән-жайлар/обстоятельства, установленные при рассмотрении дела

_____

_____

_____
_____

ӘҚБ туралы ҚРК бабы, әкімшілік құқық бұзушылық үшін көзделетін жауапкершілік, жасалған әкімшілік құқық бұзушылық, айыпталушының жеке басы, оның ішінде айыпталғанға дейінгі және кейінгі мінез-құлқы, мүліктік жағдайы, жауапкершілікті жеңілдететін және ауырлататын жағдай (статья КРК об АП, предусматривающая ответственность за административное правонарушение обстоятельства, установленные при рассмотрении дела, характер совершенного административного правонарушения, личность виновного, в том числе его поведение до и после совершения правонарушения, имущественное положение, обстоятельства смягчающие и отягчающие ответственность)_____
_____
_____

_____
_____ _____
_____ ҚР ӘҚБтК-нің баптарына сәйкес әкімшілік жауаптылықты жеңілдететін не ауырлататын мән-жайлар/обстоятельства смягчающие либо отягчающие административную ответственность

Жоғарыда көрсетілген негізде және ҚР ӘҚБ Кодексінің 701, 818, 822, 823, 66-баптарын, "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 38-бабын басшылыққа ала отырып (На основании вышеизложенного и руководствуясь статьями 701, 818, 822, 823, 66 КРК об АП РК статьей 38 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения")

ҚАУЛЫ ЕТЕМІН (ПОСТАНОВЛЯЮ):

Әкімшілік жазаны ескерту немесе айыппұл ретінде салу (наложить административное взыскание в виде предупреждения или штраф)_ (_____) МРП_көлемде (в размере) керектінің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть), жазу үлгісінде (прописью)

Айып пұл салу туралы шығарылған қаулыға органның (лауазымды тұлғаның) жазбаша үлгідегі кейінгі ескертпесімен ҚР ӘҚБ Кодексінің 888 бабында қарастырылған заңды күшке әкімшілік айып пұл салу туралы қаулы күшіне енген күннен бастап отыз күннен кешіктірілмей немесе мерзімі ұзартқан күннен бастап айып пұл төленуі керек. (Штраф должен быть уплачен не позднее тридцати дней со дня вступления постановления о наложении административного штрафа в законную силу либо со дня истечения срока отсрочки, предусмотренной статьей 888 КоАП РК, с последующим уведомлением в письменной форме органа (должностного лица), вынесшего постановление о наложении штрафа).

Егер ҚР ӘҚБ Кодексінің 744-748-баптарында көрсетілген тұлға істі қарауға қатыспаған жағдайда осы қаулыға шағым, наразылық қаулының көшірмесін алған күннен бастап он күннің ішінде берілуі мүмкін (Жалоба, протест на настоящее постановление могут быть поданы в течение десяти дней со дня вручения копии постановления, а в случае, если лица, указанные в статьях 744-748 КоАП РК, не участвовали в рассмотрении дела,- со дня ее получения).

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша қаулыға шағым сотқа жіберіледі, шағым, наразылық түскен күннен бастап үш күндік мерзімде міндетті іс бойынша қаулы шығарған органға (лауазымды тұлғаға), жоғары тұрған орган, сотқа (жоғарыда тұрған лауазымды тұлғаға) сәйкес келетін істің барлық материалдарын жіберу (Жалоба на постановление по делу об административном правонарушении направляется судье, в орган (должностному лицу), вынесший постановление по делу, которые обязаны в трехдневный срок со дня поступления жалобы, протеста направить их со всеми материалами дела в соответствующий суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу).

Шағым берілуі, ал наразылық тікелей оларды қарауға өкілетті сотқа, жоғары тұрған органға (жоғары тұрған лауазымды тұлғаға) енгізілген болуы мүмкін (Жалоба может быть подана, а протест внесен непосредственно в суд, вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), уполномоченный их рассматривать.

ҚР ӘҚБ кодексінің 893-бабында көрсетілген айыппұлды мерзімінде төлемеген жағдайда ҚР ӘҚБ кодексінің 894-895-бабы негізінде материал жеке сот орындаушыларының өңірлік палатасына мәжбүрлі орындау үшін жіберілетін болады (В случае неуплаты штрафа в указанный статьей 893 КоАП РК срок, на основании статей 894 и 895 КоАП РК материал будет направлен в региональную палату частных судебных исполнителей для принудительного исполнения).

Лауазымды адам, аумақтық бөлімшенің басшысы(орынбасары)

(Должностное лицо, руководитель территориального подразделения, (заместитель)) :

(керегінің астын сызыңыз) Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы, (нужное подчеркнуть) (Ф.И.О. (при наличии), подпись)

Каулыны алдым (Постановление получил)_____ _____

атқаратын лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), алған күні, қолы, (занимаемая должность, Ф.И.О. (при наличии), дата получения, подпись)

Қаулыны аудару туралы белгі (Отметка о высылке постановления)_____ ___

_____(число, месяц, год, № квитанции)

Айыппұл төлеу деректемелері (Реквизиты оплаты штрафа):

_____

_____

_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
98-1-қосымша
Нысан
А4 Форматы

Биологиялық қауіпсіздік саласында жедел ден қою шараларын қолдану туралы қаулыларды тіркеу журналы Журнал регистрации постановлений о применении меры оперативного реагирования в области биологической безопасности

Ескерту. Бұйрық 98-1-қосымшамен толықтырылды – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 09.09.2022 № ҚР ДСМ-96 (23.11.2022 бастап қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен; алып тасталды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

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

Ескерту. 99-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

	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 № 099/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа 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	Өнімнің атауы, өндіруші, сыртқы экономикалық қызметтің тауар номенклатурасының коды, өзге де сәйкестендіру деректері (Наименование продукции, производитель, код товарной номеклатуры внешнеэкономической деятельности, иные	Уақытша санитариялық шараны қолдану негізі (Основание применения временной санитарной меры	Қолданылу мәртебесі (

		регламентов и (или) единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям Евразийского экономического союза)	идентификационные данные)		Статус действия)
1	2	3	4	5	6

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

Ескерту. 100-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 органа 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 ЖУРНАЛ 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 нахождение 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 действия постановления о применении меры оперативного реагирования)	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)

1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
101-қосымша
Приложение 101
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 №101/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 101/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық шараларды жүргізу туралы Бас мемлекеттік санитариялық дәрігердің қаулысын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации постановлений главного государственного санитарного врача о проведении санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий

Басталуы (Начат) "__"_____20 ж.(г)
Аяқталуы (Окончен) "__"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Қаулы шығарылған күн	Қаулы шығаруға негіз болған құжаттардың атауы және НҚА-ң нормалары	Аумақтың толық атауы		Қаулыны орындау мерзімі	Есепке алу-есеп құжаттарын сақтау мерзімі

Регистрационный номер	Дата вынесения постановления	Наименование документов и нормы НПА, на основании которых вынесено постановление	Полное наименование территории	Мекен жайы, орналасуы Адрес, место нахождение	Сроки исполнения постановления	Сроки хранения учетно-отчетной документации
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
101-1-қосымша

Нысан
А4
форматы

Ескерту. Бұйрық 101-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 20.04.2023 № 77 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі); жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 14.08.2025 № 80 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрықтарымен.

		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 № 101-1/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 101-1/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Бақылау мен қадағалау субъектісіне (объектісіне) бармай профилактикалық бақылауды тіркеу журналы Журнал регистрации профилактического контроля без посещения субъекта (объекта) контроля и надзора

Басталуы (Начат) "__"_____20 ж.(г)

Аяқталуы (Окончен) "__"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Бармай профилактикалық бақылау жүргізілген күн Дата проведения проф.контроля без посещения	Бақылау субъектісінің (объектісінің) толық атауы Полное наименование субъекта (объекта) контроля	ЖСН/БСН ИИН/БИН	Мекенжайы, телефон нөмірі, электрондық поштасы Адрес, номер телефона, электронная почта	Бұзушылықтар анықталған жоқ/ анықталды Нарушения не выявлены/ выявлены	Бұзушылықтарды жою туралы ұсынымның нөмірі, күні Номер, дата рекомендации об устранении нарушений (при выявлении нарушений)	Бұзушылықтарды жою туралы ұсынымды орындау мерзімі Срок исполнения рекомендации об устранении нарушений	Бұзушылықтарды жою туралы ұсынымның орындалуы туралы ақпарат Информация об исполнении рекомендации об устранении нарушений
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

Ескерту. 102-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

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

Республики Казахстан		№_____ бұйрығымен бекітілген № 102/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 102/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Адамдарды жұмыстан уақытша шеттету 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.)

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Шеттетуге жататын тұлға анықталған бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора, в котором выявлено лицо, подлежащее отстранению)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің мекенжайы, орналасқан жері (Адрес, место нахождение субъекта (объекта) контроля и надзора)	Уақытша шеттетілген адамдардың тегі аты әкесінің аты (бар болса) (Фамилия имя отчество (при его наличии) временно отстраненных лиц)	Жұмыстан шеттетілген адамды жұмысқа жіберу күні (Дата допуска к работе лица, отстраненного от работы)	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)
1	2	3	4	5	6	7

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

Ескерту. 103-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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.)

			Өнімді (тауарды) өндіру, өткізу, қызметтер көрсету, жұмыстарды орындау		

№	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)	Бақылау және қадағалау субъектісінің (объектісінің) атауы (Наименование субъекта (объекта) контроля и надзора)	бойынша қызметін немесе оның жекелеген түрлерін (процестерін, әрекеттер) тоқтата тұру түрі (Вид приостанавливаемой 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 лица, оформившего постановление о применении меры оперативного реагирования)
1	2	3	4	5	6

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

Ескерту. Бұйрық 103-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 103-1/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа 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 об исполнении постановления)

1	2	3	4	5	6	7
					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	

Ескерту. Бұйрық 103-2-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 органа 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
ЖУРНАЛ 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 дендқою 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)	Қаулының шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер постановления)
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
104-қосымша
Приложение 104
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 104/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 104/у

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Жеке тұлғалардың өтініштерін қарауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации рассмотрения обращений физических лиц

Басталуы (Начат) "__"_____20 ж.(г) Аяқталуы (Окончен) "__"_____20 ж. (г.)

Парақтар саны (Количество листов):_____

Маман (Специалист): _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өтініштің келіп түскен күні, № Дата поступления, № обращения	Өтініш жіберген субъектінің, лауазымды тұлғаның атауы Наименование субъекта, должностного лица, откуда поступило обращение	Бірегей нөмір Уникальный номер	Өтініш берушінің аты-жөні (атауы), мекенжайы Ф.И.О. (при наличии), (наименование), адрес заявителя	Өтініштің түсу тәсілі (ЭҮП, қолма-қол, тапсырыс жолымен) способ поступления обращения (ПЭП, нарочно, заказным путем)	Өтініштің қысқаша мазмұны Краткое содержание обращения	Өтініш аумақтық органдарға және құрылымдық бөлімшелерге, басқа органдарға жіберілген Обращение направлено в территориальные и структурные подразделения и в др. органы	Өтініш орындаушының аты-жөні Ф.И.О (при наличии), исполнителя обращения	Шығыс нөмірі, өтініш берушіге жауапты жіберу күні Исходящий номер, дата отправления ответа заявителю	Орындалу мерзімі 20 күн Сроки исполнения 20 дней	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
105-қосымша
Приложение 105
к приказу Министра

здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 105/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 105/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Заңды тұлғалардың өтініштерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации обращений юридических лиц

Басталуы (Начато) "__"_____20 ж.(г) Аяқталуы (Окончен) "__"_____20 ж. (г.)

Парақтар саны (Количество листов):_____

Маман (Специалист): _____

Тіркеу нөмірі Регистрационн	Өтініштің келіп түскен күні, №	Өтінішті жіберген субъектінің, лауазымды тұлғаның атауы Наименование	Бірегей нөмір	Өтініш берушінің аты-жөні (атауы), мекенжайы Ф.И.О. (при наличи	Өтінештің қысқаша мазмұны	Өтінештің түсу тәсілі (ЭҮП, қолма-қол, тапсырыс жолымен) способ поступ	Өтініш аумақтық органдарға және құрылымдық бөлімшелерге, басқа органдарға жіберілген	Өтінішті орындаушының аты-жөні	Шығыс нөмірі, өтініш берушіге жауапты жіберу күні	Орындалу мерзімі 20 күн	Ескерту

ый номер	Дата поступления, № обращения	субъекта, должностного лица, откуда поступило обращение	Уникальный номер	и), (наименование), адрес заявителя	Краткое содержание обращения	ления обращения (ПЭП, нарочно, заказным путем)	Обращение направлено в территориальные и структурные подразделения и в др. органы	Ф.И.О (при наличии), исполнителя обращения	Исходящий номер, дата отправления ответа заявителю	Срок исполнения 20 дней	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
106-қосымша
Приложение 106
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 106/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 106/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс бойынша іс жүргізуді қарауды тоқтату туралы қаулыларды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации постановлений о прекращении рассмотрения производства по делу об административном правонарушении

№ п/п	Әкімшілік істің нөмірі (хаттама №), материал (кіріс. № , күні) Номер административного дела (№ протокола), материала (вх.№, дата)	Жасалған күні Дата заведения	Аты-жөні хаттаманы толтырған, Хаттама жасаған адамның лауазымы Ф.И.О. (при наличии), лица составившего протокол, Должность лица составившего протокол	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәлімет тер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә. (болған жағдайда) мекенжайы) Сведения о физическом лице, юридическом лице, индивидуальном предпринимателе (ИНН, БИН, Ф.И.О(при наличии), адрес)	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәлімет тер (ЖСН, БСН, Т.А.Ә. (болған жағдайда), мекенжайы) Сведения о физическом лице, юридическом лице, индивидуальном предпринимателе (ИНН, БИН, Ф.И.О (при наличии), адрес)	Жұмыс түрі, лауазымы , жұмыс орны, телефоны Род занятий, должность, место работы, телефон	Жасалған орны, мекенжайы. Место совершения, адрес. Род занятий, должность, место работы, телефон	Іс жүргізуді болдырмайтын мән-жайлар Обстоятельства, исключающие производство	Қарауды тоқтату күні Дата прекращения рассмотрения	Басқа белгілер Прочие отметки
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
107-қосымша
Приложение 107
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 министрінің2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №107/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 107/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Шағымдар мен ұсыныстарды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации жалоб и предложений

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

п/п	Күні/Дата	Шағым/Жалоба	Ұсыныс/ Предложение	Аты-жөні,қолы/ Ф.И.О (при наличии), подпись
1	2	3	4	5

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
108-қосымша
Приложение 108
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		_____ № _____бұйрығымен бекітілген № 108/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 108/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Кәсіптік уланулар мен кәсіптік ауруларды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации профессиональных заболеваний и отравлений Басталуы (Начат) "__"_____20 ж.(г) Аяқталуы (Окончен) "__"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Шұғыл хабарлама алынған күн Дата получения экстренного извещения	ИИН пострадавших Зардап шеккендердің ЖСН	Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты, жасы Фамилия, имя, отчество, возраст пострадавшего	Улану орын алған объектінің атауы Наименование объекта, где произошло отравление	Цех, бөлімше, участке Цех, отделение, участок	Кәсібі Профессия	Жұмыс өтілі Стаж работы
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

Кәсіби ауруды туғызған өндірістік зиянды факторлармен жанасуда болған жұмыс өтілі Стаж работы в контакте с вредными производственными факторами, вызвавшими профессиональное заболевание	Уланған, ауырған күні Дата отравления, заболеваний	Улану себебі Причина отравления	Ауруханаға жатқызылу күні мен орны Дата и место госпитализации	Тексеру жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество, лица, проводившего обследование	Диагнозы диагноз	Диагноз қойылған күні Дата установления диагноза	Ескерту Примечание
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
109-қосымша
Приложение 109
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___бұйрығымен бекітілген №109/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 109/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тағамнан улануды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации пищевых отравлений

Басталуы (Начат) "__"_____20 ж.(г)
Аяқталуы (Окончен) "__"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Хабарлама / шұғыл хабарлама келіп түскен күн Дата поступления сообщения /	Елді мекеннің атауы Наименование населен	Тағамнан улану болған орын (асхана, мейрамхана, кафе, аурухана, үйде) Место, где произошло	Зардап шеккендердің тегі, аты, әкесінің аты, туған жылы Фамилия, имя	ИИН пострадавших Зардап шеккенд	Зардап шеккендер саны *	Ауруханаға жатқызылғандар саны*	Қайтыс бөлғандар саны *	Улану тудырған тағам Продукт вызваший	Ескерту

Регистрационный номер	экстренного сообщения	ного пункта	пищевое отравление (столовая, ресторан, кафе, больница, на дому)	отчество пострадавших, год рождения	ердің ЖСН	Число пострадавших*	Число госпитализированных *	Число умерших	отравление	Примечание
1	2	3	4	5		6	7	8	9	10

оның ішіндегі 14 жасқа дейінгі балаларды жақшаның ішінде көрсетіңіз/в том числе детей до 14 лет указывать в скобке

№ 105/е нысанның артқы беті

Разворот формы № 105/у

Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования						Тағамнан улануды тудырған санитариялық және технологиялық кемшіліктер Санитарные и технологические нарушения, повлекшие возникновение пищевых отравлений	Тағамнан улану оқиғасы туралы хабарлама берілген күн Дата извещения о случае пищевого отравления	Тағамнан улануды тексеруді ң қорытынды материалдары жіберілген күн Дата направления окончательных материало в расследования пищевого отравления	Қабылданған, оның ішінде әкімшілік, тәртіптік ықпал ету және тағы басқа шаралар Приняты е меры, в том числе меры административного, дисциплинарного воздействия и так далее
Науқастардың бөлінділерін Выделения больных	Қанды Кровь	Шайындыларды Смывов	Мәйіттің материалдарын Трупных материалов	Азық-түлікті Пищевых продуктов	Шаятын суды Промывных вод				
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы

110-қосымша
Приложение 110
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № бұйрығымен бекітілген №110/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 110/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Серологиялық зерттеулерге ортадан алынған үлгілерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации серологических исследований образцов из окружающей среды

Басталуы (Начат) "__"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Реттік нөмірі номер по порядку	Зертханалық нөмірі Регистрационный номер	Күні / Дата	Материал	РПГА					
				Туляремияға/ Туляремия	Жалған туберкулезге Псевдотуберкулез	Пастереллезге/ Пастереллез	Листериозға/ Листериоз	Иерсиниозға/ Иерсиниоз	Күйдіргіге / Сибирскую язву
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

ИФА							Зерттеу аяқталған күні Зерттеу нәтижелері Результат	Дата окончания исследова

Қызба-лих орадка	Лептоспироз ға/ Лептоспироз	Кенеэнцефалиті/ Клкщевой энцефалит	КқГҚ/ ККГЛ	ГБСҚ/ ГЛПС	Боррелиоздар/ Боррелиозы	Егеуқұйрық сүзегі/ Крысиный тиф	ы исследований, зертханашы-дәрігердің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда).	ния, Ф.И.О (при наличии), подпись врача-лаборанта
11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
111-қосымша
Приложение 111
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша код 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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 111/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 111/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Спектрометриялық зерттеулерді тіркеу (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералды шикізат) ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации спектрометрических исследований (пищевые продукты, почва, древесное сырье, уголь, минеральное сырье)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Журнал бойынша нөмірі Номер по журналу	Өлшеу жүргізілген Күн Дата проведения измерения	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлгінің салмағы (гр) Вес образца (гр)	Үлгіні өлшеу уақыты (сек) Время измерения образца (сек)
1	2	3	4	5	6

Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм3 Активность радионуклидов, Бк/кг/л/дм3						
Радий- 226	Торий- 232	Калий- 40	Цезий-137	Стронций-90	Басқа гамма сәулелеңуші изотоптар Другие гамма излучающие изотопы	Меншікті тиімді белсенділігі Удельная эффективная активность
7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
112-қосымша
Приложение 112
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №112/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 112/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Дайындалған қоректік орталарды стерильдеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации стерилизации приготовленных питательных сред

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Автоклавтың маркасы, нөмірі Марка, номер автоклава	Зарарсыздандырылатын бұйымдар Обеззараживаемые изделия		Қаптамасы Упаковка	Зарарсыздандыру уақыты, минутпен Время обеззараживания в мин.		Режим Режим		Бақылау тесті Тест-контроль			Маманның Т.А.Ж., лауазымы және қолы Ф.И.О., должность и подпись специалиста, проводившего обеззараживание
			Атауы Наименование	Саны Количество		Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Қысымы Давление	Қызуы Температура	Биологиялық Биологический	Термиялық Термический	Химиялық Химический	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
113-қосымша
Приложение 113
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 113/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 113/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Өлшеу құралдары мен сынақ жабдығына техникалық қызмет көрсетуді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации технического обслуживания средств измерений и испытательного оборудования

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Өлшеу құралдарының атауы, түрі, зауыт нөмірі Наименование средств измерений, тип, Заводской номер	ӨЖ және СЖ жағдайы Состояние СИ и ИО	Орындалған жумыс түрлері Виды выполненных работ	Инженердің Т.А.Ә Ф.И.О инженера	Қолы Подпись	Ескертулер Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
114-қосымша
Приложение 114
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № бұйрығымен бекітілген №114/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 114/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Медициналық иммундық-биологиялық препараттарды есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета медицинских иммунобиологических препаратов

Басталды (Начат) "___"_____20____ж.(г.)
Аяқталды (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Препараттың атауы Наименование препарата	Түскен мерзімі Дата поступления	Қайдан келді Откуда поступило	Шығарушы елі Страна производитель	Алынған саны Полученное количество
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

Ампуладағы (шишалардағы) дозалар саны Количество доз в ампуле (флаконе)	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Серия нөмірі Номер серии	Қаржыландыру көзі Источник финансирования	Кімге берілді Кому выдано	Берілген күні, жүк құжатының № Дата выдачи, № накладной
7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

Сенімхат №, күні № доверенности, дата	Берілген саны Выданное количество	Теңгерім Баланс		
		Кіріс Приход	Шығыс Расход	Қалдық Остаток
13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
115-қосымша
Приложение 115
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 115/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 115/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу (ЖТЗ зертханасы) ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета результатов исследования образцов воды (лаборатория ВТИ*)

Басталуы (Начат) "____"_____ 20 ж. (г.) Аяқталуы (Окончен) "____" _____20 ж. (г.)

Тіркелу нөмірі Регистрационный номер	Сынама қабылданған күн Дата поступления	Үлгі алынған орын Место отбора образца	Мекен-жай Адрес	Көрсеткіштер атауы Наименование показателей	Анықталған концентрация Выявленная концентрация	ШРК нормасы Норма ПДК	НҚ зерттеу НД исследования
1	2	3	4	5	6	7	8

* ЖТЗ зертханасы- Жоғары технологиялық зерттеу зертханасы
* лаборатория ВТИ - лаборатория Высоко технологических исследований

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
116-қосымша

Приложение 116
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 116/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 116/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Дозаторларды калибрлеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации калибровки дозаторов

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Атауы Наименование	Барлығы бір арналы және көп арналы дозаторлар/ Все одноканальные и многоканальные дозаторы	Т.А.Ә.(болған жағдайда), тексерушінің қолы/Ф.И.О.(при наличии), Подпись проводящего							
			5 мкл (+/- 0,25 мкл) (+ 5,0%)	10 мкл (+/- 0,25 мкл) (+2,5%)	20 мкл (+/- 0,4 мкл) (+ 2,0%)	25 мкл (+ 0,5 мкл) (+ 2,0%)	50 мкл (+/- 1,0 мкл) (2,0%)	100 мкл (+/ -1,5 мкл) (+ /-1,5%)	200 мкл (+ 2,0 мкл) (+/- 1,0%)	250 мкл (+ 2,5 мкл) (+/- 1,0%)	300 мкл (+/ - 5,0 мкл) (+ /- 1,0%)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

Ескертулер Примечания					
500 мкл(+/-5,0мкл) (+/-1,0%)	1000 мкл (+/-10мкл) (+/-1,0%)	2000 мкл (+/-20мкл) (+1,0%)	5000 мкл (+/-50мкл) (+1,0%)		
13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
117-қосымша
Приложение 117
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 117/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 117/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

_____ (заттың, өнімнің атауы) (тамақ өнімдері, топырақ, ағаш шикізаты, көмір, минералды шикізат, ойыншықтар, жиһаз өнімдерінің, материалдар пайдаланылатын жүргізудегі және құрылыс кезінде автомобиль жолдарын жөндеу) радиобелсенділікті зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации исследования радиоактивности _____ _ (наименование продукции, вещества) (пищевой продукции, почвы, древесного сырья, угля , минирального сырья, игрушек, мебельной продукции, материалов используемых при строительстве и проведении ремонта автомобильных дорог)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өлшеу жүргізілген Күн Дата проведения измерения	Үлгінің атауы, жеткілуші, өндіруші Наименование образца, поставщик, изготовитель	Үлгінің салмағы (көлемі) Вес (объем) образца	Үлгіні өлшеу уақыты (мин/сек) Время измерения образца (мин/сек)	Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм3 Активность радионуклидов, Бк/кг/л/дм3							Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), и подпись проводившего исследование
					Радий- 226 (Ra-226)	Торий- 232 (Th-232)	Калий- 40 (K-40)	Цезий-137 (Cs-137)	Стронций-90 (Sr-90)	Басқа гамма сәулелеуші изотоптар Другие гамма излучающие изотопы	Меншікті тиімді белсенділігі Удельная эффективная активность	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

№	Үлестік тиімді белсенділікCs-137(Бк/кг) Удельная эффективная активность Cs-137(Бк/кг)	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейіCs-137 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Cs-137 (Бк/кг)	Үлестік тиімді белсенділікSr- 90(Бк/кг) Удельная эффективная активность Sr- 90 (Бк/кг)	Үлестік тиімді рұқсат етілген белсенділіктің деңгейі Sr- 90 (Бк/кг) Допустимый уровень удельной эффективной активности Sr- 90 (Бк/кг)	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры (НД на метод исследования/ испытаний)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
118-қосымша
Приложение 118
к приказу Министра

здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 118/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 118/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Халық тұтынатын тауарларды (парфюмерлік-косметикалық өнімдерді, ойыншықтарды, жеке бас гигиенасы құралдарын, балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді) _____ _____ _____ зерттеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ _____ _____ регистрации исследования товаров народного потребления (парфюмерно-косметической продукции, игрушек, средств личной гигиены, продукции предназначенной для детей и подростков)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Сынама алу күні Дата отбора образца	Сынаманың түскен күні Дата поступления	Хаттаманың құрылған күні Дата составления протокола	Сынама алынған орын, мекен-жайы және ұйымның атауы Место отбора, адрес и наимено	Сынаманың атауы Наименование образца	Көрсеткіштер Показатели	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Өнімнің НҚ бойынша нормасы Норма по НД на продукт	Анықтау әдісінің НҚ НД на метод определения	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О(при наличии) , подпись лица проводи

				вание организации						вшего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
119-қосымша
Приложение 119
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 №119/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 119/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тағам өнімдеріндегі микробты трансглутаминазаны анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации исследования по определению микробной трансглутаминазы в продуктах питания Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.) Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Өнімнің атауы Наименование продукта	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, қолы
		Іріктелген Отбора	Зертханаға қабылданған Поступления в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования				

1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
120-қосымша
Приложение 120
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 120/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 120/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тағам өнімдеріндегі құрғақ сүттің массалық үлесін анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации исследования по определению массовой концентрации сухого молока в продуктах питания

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора образца	Өнімнің атауы Наименование продукта	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, қолы
		Алынған Отбора	Зертханаға қабылданған Поступления в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
121-қосымша
Приложение 121
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен Бекітілген № 121/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 121/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Таразыларды калибрлеуді тіркеу журналы Журнал регистрации калибровки весов

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Таразы түрі Вид весов	Тазарту Очистка	Гиря калибрі, салмағы, гр. Вес калибр, гирей,г	Таразы көрсеткіштері Показания весов с калибр, гирей,г	Таразы көрсеткіштерінің ауытқуы Отклонения показания весов,г	Т.А.Ә (при наличии), Қолы Ф.И.О (при наличии), подпись	Ескерту Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы

122-қосымша
Приложение 122
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 122/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 122/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Дистилденген судың сапасын бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации контроля качества дистиллированной воды

Басталуы (Начат) "__"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгінің алынған күні мен уақыты Дата и время отбора пробы	Зертханаға әкелінген уақыты мен күні Дата и время поступления в лабораторию	Зерттеу үшін зертханаға жіберілген уақыты мен күні Дата и время отправки в лабораторию для исследования.	Судың зертханада зерттелген уақыты мен күні Дата и время исследования воды в лаборатории	Судың зерттелген нәтижесі Результат исследования воды	Зерттеуді жүргізген Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), подпись проводившего исследования	Примечания
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы

123-қосымша
Приложение 123
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 123/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 123/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Қоршаған орта параметрлерін бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации контроля параметров окружающей среды

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Бөлме № № комнаты	Ауа Т көрсеткіштері показатели Т воздуха		Ауа Т көрсеткіштерінің айырмасы Разность показаний температуры воздуха	Салыстырмалылғалдық относительная влажность %	Қолы Подпись
			Құрғақ сухого	Ылғалды влажного			
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
124-қосымша
Приложение 124

к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 124/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 124/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Бу және ауа стерилизаторларын, құрғақ ыстық ауалы шкафтарды (автоклавтарды) және дезинфекциялау камераларын бақылау ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ контроля паровых и воздушных стерилизаторов, сухожаровых шкафов (автоклавов) и дезинфекционных камер

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Дата Күні	№	Үлгі іріктелген орын, объект Объект, место отбора пробы	Камера және автоклавты Наименование камер и автоклавов	Тесттер Тесты	Дни выдерживания в термостате 37 С 37С термостатта ұстау күндері							
					Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда	Қоректік орта Питательная среда
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Микроскопия	Сәйкестендіруге арналған тесттер/Тесты для идентификации					Нәтиже/ Результат	Қолы/ Подпись
	Каталаза	лецитиназа	плазмакоагуляция	маннит	глицерин		

14	15	16	17	18	19	20	21

Пайдалынатын қысқартулар

өж – өсу жоқ

+к – кокки

спор.таяқшасы – споралық таяқшалар

үлб..өсу – үлбірлі өсу

теріс –теріс

"+" - оң

"-" - теріс

т.р.ұсталды – температуралық режим ұсталды

т.р. ұсталған жоқ – температуралық режим ұсталған жоқ

Используемые сокращения

рн - роста нет

+к – кокки

спор.пал – споровые палочки

плен.рост – пленчатый рост

отр. – отрицательно

"+" - положительный

"-" - отрицательный

т.р.выдержан – температурный режим выдержан

т.р. не выдержан – температурный режим не выдержан

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
125-қосымша
Приложение 125
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		№ ___бұйрығымен бекітілген № 125/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 125/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

рН метрді калибрлеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации калибровки рН метра

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	№1 калибрлеу ерітінді Калибровочный раствор № 1 (pH 4,01)	№2 калибрлеу ерітінді Калибровочный раствор № 2 (pH 9,18)	Тексеру ерітіндісі Проверочный раствор (pH 6,86±/-0,03)	Калибровканы жүргізген ТАӘ, қолы ФИО и подпись проводившего калибровку	Ескерту Примечания
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
126-қосымша
Приложение 126
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 126/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма 126/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Термостаттың температурасын бақылау ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ контроля температуры термостата

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Термостат температурасы Температура термостата		Маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии) специалиста	Қолы Подпись	Ескерту Примечание
		Жұмыс алдында Перед работой 9.00	Жұмыс соңында В конце работы 16.00			
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
127-қосымша
Приложение 127
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 127/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 127/у

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Центрифуганың қосылуын және стерилденуін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации подключения и стерилизации центрифуги

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Центрифуганың қосылған күні Дата подключения центрифуги	Материалдың атауы Наименование материала	Центрифуганы стерилдеуге арналған ерітіндінің атауы Название раствора для стерилизации центрифуги	Центрифугамен жұмыс істеген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), специалиста работавшего с центрифугой	Қолы Подпись	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
128-қосымша
Приложение 128
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № бұйрығымен бекітілген №128/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 128/у

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Зертханалық ыдыстардың стерилденуін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации стерилизации лабораторной посуды

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Стерилденген зертханалық ыдыстар Стерилизуемая лабораторная посуда	Саны Количество	Стерилдеу Т Т стерилизации	Құрғақ ыстық ауалы шкафты қосқан уақыты Время включения сухожарового шкафа	Құрғақ ыстық ауалы шкафты өшірген уақыты Время выключения сухожарового шкафа	Стерилдеуді жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О(при наличии), проводившего стерилизацию	Қолы Подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
129-қосымша
Приложение 129
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № бұйрығымен бекітілген № 129/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 129/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Зертханааралық салыстырмалы сынақтарды және сапаны сыртқы бағалау бойынша сынаманы тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации проб по межлабораторных сличительных испытанй и внешной оценки качества

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Сынама атауы Наименование пробы	Зерттеу түрі Вид исследования	Қайдан жіберілді Откуда прислан	Қайда жіберілді Куда направлен	Нәтижесі Результат
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
130-қосымша
Приложение 130
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 130/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа		Медицинская документация Форма № 130/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологической службы		Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Зертханадағы аварияны тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации аварии в лаборатории

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Авария болған күні, сағаты Дата и время аварии	Авариясы анықтаған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы Ф.И.О (при наличии), должность специалиста обнаружевшего аварию	Болған авария түрі Вид аварии	Қолданған шаралар Принятые меры	Зертхана меңгерушісінің қолы Подпись заведующего лабораторией	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
131-қосымша
Приложение 131
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № бұйрығымен бекітілген № 131/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа		Медицинская документация Форма № 131/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологической службы		Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Емшек сүтін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований грудного молока

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні,уақыты Дата,время		Үлгіні жіберген ұйым Организация, направившая образец	Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии)	Жасы Возраст	Тұрғылықты мекенжайы Адрес проживания	Диагноз, тексеріп қарау еселігі Диагноз, кратность обследования
	Үлгілер алу Отбора проб	Зертханаға келіп түскен Поступления в лабораторию					
1	2		3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Микробтардың жалпы өсу саны (МЖС) Общее микробное число (ОМЧ)	Ішек таяқшалар тобына зерттеу Исследование на бактерий группы кишечных палочек					
	себу көлемі засеваемый объем	кесслер ортасында өсуі рост на среде кесслера	Эндо ортасында өсуі рост на среде Эндо	микроскопия	Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации	
					Оксидаза	Глюкоза
8	9	10	11	12	13	14

Стафилококка зерттеу: Исследоавние на стафилококк:						
Тікелей себу Прямой посев		Қоректік ортасына қайта себу Высев со среды обогащения		Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации		
себу көлемі засеваемый объем	Қасиетке тән колониялардың саны Количество характерных колоний	Себу көлемі засеваемый объем	тығыз ортада өсуі рост на плотных средах		лецитиназа	микроскопия
15	16	17	18		19	20

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Стафилококка зерттеу: Исследоавние на стафилококк:		Зерттеу нәтижесі/ Результат исследования			
Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации					Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген

Анаэробты жағдайлардағы мальтоза Мальтоза в анаэробных условиях	термотұрақты нуклеаза Термостабильная нуклеаза	МАШАнМС/ КМАФАнМ	БГКП	Стафилококқа Стафилококк	адамның тегі, аты әкесінің аты қолы. Дата окончания исследования Фамилия,имия, очество подпись лица проводив шего исследование
21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
132-қосымша
Приложение 132
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 132/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 132/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Парфюмерлік-косметикалық өнімдерді микробиологиялық зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований парфюмерно-косметической продукции

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу номері . Регистрац.номер	Күні, уақытты Дата, время			Үлгі іріктелген орын,объект Обьект, место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель исследова
		Алынған. Отбора	Зертханаға қабылданған Поступление лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования		
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Общее колочество Микроорганизмов (Мезофильно-аэробны, факультативно-анаэробных), КОЕ		Candida alibicans	E.coli	Staphylococcus aureus	Pseudomonas aeruginosa	Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, жылы, зерттеу Жүргізген адамның Т.А.Ж қолы. Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И.О. Подпись лица, проводившего исследования.
Себу көлемі Засеваемый обьем	Өскен колониялар саны Количество выросших колоний					
8	9					

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
133-қосымша
Приложение 133
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 133/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 133/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тағам және мал шаруашылығы өнімдеріндегі гормондардың қалдық мөлшерін анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований по определению остаточных количеств гормонов в продуктах питания и животноводства

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Әкеліну күні Дата доставки	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Әкеліну уақыты Время доставки	Зерттеу басталған уақыт Время начала исследования	Өнімнің атауы, алыну орны, материалды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор материала	Тест-система	Қалдық гормонның мөлшерін анықтау нәтижесі Результат исследования на определение остаточного количества гормонов	Күні, қолы дата, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
134-қосымша
Приложение 134
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 №134/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 134/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Жеке бас гигиенасы құралдарын микробиологиялық зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований средств личной гигиены

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу номері Регистрационный номер	Күні, уақытты Дата, время			Үлгі іріктелген орын, объект Обьект, место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель исследования
		Алынған Отбора	Зертханаға қабылданған Поступление в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования		
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Общее количества микроорганизмов (мезофильно-аэробно фкультативно-анаэробных) КОЕ						
	Өскен колониялар саны					

Себу көлемі Засеваемый обьем	Кол-тво	Enterobacteriaceaев 10г	Staphlococcus aureus в 10г	Pseudomonasaeruginosa в 10г	Плесневые и дрожжевые грибы КОЕ/г (не более)	Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған күні, жылы, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) қолы. Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И.О. (при наличии) Подпись лица, проводившего исследования.

	выросших колоний					
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
135-қосымша
Приложение 135
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 № 135/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 135/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Балалар мен жасөспірімдерге арналған өнімдерді микробиологиялық зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований продукции, предназначенной для детей и подростков

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

		Күні, уақыты			Ашытқы, ашытқыға ұқсас, көгерген саңырауқұлақ, 1г. (1см2 , 1см3) ойыншық				Зерттеу нәтижелері, зерттеудің аяқталған

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Дата,время			Үлгі іріктелген орын, объект Обьект, место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Дрожжи, дрожжеподобные, Плесневые грибы, 1г. (1см2 , 1см3) игрушек		Тұқым дас бактериялар э1см, 1см нероба ктерия 1г.-да/ Бактерии семейства э1см, 1смнеробактерии В 1г. (1см2 , 1см3) игрушек	Патогенді стафилакокка р 1г-да, (1см2 , 1см3) / Патогенные стафилококки в 1г.. (1см2 , 1см3) игрушек	Жалғанмонас аэрогеноз 1г.-да (1см2 , 1см3) ойыншық/ Псевдомонас аэрогеноза в 1г. (1см2 , 1см3) игрушек	күні, жылы, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Результат исследования, дата окончания исследования, Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводившего исследования
		Алынған Отбора	Зертханаға қабылдаған	Зертханаға қабылдаған Поступление в лабораторию			Себу көлемі Засеваемый обьем	Өскен колониялар саны Количество выросших колоний				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
136-қосымша
Приложение 136
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №___бұйрығымен бекітілген №136/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 136/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Ойыншықтарды микробиологиялық зерттеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ микробиологического исследования игрушек

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні,уақыты Дата,время			Үлгі іріктелген орын, объект Обьект,место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель исследования
		Іріктелген Отбора	Зертханаға қабылдаған Поступление в лабораторию			
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Общее количества микроорганизмов (мезофильно-аэробно факультативно-анаэробных)	Дрожжи,дрожжеподобные, Плесневые грибы, 1г. (1см2 , 1см3) игрушек	Тұқымдас бактериялар э1см, 1см неробактерия 1г.-да. (1см2 , 1см3) ойыншық Бактерии семейства э1см, 1см неробактерии В 1г. (1см2 , 1см3) игрушек	Патогенді стафилококктар 1г-да, (1см2 , 1см3) / Патогенные стафилококки в 1г.. (1см2 , 1см3) игрушек	Жалғанмонас аэрогеноз 1г.-да (1см2 , 1см3) ойыншық / Псевдомонас аэрогеноза в 1г. (	Зерттеу нәтижелері , зерттеудің аяқталған күні, жылы, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), . қолы Результат исследования,дата окончания исследов

Себу көлемі Засеваемый обьем	Өскен колониялар саны Кол-во выросших колоний		Себу көлемі Засеваемый обьем	Өскен колониялар саны Количество выросших колоний			1см2 , 1см3) игрушек	ания, Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводившего
8	9	10		11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
137-қосымша
Приложение 137
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___бұйрығымен бекітілген №137/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 137/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Антибактериалды препараттарға сезімталдықты анықтау (сыртқы ортадан алынған өсірінді) ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ определения чувствительности к антибактериальным препаратам (культур выделенных из внешней среды)

						Антибиотиктер атауы/наиме							Зерттеу

Күні Дата	Тіркеу нөмері Регистрационный номер	Өсірінділердің атауы Наименование культуры	Бөліну көзі Источник выделения	Бөліну орны Место выделения	Жіберген мекеменің атауы Наименование направившего учреждения	нование антибиотиков							жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), должность и подпись лица проводившего исследования
						Нәтижесі-Сезімтал (S)/ Сезімталдығы төмен (I) (Төзімді ® / Результат – Чувствительный (S) / Умеренно резистентный (I)/ Резистентный ®)							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасы
Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
138-қосымша
Приложение 138
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 138/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Қанды ішсүзегінің, А және В паратифтің қоздырғышын анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований крови на выявление возбудителя брюшного тифа, паратифа А и В

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	ТАӘ, мекен жайы, жұмыс орны ФИО, адрес, место работы	Қанды акелген адамның ТАӘ, луазымы қолы ФИО, должность и подпись лица доставившего кровь	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Температуралық тәртібі Температурный режим	Себулер Высевы				
						I	II	III	IV	V
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Микроскопия	Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации	Нәтиже Результат	Талдау аяқталған күн Дата окончания анализа	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), ФИО (при наличии), подпись лица проводившего исследование
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
139-қосымша
Приложение 139
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 № 139/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 139/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Висцеральды және тері лейшманиозына зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации исследований на висцеральный и кожный лейшманиоз

Басталуы (Начат) "__"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регист	Зерттелушінің Т.А.Ә (	Туған жылы	Мекен – жайы	Тексеруге жіберген мекеме	Үлгіні тексеруге қабылд	Диагнозы, ауырға	Зерттеудің әдісі	Зерттеу нәтижелері Результат исследования		Нәтижелер берілге	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), , қолы	Ескерту
									Көрсеткіш Показатель			

рационный номер	болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии) обследуемого	Год рождения	Адрес проживания	Учреждение направившее на обследование	ау күні, айы, жылы Дата приема образца на исследование	н күні, айы, жылы Диагноз, дата заболевания	Метод исследования	Көрсеткіш Показатель	Басқалар (көрсетіңіз) Прочие (указать)	н күн, ай, жыл Дата выдачи результатов	Фамилия, имя, отчество (при наличии), , подпись , проводившего исследование	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
140-қосымша
Приложение 140
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 140/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 140/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Металды, металдан және метал қалдықтарынан жасалған бұйымдарды зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации исследований металла, изделий из металла и металлолома

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

№ п/п № р/н	Күні Дата	Тапсырыс беруші/ Заказчик	Зерттеу, өлшеу мақсаты /Цель исследования, замеров	Өлшеудің жалпы саны/ Общее кол-во замеров	Гамм-сәулелену/ Гамма-излучение	Бета-сәулелену/ Бета-излучение	Альфа сәулелену/Альфа-излучение	Орындаушының Т.А.Ә (болған жағдайда)/ Ф.И.О (при наличии), исполнителя	Хаттаманы беру күні/ Дата выдачи протокола	Ескертпе/ Примечание
					значение	значение	значение			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
141-қосымша
Приложение 141
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 № 141/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 141/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Арнайы сұйықтықтар мен мұнайдан жасалған өнімдердің сынамаларын зерттеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации и выдача результатов исследования образцов переработки нефтепродуктов и специальных жидкостей.

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Реттік нөмірі порядковый номер	Сынаманы іріктеу күні Дата отбора проб	Зерттеу жүргізілген күн Дата проведения исследования	Үлгі алынған орын, ұйымның атауы, оның ведомстволық иелігі Место отбора, наименование организации	Бұйымның атауы Наименование образца
1	2	3	4	5

Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеу қандай НҚ-қа сәйкес жүргізілді НД в соответствии с которой проводилось исследование	Зерттеу жүргізген тұлғаның аты жөні және қолы Подпись лица, проводившего исследование
Көрсеткіш атауы Наименование показателя	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Нормативтік көрсеткіш Нормативные показатели		
6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
142-қосымша
Приложение 142
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 №142/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма №142/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Рентгенологиялық (сәулелі диагностика және терапия) кабинеттерде жүргізілген дозиметриялық бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации дозиметрического контроля в рентгенологических кабинетах (лучевой диагностики и терапии)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу Нөмірі Регистрационный номер	Бақылау жүргізген күні Дата контроля	ЕПМ атауы, кабинет саны/ аппарат саны/ жұмыс орны саны Наименование ЛПУ, кол-во кабинетов/ аппаратов/раб мест	Өлшеу жүргізілген орын Место проведения замера	Рентген-қондырғы, зауыттық нөмірі Рентген-установка, заводской номер	Рентген сәулелендің өлшем саны Количество замеров рентгеновск излучения	Өлшем диапазондары Диапазон измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшемнен асқан өлшемдер саны Количество замеры с превышением	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Хаттама нөмірі Номер протокола	Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә(болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии) проводившего замер, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
143-қосымша
Приложение 143
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 №143/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма №143/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Экспресс-зерттеу нәтижелерін тіркеу және беру ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации и выдачи результатов экспресс- исследований

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу күні мен уақыты. Дата и время исследования	Обьектінің атауы, орналасқан жері Наименование, место нахождение объекта	Үлгі атауы Наименование образца	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Жүргізген адамның лауызымы, Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
144-қосымша
Приложение 144
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген №144/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 144/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Сынақ жүргізуге жарамсыз сынамаларды (үлгілерді) тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов (проб) не пригодных к испытанию (бракеражный)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Сынама атауы Наименование образца	Сынаманы жеткізген Т.А.Ә (болған жағдайда), /жіберген мекеме атауы Наименование организации Ф.И.О (при наличии), подпись доставший пробу	Бракераж себебі (материал сапасы, жеткізу ережелерін бұзу және т. б. Сәйкессіздіктерді атау) Причина бракеража (Перечислить нарушения, по качеству материала, правилам доставки и т.д)	Зерттелушінің ТАӘ, сынама, ошақ, мекенжайы ФИО больного, материал, очаг, адрес	Қабылданған шаралар Принятые меры	Бракеражға жауапты, Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии) ответсвенный за бракераж	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
145-қосымша
Приложение 145
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года
№ _____
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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №145/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 145/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___	

Сәйкессіздіктерді және түзету мен алдын алу іс-қимылдарын жүргізу жөніндегі іс-шараларды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации несоответствий и мероприятий по проведению корректирующих и предупреждающих действий

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Толтырылған күні	Анықталған сәйкессіздіктер	Сәйкессіздіктің орын алған уақыты мен жері	Сәйкессіздіктің себебі	Түзету іс-қимылы Корректирующи	Алдын алу іс-қимылы Предупреждающ	Өткізу мерзімі	Жауапты жүргізуші Ответственный	Орындалуы туралы белгі	Қабылданған іс-қимылдарды талдау және бағалау

Регистрационный номер	Дата заполнения	Обнаруженное несоответствие	Место и время возникновения несоответствия	Причина несоответствия	е действия	и е действия	Сроки проведения	з а проведение	Отметка о выполнении	Анализ и оценка предпринятых действий
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
146-қосымша

Ескерту. 146-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 14.08.2025 № 80 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

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 № 146/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 146/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылауға және қадағалауға жататын объектілерді тіркеу ЖУРНАЛЫ

Басталуы (Начат) 20 ж.(г) "__"_____

Аяқталуы (Окончен) 20 ж.(г) "__" _____

Облыс (Область)_____

Елді мекен (Населенный пункт)_____

Аудан (Район)_____

Қала (Город)_____

Санитариялық қадағалау саласы/ (Раздел санитарного надзора)

_____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Объектінің толық атауы Полное наименование объекта	Субъектінің толық атауы Полное наименование субъекта	ЖСН/ БСН ИИН/ БИН	Мекенжайы, телефон нөмірі, электрондық поштасы Адрес, номер телефона, электронная почта	Барлық жұмыс істейтіндер/ оның ішінде әйелдер Всего работающих/ из них женщин	Оның ішінде зиянды жұмыс жағдайында жұмыс істейтіндер/ оның ішінде әйелдер Из них занятых во вредных условиях/ из них женщин	Рұқсат/ хабарлама Разрешение/ уведомление	Қызмет түрі Вид деятельности	Пайдалануға енгізу Ввод в эксплуатацию	Ескертпе примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Ескертпе. Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылауға және қадағалауға жататын объектілердің тізбесін тіркеу журналы "Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік бақылау мен қадағалауға жататын өнімдер мен эпидемиялық мәні бар объектілердің тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30 қарашадағы № ҚР ДСМ-220/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21710 болып тіркелген) сәйкес қызмет түрлері бойынша толтырылады.

Примечание. Журнал регистрации объектов, подлежащих государственному санитарно- эпидемиологическому контролю и надзору, заполняется по видам деятельности в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-220/2020 "Об утверждении перечня продукции и эпидемически значимых объектов, подлежащих государственному контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21710).

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
147-қосымша
Приложение 147

к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 №147/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 147/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Бактерицидтік сәулелендіргіштің жұмыс істеген уақытын есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета отработанного времени бактерицидных облучателей

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Бөлімше (кабинет) атауы Название Отделения (кабинета)	Сәулелендіргішті орнату күні Дата установки облучателя	Қосу уақыты Время включения	Өшіру уақыты Время выключения	Жұмыс істеген уақыты Количество отработанного времени	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного персонала	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
148-қосымша
Приложение 148
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 148/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 148/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тоңазытқыш жабдығының, тоңазытқыш және мұздатқыш бөлмелердің немесе камералардың температуралық режимін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета температурного режима холодильного оборудования, холодильных и морозильных комнат или камер

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Термометр көрсеткіштері Показания термометра		Жауапты адамның қолы Подпись ответственного работника	Ескертпе (электр энергиясының өшірілгені туралы, еріту, тоңазытқыш жабдығының ақаулары) Примечание (отметки об отключении электроэнергии, размораживании, неисправности холодильного оборудования)
		Таңертен утром	Кешке вечером		
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
149-қосымша

Приложение 149
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 149/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 149/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тазалау жүргізуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации проведения уборки

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Үй-жайдың атауы Название помещения	Жүргізу уақыты Часы проведения	Дез.құралдардың уақыт экспозициясы Время экспозиции дез.средств	Кварцтау уақыты Время кварцевания	Жауапты Ответственный за проведение	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
150-қосымша
Приложение 150
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

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 №150/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 150/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Медициналық қалдықтарды күнделікті есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ ежедневного учета медицинских отходов

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж. (г.)
Кесте
Таблица

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні дата	"А" сыныбы* (м3) класс "А"*(м3)		"Б" сыныбы \класс "Б"			
				Биологиялық/ анатомиялық қалдықтар (кг) Биологические/ анатомические отходы (кг)			
		Пайда болды образовано	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
					Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен сжигающими методами	
1	2	3	4	5	6	7	8
"Б" класс класс "Б"							

Өткір, үшкір қалдықтар (кг) Острые, колющие отходы (кг)				Өзге де (кг) Прочие (кг)			
Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратқан) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
	Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен сжигающими методами			Өртеу арқылы сжиганием	Өртемеу әдістерімен сжигающими методами	
9	10	11	12	13	14	15	16

*"А" сыныбы қалдықтарының пайда болу көлемі тоқсан сайын, жарты жылдықтың және жылдың қорытындысы бойынша, ТҚҚ қалдықтарын әкетуге арналған жүкқұжатына сәйкес толтырылады

* показатели объемов образования отходов класса "А" заполняются ежеквартально, по итогам полугодия и года, согласно накладным на вывоз отходов ТБО

Кестенің жалғасы

продолжение таблицы

"В" сыныбы класс "В"								
Биологиялық/ анатомиялық қалдықтар (кг) Биологические/ анатомические отходы (кг)			Өткір, үшкір қалдықтар (кг) Острые, колющие отходы (кг)			Өзге де (кг) Прочие (кг)		
	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа		Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа		Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты)	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа

Пайда болды образовано	Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образовано	Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образовано	Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)
	Өртеу арқылы сжиганием	Өртеу әдістерімен не сжигающими методами			Өртеу арқылы сжиганием	Өртеу әдістерімен не сжигающими методами			Өртеу арқылы сжиганием	Өртеу әдістерімен не сжигающими методами	
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Кестенің жалғасы

продолжение таблицы

"Г" сыныбы класс "Г"								"Д" сыныбы (кг) Класс "Д" (кг)	
Құрамында сынап бар заттар (дана) Ртутьсодержащие предметы (шт)		Сұйық (л), қатты (кг) дәрілік заттар Лекарственные средства жидкие (л), твердые (кг)				Өзге де (кг) Прочие (кг)			
Пайда болды образовано	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образовано	Денсаулық сақтау объектісінің өзі залалсыздандырды (кәдеге жаратты) Обезврежено (утилизировано) самим объектом здравоохранения		Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним организациям на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образовано	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним на обезвреживание (утилизацию)	Пайда болды образовано	Залалсыздандыру (кәдеге жарату) үшін басқа ұйымдарға берілді Передано сторонним на обезвреживание (утилизацию)
			Өртеу арқылы сжигание м	Өртемеу әдістерімен не сжигающими методами					
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38

Ескертпе.

Күн сайын есепке алу нысаны электронды түрде xls (Microsoft Excel) форматында толтырылады.

Примечание.

Форма ежедневного учетазаполняется в электронном виде, в формате xls (Microsoft Excel).

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
151-қосымша
Приложение 151
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 №151/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 151/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Өнім берушілерді және олар жеткізетін өнімді есепке алу, бағалау ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета, оценки поставщиков и поставляемой ими продукции

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Толтырылған күні Дата заполнения	Өнім берушінің атауы Наименование поставщика	Сатып алынатын өнімнің атауы Наименование закупаемой продукции	Өтінім № және күні № и дата заявки	Бағасы, теңге Цена, тенге	Өнім берушімен жұмыс істеу кезінде жақсарту серпіні Динамика на улучшение при работе поставщиком	Кепілдік Гаранти	Сапасы Качество	Жеткізудің сенімділігі Надежность поставок	Таңдау нәтижесі Результат выбора

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
152-қосымша
Приложение 152
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 152/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 152/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Иондаушы сәулелену көздерін пайдаланатын шаруашылық жүргізуші субъектілерді және радиобелсенді заттардың қозғалысын есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета хозяйствующих субъектов, использующих источники ионизирующего излучения и движения радиоактивных веществ

1. Объектілер тізімі/Список объектов

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Шаруашылық жүргізуші субъектінің атауы Наименование хозяйствующего субъекта	Объектінің мекен-жайы Адрес объекта	Министрлік (ведомство) Министерство (ведомство)	Радиациялық қауіпсіздікке жауапты адамның тегі, аты,әкесінің аты және телефоны Фамилия, имя, отчество контактный телефон

				ответственного за радиационную безопасность
1	2	3	4	5

2. Жұмыс парақтары әр объектіге ашылады
Рабочие листы заводятся на каждый объект

Тіркеу номері Регистрационный номер	Изотоптың атауы Наименование изотопа	Алғашқы белсенділі, өлшеу мерзімі (Кюри, /а) Начальная активность, дата измерения	Төлқұжаты бойынша көздің номері Номер источника п о паспорту	Контейнердің нөмірі (радиоизотоптық аспаптар үшін) Номер контейнера (для радиоизотопных приборов)	Түскен күні Дата поступления	Қызмет е т у мерзімі(қай жылға дейін) Срок службы (до какого года)	Қайда берілгені немесе көмілгені туралы белгі Отметка о передаче и л и захоронении	Ескертпе Примечание
6	7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
153-қосымша
Приложение 153
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 153/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного о р г а н а		Медицинская документация Форма № 153/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологической службы		Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Жеке дозиметрия нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации результатов индивидуальной дозиметрии

Басталды (Начато) "____" _____20___ж (г)

Аяқталды (Окончено) "____" _____20___ж (г)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні,айы, жылы Дата	Шаруашылық субъектісінің, ұйымның атауы Наименование хозяйствующего субъекта, организации	"А" тобы персоналының Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии), персонала группы "А"	Дозиметрдің (кассетаның) нөмірі Номер дозиметра (кассеты)	Құралдың көрсеткіштері Показания прибора	Қайта есептеу коэффициенті Коэффициент пересчета	Мөлшер, мЗв Доза, мЗв	Дозиметристің Қолы Подпись дозиметриста
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
154-қосымша
Приложение 154
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № _____бұйрығымен бекітілген № 154/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 154/у

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

ПТР* әдісімен ГТО* бар болуына шикізат және тағам өнімдерінің үлгілерін тіркеу және олардың нәтижелерін беру ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов и выдачи результатов исследования сырья и пищевых продуктов на содержание ГМО*методом ПЦР*

Басталды (Начат) "___"_____20____ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Пайдалнылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні дата			Үлгі атауы, саны, көлемі, алынған орын Наименование образца, количество, объем, место отбора	Зерттеу әдісі Метод исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования		Зерттеу аяқталған күн, жүргізген адамның лауызымы, Т.А.Ә (болған жағдайда), және қолы Дата окончания исследования, должность, Ф:И.О (при наличии), и подпись лица, проводившего исследование	Нәтиже берілген күні Дата выдачи результата
	Алынған үлгі Отбора образцов	Зертханаға келіп түсуі Поступления в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начала исследования			Сапалық көрсеткіш Качественный показатель	Сандық көрсеткіш Количетсвенный показатель		
1	2	3	4	5	7	8	9	10	11

*ГТО - генетикалық түрлендірілген объектілер

*ГМО - генетически модифицированных объектов

* ПТР - полимеразды-тізбекті реакция

* ПЦР - полимеразно-цепной реакций

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
155-қосымша
Приложение 155
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №____ бұйрығымен бекітілген № 155/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 155/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Есекқұрттар имаголарының маусымдық санының серпінін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета сезонной динамики численности имаго москитов _____ _____облысы (области), (в районе) _____ ауданындағы елді мекеннің атауы (наименование населенного пункта) _____ _____ 20 ж. (г.)

Есепте у тәсілі (үй-жай лардағ ы жабыс қақ бетте, іннің алдына қойылға н	Он күн сайын* және орташа айлық (бұдан әрі ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность											
	Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			

құйғы тәрізді ұстағышта) Способ учета (в помещениях на липкий лист, воронкообразной ловушкой из нор)	1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

кестенің жалғасы

продолжение таблицы

Он күн сайын* және орташа айлық (бұдан әрі ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность												Орташа маусымдық көрсеткіш Среднесезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

*Әрбір он күндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: бөліндісінде үнсіз масаның барлық саны, бөлгішінде 1 жабысқақ параққа немесе 1 қақпанға

*Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего москитов, в знаменателе – на 1 липкий лист или на 1 ловушку.

Примечание: учет проводится по типам помещений (жилые, хозяйственные, скотные), в открытой природе

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
156-қосымша
Приложение 156
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі Министерство национальной экономики Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2021 жылғы "___" мамырдағы №___ бұйрығымен бекітілген № 156/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 156/у Утверждена приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от " " мая 2021 года №___

Аумақтардағы барлаушының тексеріп қараулар нәтижелері бойынша кене энцефалитін тасымалдаушы иксодты кенелердің санын есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета численности иксодовых клещей-переносчиков клещевого энцефалита по результатам рекогносцировочных обследований на территориях _____ облысы (области) _____ ауданы (района)

Ауданның, ландшафты-климатты аймақтың атауы, маршруттың нөмірі Наименование района, ландшафтно-климатической зоны, номер маршрута	Тексеріп карау күні Дата Обследования	Тексеру көлемі, км Объем обследования в км	Зерттелген аумақтың өсімдік жамылғысынан жиналған кенелер Собрано клещей с растительного покрова обследованной территорий	Оның ішінде түрлік тиістілігі бойынша В том числе, по видовой принадлежности	Қаралған ірі қара мал Осмотрено крупного рогатого скота	Оның ішінде кене басқан мал (ІҚМ және ҰМ) В том числе заклещеванного скота (КРС и МРС)
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

	Оның ішінде түрлік тиістілігі бойынша		Оның ішінде түрлік тиістілігі бойынша	Зертханаға зерттеуге	

Жинал ған кенелер Собрано клещей	В том числе, по видовой принадлежности	Барлық жиналған кенелер Всего собрано клещей	В том числе, по видовой принадлежности	жіберілген кенелер Направлено клещей на исследование в лабораторию	Зерттеу нәтижелері Результаты исследований	
					Патогендік агенттер бөлінді Выделены патогенные агенты	О ң партиялардың пайызы Процент положительных партий
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
157-қосымша
Приложение 157
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №__ бұйрығымен бекітілген №157/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 157/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Имаго қансорғыш буынаяқтыларға қарсы күрес бойынша жұмыстарды есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета работ по борьбе с личинками и имаго кровососущих членистоногих

Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта) _____ _____ (в районе) _____ _____ ауданы, _____ облысы (области)

Өңдеу орны (суқойма) Место обработки (водоем)	Өңдеуге дейінгі тексеріп қарау күні Дата обследования до обработки	Өңдеуге дейінгі буынаяқтылардың саны (түрі, есепке алу бірлігі) Численность членистоногих до обработки (вид, единица учета)		Өңдеу көрсетімдері Показания к обработке	Өңдеу күні Дата обработки	Препараттың атауы мен мөлшері Наименование препарата, дозировка, расходядов	Өңделген алаң Обработанная площадь	Тиімділігін бақылау Контроль эффективности			
		Құрттар Личинки	Ересек Имаго					Өңдеуден кейінгі тексеру күні Дата обследования после обработки	Өңдеуден кейінгі саны (түрі, есепке алу бірлігі) Численность после обработки (вид, единица учета)		Тиімділігінің пайызы Процент эффективности
									Құрттар личинки	Ересек имаго	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
158-қосымша
Приложение 158
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №_____ бұйрығымен

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		бекітілген № 158/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 158/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Экстенсивті зерттеп-қарау (жаппай аулау) нәтижелері бойынша жәндіктер санын есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета численности насекомых по результатам экстенсивных обследований (массовый отлов)* облысы (области) _____ ауданында (районе) _____

Елді мекеннің атауы, объект Наименование населенного пункта, объект	Үй-жайдың түрі Тип помещения	Есепке алу күні Дата учета	Есепке алу тәсілі, үлгілердің саны, есеп бірлігі Способ учета, количество образцов, единица учета	Ауланған жәндіктер саны Количество выловленных насекомых	Орта көрсеткіш Средний показатель	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7

* Ескертпе: безгек масаларына, синантропты шыбындар мен шыбын-шіркейлерге жеке жүргізіледі

Примечание: вести отдельно для малярийных комаров, синантропных мух и москитов

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
159-қосымша
Приложение 159
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №____ бұйрығымен бекітілген №159/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 159/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Анофелес дәрнәсілдері санының маусымдық серпінін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации сезонной динамики численности личинок Анофелес

Елді мекеннің атауы (Наименование населенного пункта) _____

Масаның түрі (Вид комара)_____

есептеу әдісі (метод учета)_____

күні (дата) "____"_____ 20 ж. (г.)

Суқойма Водоем	Он күн сайынғы* және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность											
	Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
	1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Он күн сайынғы* және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная* и среднемесячная (далее-СМ) численность												Маусымдық орташа көрсеткіш Среднесезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

* Әрбір онкүндікті 2 кіші бағанға бөлеміз: бөлінгішінде – барлық құрттар, бөлгішінде – бір сынамаға келетін саны; Бір м2 су бетіне келетін санды қайта есептеу зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды жинақтау барысында жүргізу керек.

*Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м2 водной

поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
160-қосымша
Приложение 160
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №_____ бұйрығымен бекітілген №160/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 160/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Қансорғыш буынаяқтылардың түрлік құрамын зерделеу нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации результатов изучения видового состава кровососущих членистоногих (в)_____ ауданында (районе),_____ облысында (области)

Елді мекеннің атауы Наименование населенного пункта	Буынаяқтылар түрінің атауы мен олардың даму фазалары Наименование вида членисто	Түрі мен айы бойынша жиналған түрлерінің саны Численность собранных экземпляров по видам и месяцам						Барлық жиналғаны Всего собрано	
		IV	V	VI	VII	VIII	IX	Абсолютік санмен В абсолютн	Ортақ саннан алынған пайызбен В процентах от

	ногого и фазы его развития							ых числах	общего числа
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
161-қосымша
Приложение 161
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №_____ бұйрығымен бекітілген №161/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 161/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Жәндіктер мен кенелердің шағуымен (шабуылымен) жүгінгендерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации обратившихся с укусами (нападением) клещей Басталуы (Начат) ___ _____ 20 ж. (г.) Аяқталды (Окончен) _____ 20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	ЕПМ-де кене шағу жағдайының тіркелген күні Дата регистрации случая укуса клеща в ЛПУ	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии),	Туған күні Дата рождения	Ауылдық округтің, елді мекеннің, учаскенің атауы Наименование сельского округа, населенного	Үй мекен-жайы Домашний адрес	Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы Место работы, учебы,

				пункта, участка		наименование детской организации
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Кенелердің шабуыл жасау аумағы, орны ((ашық аумақта, мал үй-жайында, жайылымда, аула аумағында)) Территория, место нападения клещей (на открытой тоерритории, скотное помещение, пастбище, на территории двора)	денеде кенені табу және оны алу күні дата обнаружения клеща на теле и его снятия	кенені зертханаға жеткізу және кенені зерттеу күні доставка клеща в лабораторию и дата исследования клеща	Тексеру нәтижесі Результат Обследования	кенелердің түрлері, жынысы Видовая и половая принадлежность клещей	Орындаушының қолы, тегі, аты, әкесінің аты Фамилия,имя, отчество, должность исполнителя
8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
162-қосымша
Приложение 162
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 162/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 162/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тағам өнімдерінің үлгісін тіркеу және нәтижелерін беру (ЖТЗ зертханасы*) ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации образца и выдачи результатов исследований пищевых продуктов (лаборатория ВТИ*)

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Сынама алу күні Дата отбора образца	Сынаманың түскен күні Дата поступления	Хаттаманың құрылған күні Дата составления протокола	Сынама алынған орын, мекен-жайы және ұйымның атауы Место отбора, адрес и наименование организации	Сынаманың атауы Наименование образца	Зерттелетін көрсеткіштердің, оның ішінде сезім мүшелері арқылы сезіну көрсеткіштерінің тізімі. Органолептические показатели	Физикалық-химиялық көрсеткіштерФизико-химические показатели	Анықталған консцентрация Обнаруженная концентрация	Өнімнің НҚ бойынша нормасы Норма по НД на продукт	Анықтау әдісінің НҚ НД на метод определения	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии), ., подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13

* ЖТЗ зертханасы- жоғары технологиялық зерттеу зертханасы

* лаборатория ВТИ - лаборатория Высоко технологической исследований

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
163-қосымша
Приложение 163
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 163/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 163/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Дайын тағамдардың, рациондардың үлгілерін құнарлылыққа зерттеу және нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов и результатов исследования готовых блюд, рационов на калорийность

Басталуы (Начат) "___"_____20__ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ___ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата		Сынама алынған ұйымның атауы Наименование объекта, где взят образец	Тағамдардың атауы Наименование блюд	Үлессалмағы Вес порции		Салмағы Вес		
	Өндірілуі Выработки	Түсуі Поступление			Салынуы бойынша По раскладке	Іс жүзіндегі Фактически	Тығыз бөлігінің Плотной части	Ет, балық Мясо, рыба	Гарнирдің Гарнира
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Продолжение таблицы

Химиялық құрамы Химический состав (грамм)											
Құрғақ заттар Сухие вещества			Белоктар және көмірсулар Белки и углеводы			Бөлек Раздельно					
						Белоктар Белки			Көмірсулар Углеводы		
										Ең аз рұқсат	

Рецепт бойынша По рецепту	Ең аз рұқсат етілген Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Остаить По рецепту	Ең аз рұқсат етілген Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Рецепт бойынша По рецепту	Ең аз рұқсат етілген Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Рецепт бойынша По рецепту	етілген Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Майлар Жиры			Құнарлылығы Калорийность			Ауытқулар (%) Отклонение (%)						
Рецепт бойынша По рецепту	Ең аз рұқсат етілген Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Теориялық Теоретически	Ең аз рұқсат етілген Минимально допустимые	Іс жүзінде Фактически	Белоктар Белки	Майлар Жиры	Көмірсулар Углеводы	Құнарлығы Калорийность	Құрамындағы С витамині Содержание витамина С	Зерттеу нәтижелері Результаты исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии) проводивший исследования
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
164-қосымша
Приложение 164
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 164/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 164/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__

Жерүсті су объектілері суларының және сарқынды сулардың су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета результатов исследования образцов воды поверхностных водных объектов и сточных вод

Басталуы (Начат) "____"_____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	Үлгі алынған орын және мекен-жай Место отбора пробы и адрес	Температурасы оС Температура оС			Иісі Запах		Түстілігі, градуспен Цветность в градусах	Түсі (сипаттау) Цвет (описать)
				Ауаның Воздуха	Судың Воды	Қарқындылығы баллмен Интенсивность в баллах	Сипаты (сипаттау) Характер (описать)	Араластыру кезіндегі жоғалушегі Порог исчезновения при разведении		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Түсінің жоғалушегі (араластырғанда) Порог исчезновения цвета (при разведении)	Лай, тұнба (сипаттау) Муть, осадок (описать)	Лайлылығы Мутность мг/дм3	Мөлдірлігі, см Прозрачность в см	Қалқып жүрген қоспалар Плавающие примеси	Өлшенген заттар мг/дмі Взвешенные вещества	РН	Ерітілген оттегі мг/дмі Растворенный кислород мг/дм3	БПК – 5 мг 0,2/дм3	БПК – 20 мг 0,2/дм3	Тотығушылығы мг 0,2/дмі Окисляемость мг 0,2/дм3	ХПК мг 0,2/дм3	Сілтілігі мг-экв Щелочность мг-экв

12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
165-қосымша
Приложение 165
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 165/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 165/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__

Орталықтандырылған және орталықтандырылмаған сумен жабдықтаудың ауыз су үлгілерін зерттеу нәтижелерін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета результатов исследования образцов питьевой воды централизованного и нецентрализованного водоснабжения

Басталуы (Начат) "____"_____ 20 ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "____"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Сынама қабылданған күн Дата поступления	Үлгі алынған орын Место отбора образца		Иісі балл Запах в баллах		20оС-тағы дәмі, баллмен Привкус в баллах при 20оС		Стандартты шкала бойынша лайлылығы, миллиграмм / дециметр (бұдан әрі-мг/л)
					60оС			

			мекен-жай Адрес	20оС			Түстілігі, градуспен Цветность в градусах	Мутность (далее – мг/л) по стандартной шкале
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

рН	Қалдық хлор мг/л Остаточный хлор		Қалдық озон Остаточный озон мг/л	Тотығуы Окисляемость мгО2/л	Аммиактың Аммиака мг/л	Нитриттердің Нитритов мг/л	Нитраттардың Нитратов мг/л	Жалпы кермектігі моль/л Общая жесткость	Құрғақ қалдық мг/л Сухой остаток	Хлоридтер мг/л Хлориды
	Еркін Свободный	Байланған Связанный								
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сульфаттар мг/л Сульфаты	Темір мг/л Железо	Мыс мг/дл Медь	Мырыш мг/л Цинк	Молибден мг/л	Күшәла мг/л Мышьяк	Қорғасын мг/л Свинец	Фториды, мг/л Фториды	Қалдық алюминий мг/л Остаточный алюминий	Полиакриламид мг/л	Полифосфаттар мг/л полифосфаты	Марганец мг/л
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сурьма	Бен(а)пирен бромат	Цианид мг/дмі	Калий, мг/л	Борий мг/л	Кальций, м	Магний, м	Сілтілік Щелочность	АПАВ	Гидрокарбонатар Гидрокарбонаты	Мұнай өнімдері Продукты нефти
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Жергілікті жағдайларға тән арнайы заттар, мг/дмі Специфические вещества, характерные для местных условий						

Сынап мг/ л Ртуть	Кадмий мг/ л	Бериллий (Be 2+) мг/л	Бор (B) мг/л	Селен (Se) мг/ л	Никель (Ni) мг/л	Стронций мг/л
44	45	46	47	48	49	50

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Осы өңірге тән көрсеткіштер Показатели характерные для данного региона						Үлгілерге жүргізілген зерттеулер саны Количество исследований, проведенных в образце	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результатов исследований
1 , 2 дихлорэтан мг/л	Эпихлоргидрин мг/ л	Тетрахлорэтилен и трихлорэтилен, мг/ л	Тригалометаны общее содержание, мг/ л	Винилхлорид, мг/л	Акрпилами д мкг/л		
51	52	53	54	55	56	57	58

Ескертпе (Примечание):

1) үлгіге зертеудің барлық түрлері тіркелетін біртұтас зертханалық тіркеу нөмір беріледі (образцу придается единый лабораторный номер, под которым регистрируются все виды исследования);

2) су құбырларының су бөлетін желісінен, орталықтандырылған немесе орталықтандырылмаған сумен қамтамасыз ету көздерінің ауыз суын зерттеу көлемі көп болғанда жеке журналдар жүргізуге рұқсат етіледі (при большом объеме исследований питьевой воды из разводящей сети водопроводов, источников централизованного и децентрализованного водоснабжения допускается ведение самостоятельных журналов

Жер үсті су объектілерінің сынамаларына үлкен көлемді зерттеу жүргізгенде жеке журнал жүргізуге рұқсат етіледі. При большом объме исследований образца воды поверхностных водных объектов допускается ведение самостоятельного журнала.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
166-қосымша
Приложение 166
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 166/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 166/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Топырақ үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов и результатов исследования почвы

Басталуы (Начат) "__" _____ 20 ж. (г.)

Аяқталуы(Окончен) "_" _____ 20 ж. (г.)

Үлгіні тіркеу нөмірі Регистрационный номер образца	Күні Дата		Үлгі алынған орын, мекен-жайы Место отбораобразца, адрес	Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемыхпоказателей	
	Үлгі алынған Отбора образца	Зертханаға жеткізу Доставки влаборатор ию		Ылғалдылығы % Влажность %	Жалпы азот % Общий азот %
1	2	3	4	5	6

Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемых показателей							
азот мг/кг			Органикалық көміртек органический углерод	Хлоридтер мг/кг Хлориды	Фторидтер мг/кг Фториды	Күшәла мг/кг Мышьяк	Қорғасын, (мг/кг) Свинец (мг/кг)
Нитриттер Нитриты	Нитраттар Нитраты	Аммонийлі Аммонийный					
7	8	9	10	11	12	13	14

Анықталатын көрсеткіштердің атауы Наименование определяемых показателей					Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (

Сынап мг/кг Ртуть	Мұнай өнімдері мг/кг Нефте-продукты	Синтетикалық үстіңгі белсенді заттар (СБАЗ)мг/кг Синтетические поверхностно-активные вещества (СПАВ)	Осы өңірге тән көрсеткіштер Показатели характерные для данного региона							Ескерту Примечание	болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Ескертпе (Примечание): негізгі ингредиенттердің тізбесі өңірдің ерекшелігіне сәйкес анықталады

(перечень основных ингредиентов определяется в соответствии со спецификой региона)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
167-қосымша
Приложение 167
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 167/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа		Медицинская документация Форма № 167/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологической службы		Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Елді мекендердің атмосфералық ауа үлгілерін іріктеуді және зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации отбора и исследования образца атмосферного воздуха населенных мест

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгі алынған күн Дата отбора	Үлгі алынған уақыт Время отбора	Елді-мекеннің атауы Наименование населенного пункта	Метеорологиялық жағдайлар Метеорологические условия						Ластану көзі және ластану көзінен және үлгі алу орны арасындағы қашықтық Источник загрязнения и расстояние от источника загрязнения и место отбора	Анықталатын заттар Определяемые вещества
				Атмосфералық қысым Атмосферное давление	Ауаның температурасы Температура воздуха		Салыстырмалы ылғалдылығы Относительная влажность	Жел Ветер			
					Құрғақ Сухого	Ылғалды Влажного		Бағыты Направление	Жылдамдығы Скорость		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Анықталған бір реттік ең жоғары концентрация мг/м3 Обнаруженная максимально-разовая	Шекті рұқсат етілген концентрация (ШРК), Ең жоғарғы бір реттік мг/м3 Предельно-допустимая концентр	Анықталған орташа тәуліктік концентрация мг/м3 Обнаруженная средне-суточная	Орташа тәуліктік ШРК мг/м3 ПДК средне-суточная мг/м3	Іріктеу уақыты (сағ.,мин) Время отбора (час,мин)			Зерттеу жүргізуге негіз болған нормативтік құжаттама Нормативная документация, согласно	Зерттеу нәтижелері және берілген күн Дата выдачи результат	зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы Ф.И.О. (при наличии), подпись проводив
				Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Аспирация жылдамдығы, л/минутпен Скорость аспираци			

концентрация мг/м3	ация (ПДК), максимально-разовая мг/м3	концентрация мг/м3				и, в л/мин	которой проводилось исследование	о в исследований	шего исследование
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Ескертпе: Ауа үлгісіне реттік бірегей зертханалық (тіркеу) нөмір беріледі, сорғыштар мен сүзгілер ауа үлгісін зерттеу хаттамаларында осы нөмір арқылы тіркеледі.

Примечание: Образцу воздуха придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются поглотители и фильтры в протоколах исследования образца воздуха.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
168-қосымша
Приложение 168
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 168/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 168/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Жабық үй-жайлардың және жұмыс аймағының ауасы үлгісін және оны зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образца и выдачи результатов исследования воздуха закрытых помещений и рабочей зоны

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Нөмірле Номера		Алу күні Дата отбора	Тексерілетін нысан атауы Наименование обследуемого объекта	Метеорологиялық жағдайлар Метеорологические условия			
	Сорғыштардың, сүзгілердің Поглотителей, фильтров	Эскиз бойынша алу нүктелерінің Точек отбора по эскизу			Атмосфералық қысымы Атмосферное давление	Ауаның температурасы Температура воздуха		Салыстырмалы ылғалдылық Относительная влажность
						Құрғақ Сухого	Ылғалды Влажного	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ара қашықтық м, см Расстояние в м, см		Үлгі алу уақыты Время отбора образца		Аспирация жылдамдығы Скорость аспирации л/мин
Еденнен От пола	Ластану көзінен От источника загрязнения	Басталуы Начало	Аяқталуы Окончание	
10	11	12	13	14

Анықталатын көрсеткіштің, зат ингредиентінің атауы, мг/м3 Наименование определяемого показателя, ингредиента вещества в мг/м3	Зерттеу нәтижелері мг/м3 Результаты исследования в мг/м3		Зерттеу әдістемесі Методика исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись проводившего исследование
	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	ШРК, ЗҚДА және басқалар ПДК, ОБУВ и другие		
15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
169-қосымша
Приложение 169
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 169/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 169/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__

Дезинфекциялайтын заттардың үлгілерін және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов и выдачи результатов исследований дезинфицирующих средств

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні және уақыты Дата и время		Үлгілердің атауы Үлгілердің концентрациясы Саны, көлемі Наименование образца Концентрация образца Количество, объем	Үлгіні алған орын Место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель исследования	ҚН сәйкестігінің үлгіні зерттеу Исследования образца на соответствие НД
	Үлгі алынған Отбора образца	Зертханаға қабылдау Поступления в лабораторию				
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

Бақылау штамдарының атауы Наименование	Зерттеудің жүргізу барысы Ход исследования				Зерттеу нәтижесі	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда),
	Препараттың концентрациясы					

контрольных штаммов	Концентрация препарата	Бақылау штамдары Контрольные штаммы	Экспозициясы Экспозиция	Нәтижесі Результаты	Результаты исследования	Ф.И.О(при наличии), подпись лица, проводившего исследование
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
170-қосымша
Приложение 170
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 170/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 170/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Токсикологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации токсикологических исследований

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

	Заттың атауы, оның құрамы,	Зерттелінетін	Жануарлардың сипаттамасы Характеристика животных					Зерттеу барысы Ход исследования		Зерттеу жүргізген адамның қолы

Тіреу нөмірі Регистрационный номер	үлгінің алынған орны Наименование вещества, его состав, место отбора	мөлшер (концентрация) Исследуемая доза (концентрация)	Түрі Вид	Салмағы Вес	Топтық белгі Групповая метка	Жеке белгі Индивидуальная метка	Зерттеудің басталуы Начало исследования		Зерттеудің аяқталуы Окончание исследования	Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О(при наличии), подпись проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
171-қосымша
Приложение 171
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 171/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 171/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Полимерлік және басқа материалдар, олардан жасалған бұйымдар, химиялық заттар мен композициялар үлгілерін зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации исследования

образца полимерных и других материалов, изделий из них, химических веществ и композиций

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Үлгіге токсикологиялық зерттеулерді тіркейтін реттік бірыңғай зертханалық (тіркеу) нөмірі беріледі

(Образцу придается порядковый единый лабораторный (регистрационный) номер, под которым регистрируются токсикологические исследования).

Тіркеуін өмірі Регистрационный номер	Күні Дата		Үлгі алынған орын, ұйымның атауы, оның ведомстволық иелігі Место отбора, наименование организации, его ведомственная принадлежность	Бұйымның атауы Наименование изделия	Зерттеу қандай НҚ-қа сәйкес жүргізілді НД в соответствии с которой проводилось исследование	Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеу жүргізген адамның аты жөні және қолы Подпись лица, проводившего исследование	Нәтижелерді алған адамның Аты жөні. және қолы Подпись лица, получившего результаты исследования
	Талдаудың басталу Начало анализа	Талдаудың аяқталу Окончания анализа				Көрсеткіш атауы Наименование показателя	Анықталған концентрация Обнаруженная концентрация	Рауалы Рұқсат ететің концентрация Допустимая концентрация		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
172-қосымша
Приложение 172
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 172/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 172/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тағам өнімдерінің және қоршаған орта объектілерінің үлгілерін пестицидтердің қалдық санына және минералдық тыңайтқыштардың тіркеу және зерттеу нәтижелерін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образца и учета результатов исследования продуктов питания и объектов окружающей среды на остаточное количество пестицидов, действующих веществ пестицидов и минеральных удобрений

Басталуы (Начат) "____"_____20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлгі алынған күн Дата отбора образца	Талдау жүргізілген күн Дата проведения анализа	Үлгі алынған орын, аудан Место отбора образца, районы	Үлгінің салмағы мен көлемі Вес и объем образца	Зерттелетін пестицидтер Исследуемые пестициды	Минералды тыңайтқыштардың көрсеткіштері Показатели минеральных удобрений	Талдаулар саны Количество анализов	Анықталған пестицидттер, мг/кг Минералды тыңайтқыштардың көрсеткіштері Обнаруженное содержание показателей пестицидов и минеральных удобрений	ШРК мг/кг, МРЕД, мг/кг ПДК мг/кг, МДУ мг/кг	НҚ НД	Зерттеу жүргізген адамның қолы тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
173-қосымша
Приложение 173
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 173/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 173/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Жарықтандыруды өлшеуді және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации измерений и выдачи результатов исследований освещенности

Басталуы (Начат) "____"_____20 ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "____"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өлшеу күні Дата измерений	Объектінің атауы Наименование объекта	Өлшеуге арналған құралдар Приборы	Табиғи жарықтандыруды өлшеу нәтижелері Результаты измерений естественной освещенности					
				Жоғары жарықтану кезінде. При верхнем освещении		Бүйірінен жарық түсіру кезінде. При боковом освещении		Сыртқы жарық. Наружная	ТЖК орташа мәні. КЕО среднее
					Норма бойынша рұқсат	ТЖК өлшенген.	Норма бойынша рұқсат		

			для измерения	Т Ж К өлшенген. К Е О измеренное	етілген. Допустимая по нормам	КЕО измеренное	етілген. Допустимая по нормам	освещенность	значение
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Жасанды жарықтандыруды өлшеу нәтижелері Результаты измерения искусственной освещенности		Біріккен жарықтандыру кезіндегі При совмещенном освещении	Нормалар бойынша рұқсат етілген Допустимая по нормы	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), подпись лица проводившего исследование
Люкстердегі жарықтандыру, лк Освещенность в люксах	Нормалар бойынша рұқсат етілген, лк Допустимая по нормам, лк	Люкстердегі жарықтандыру, лк Освещенность в люксах		
11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
174-қосымша
Приложение 174
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 174/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа		Медицинская документация Форма № 174/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологической службы		Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Шуды, дыбыс оқшауланууын, инфрадыбысты, ультрадыбыстарды және дірілді өлшеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации измерений шума, звукоизоляций, инфразвука, ультразвука и вибрации

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні айы, жылы Дата, месяц, год	Шаруашылық жүргізкші субъектінің, ұйымның атауы Наименование хозяйствующего субъекта, организации	Цех, бөлім, үй-жай Цех, отделение, помещение	Өлшеулер саны Количество замеров							
				Шу (Шум)		Дыбыс оқшаулануы (Звукоизоляция)		Инфрадыбыс (Инфразвук)		Ультрадыбыс (Ультразвук)	
				Барлығы / Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барлығы / Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барлығы Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барлығы Всего	Рауалы шегі Выше ПДУ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Діріл (Вибрация)				Қолданылған құралдардың атауы Наименование использованных приборов	Өлшеулер жүргізген мамандардың Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии) и подпись специалистов проводившихизмерения	Хаттама алған адамның қолы Подпись лица, получившего протокол
Өлшеулер саны Количество замеров						
Жалпы Общая		Жергілікті Локальная				
Барлығы Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ	Барлығы Всего	ШРК-дан жоғары Выше ПДУ			
13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
175-қосымша
Приложение 175
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен Бекітілген № 175/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 175/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Электромагниттік өрісті (бұдан әрі - ЭМӨ) өлшеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации измерений электромагнитного поля (далее - ЭМП)

Басталуы (Начат) "__"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

					ЭМӨ кернеулілігі Напряженность ЭМП			Инфрақызыл, ультракүлгін лазерлік сәулелену қарқындылығы; ЭМӨ кернеулілігі өндірістік жиілік (50Гц) Интенсивность: инфракрасного; ультрафиолетового;	Энергия ағысының тығыздығы Вт/м2, МкВт/см 2 Плотность потока энергии Вт/м2, МкВт/см 2	Қолданылған құралдардың атауы Наименование использ	Өлшеу жүргізген маманд ардың тегі, аты, әкесінің аты. Фамилия, имя,
Тіркеу нөмірі Регистр	Күні Дата	Нысанның атауы	Цех, бөлім Цех, отдел	Жұмыс орындарының саны Количество	Электрлік құрамы бойынша, кВ/м,В/м По электрической составляющей,	Құрамындағы магнит бойынша А /м, мкТл По магнитной составляющей	Электростатикалық өріс кВ/м, Электростатическое				

ационны й номер		Наимен ование объекта		рабочи х мест	кВ/м,В/м	А /м, мкТл	поле кВ /м	лазерно г о излучени я; напряж енность ЭМП промы шленно й частоты 50Гц) Вт/м2, Дж/м2,, кВ/м		ованны х прибор ов	отчеств о специа листов, провод ивших измере ние
					Өлшеу лер саны, Измере нное количес тво/ ПДУ	Өлшеу лер саны, Измере нное количес тво / ПДУ	Өлшеу лер саны, Измере нное количес тво/ ПДУ	Өлшеу лер саны, Измере нное количес тво / ПДУ	Өлшеу лер саны, Измере нное количес тво / ПДУ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
176-қосымша
Приложение 176
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 176/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 176/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Жеке дозиметрия нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации результатов индивидуальной дозиметрии

Басталды (Начато) "____" _____20___ж (г)

Аяқталды (Окончено) "____" _____20___ж (г)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні,айы, жылы Дата	Шаруашылық субъектісінің, ұйымның атауы Наименование хозяйствующего субъекта, организации	Дозиметрдің (кассетаның) нөмірі Номер дозиметра (кассеты)	Құралдың көрсеткіштері Показания прибора	Қайта есептеу коэффициенті Коэффициент пересчета	Мөлшер, мЗв Доза, мЗв	Дозиметристің Қолы Подпись дозиметриста
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
177-қосымша
Приложение 177
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		№___ бұйрығымен бекітілген № 177/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 177/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Радиобелсенділікті зерттеуге түсетін үлгіні және оларды зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы ЖУРНАЛ регистрации образца, поступающих на исследование радиоактивности и результатов их исследования

Басталды (Начато) "____" _____20___ж (г)

Аяқталды (Окончено) "____" _____20___ж (г)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Қабылданған күні Дата поступления	Үлгінің атауы Наименование образца	Алынған орны мен уақыты Место и время отбора	Үлгінің көлемі (салмағы) Объем (вес) образца	Қорабының сипаттамасы Характеристика упаковки	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Үлгіні қабылдаған адамның қолы Подпись Принявшего образец
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу нәтижелері Результаты исследований									Дәрігер-зертханашының қолы және Аты жөні, Ф.И.О(при наличии) и подпись врача-лаборанта
Қосынды альфа-белсенділік Суммарная альфа-активность	Қосынды бета-белсенділік Суммарная бета-активность	Ra-226	Th -232	К-40	Cs-137	Sч-90	Pb-210	Басқа изотоптар Другие изотопы	
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
178-қосымша
Приложение 178
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 178/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 178/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Радиометриялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации радиометрических исследований

Басталды (Начато) "____"_____20___ж (г)
Аяқталды (Окончено) "____" _____20___ж (г)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тіркеу журналыбойынша нөмірі Номер по журналу регистрации	Талдау жүргізілген күн Дата проведения анализа	Үлгініңатауы Наименование образца	Зерттелген үлгінің салмағы(көлемі), (кг, л) Масса (объем) исследованной образца (кг, л)	Есептік үлгінің салмағы (м) Масса счетного образца (м)	Есептеу уақыты (с) Время счета(с)
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

Құралдың көрсеткіштері Показания прибора				Коофициент Eff a	Коофициент Eff в	Коофициент Ktr	Үлгінің белсенділігі Альфа - активность	Бета-активность
Счет фона по альфа - каналу	Счет фона по бета-канала	Счет образца с вычетом фона по альфа каналу	Счет образца с вычетом фона по бета-каналу					
8	9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
179-қосымша
Приложение 179
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 179/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 179/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Радиохимиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации радиохимических исследований

Басталды (Начато) "____" _____20___ж (г)
Аяқталды (Окончено) "____" _____20___ж (г)

	Талдау жүргізілген күн			Анықтау әдісі		

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Дата проведения анализов		Үлгінің атауы Наименование образца	Зерттелетін көрсеткіштердің тізбесі Перечень исследуемых показателей	бойынша НҚ НД на метод определения	Зерттелінетін үлгінің салмағы Вес исследуемой образца	Төсеніш салмағы Вес подложки
	Басталуы Начало	Аяқталуы Конец					
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Тасушының шығуы (в) Выход носителя (в)	Ыдырауға байланысты түзету Поправка на распад	Қондырғының сезгіштігі Чувствительность установки	Аямен бірге үлгіні есептеу жыдамдығы Скорость счета пробы с фоном	Аяны есептеу жылдамдығы Скорость счета фона	Үлгінің белсенділігі Активность пробы	НҚ бойынша норматив Норматив по НД
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
180-қосымша
Приложение 180
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 180/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 180/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Радиациялық бақылау және зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации радиационного контроля и исследований

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г).

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г).

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Объектінің атауы, мекенжайы Наименование объекта, адрес	Өлшеулер жүргізілетін орын Место проведения замеров	Өлшеулер мақсаты Цель измерения	Аймақтың табиғи гамма-аяның ЭМҚ (мкЗв/ч) МЭД естественного гамма-фона местности(мкЗв/ч)	Дозаның өлшенген куаты (мкЗв/час, н/сек) Измеренная мощность дозы (мкЗв/час, н/сек) Еденнен жоғары (топырақтан) На высоте от пола (грунта)		
					1,5м	1м	0,1м
1	2	3	4	5	6	7	8

ЭМҚ өлшеулерінің жалпы саны Общее количество замеров МЭД	Ауадағы радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді белсенділігі (Бк/м3) Равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе (Бк/м3) Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м.·сек) Измеренная плотность потока радона с поверхности грунта (мБк/м2·сек)	Радон өлшемінің жалпы саны Общее количество замеров радона	Маманның қолы және тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество и подпись специалиста
9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
181-қосымша
Приложение 181
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 181/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 181/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__

Жергілікті жерде гамма-фонды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации гамма-фона местности

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г).

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г).

Күні Дата	Өлшеу уақыты Время измерения	Дозаның қуаты мкЗв/сағ Мощность дозы, мкЗв/час	Ауа райы жағдайы туралы белгі Отметка о погодных условиях
1	2	3	4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
182-қосымша
Приложение 182
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген №182/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 182/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Адамдардан алынған үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов материала от людей и выдачи результатов исследований

Басталды (Начат) "_____"_____20____ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "_____"_____20____ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время		Үлгіні жіберген ұйым Организация, направившая образец	Үлгінің атауы Наименование образца	Тексерілетін адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Тұрғылықты мекенжайы Адрес проживания	Жұмыс орны, лауазымы Место работы, должность	Диагноз, тексеріп қарау еселігі Диагноз, кратность обследования
	Үлгілер алу Отбора образца	Зертхана қабылдаған Поступления в лабораторию							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ауырған күні Дата заболевания	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Күні дата			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты, лауазымы және қолы Фамилия имя отчество, должность и подпись лица, проводившего исследование
		Зерттеудің басталған Начала исследования	Зерттеудің аяқталған Окончания исследования	Нәтижелердің берілген Выдачи результатов		
11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
183-қосымша
Приложение 183
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 183/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 183/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Ішек инфекциялары тобына жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на кишечную группу инфекций

Басталды (Начат) "_____"_____20____ж. (г.)
Аяқталды (Окончен) "_____"_____20____ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):
Используемая нормативная документация (далее – НД):
1._____
2._____

Күні Дата	Реттік нөмірі Порядковый номер	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тығыз орталарға тікелей себу Прямой посев наплотные среды		Қоректік ортадан себінді алу Высев со средыобогащения			Микроскопия
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации								
Лакт		Күкірт сутек	Уре		Қозғалғыш			Симонсцитраты	Кристенсцитраты			

оза	Глюкоза	Сероводород	аза	Индол	тығы Подвижность	Маннит	Сахароза	Цитрат Симонса	Цитрат Кристенса	Ацетат	Фенилаланин	Лизин
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации												
Малонат	Дульцит	Сорбит	Арабиноз	Ксилоз	Рамноз	Трегалоз	Мальтоз	Фогес-Проскауэр реакциясы Реакция Фогес-Проскауэра				
23	24	25	26	27	28	29	30	31				

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации						Антигенді құрылым Антигенная структура	Зерттеунәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
Реакция сметиловым красным	Нитраттар дыңқалпына келуі Востановление нитратов	Аргинин	Орнитин	Инозит	Фаголизис			
32	33	34	35	36	37	38	39	40

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
184-қосымша
Приложение 184
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № бұйрығымен бекітілген № 184/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 184/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Стафилококка жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на стафилококк

Басталды (Начат) "_____"_____20____ж. (г.)
Аяқталды (Окончен) "____" _____20____ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):
Используемая нормативная документация (далее – НД):
1._____
2._____

Зерттеу жүргізілген күн Датапроведения исследования	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тексерілетін адамның тегі,аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество обследуемого	Жасы Возраст	Жұмыс орны, мекен-жайы Место работы, домашний адрес	Үлгіні жіберген ұйым Организация, Направившая образец	Тығыз қоректенуор тасында өсуі Рост наплотных питательных средах	Микроскопия
1	2	3	4	5	6	7	8
Ұқсастыру тесттері Тесты идентификации							

Лецитиназ	Пигмент	Глицерин	Маннит	Мальтоз	Маноз	Галактоз	Трегалоз
9	10	11	12	13	14	15	16

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

Ұқсастыру тесттері		

Тесты идентификации							
Фосфатаз	Каталаз	Коагулаз	Үлпектіңтүзілуі хлопье образование	Гемолиз	Фогес-Проскауэрреакциясы Реакция Фогес-Проскауэра	Зерттеунәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы. Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество(при наличии), подпись проводившего исследование
17	18	19	20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
185-қосымша
Приложение 185
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 185/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 185/у

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Дифтерияға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на дифтерию

Басталуы (Начат) "____"_____ 20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20____ж. (г.)

Пайдаланылған нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ)

Используемая нормативная документация (далее - НД)

1._____

2._____

Күні Дата	Реттік нөмірі Порядковый номер	Тіркеу нөмірі Регистрационныйт номер	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество обследуемого	Жасы Возраст	Жұмыс орны, мекен-жайы Место работы, домашний адрес	Үлгіні жіберген ұйым Организация, направившая образец
1	2	3	4	5	6	7

Қоректену ортасы, өсу сипаты Питательная среда, характер роста	Микроскопен зерттеу Микроскопия	Глюкоза	Сахароза	Крахмал	Уреаза	Цистиназа	Мальтоза	Ксилоза
8	9	10	11	12	13	14	15	16

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

			Уыттандыру қасиеттері Токсигенные свойства				
		Нитраттардың нитритке тотықсыз	Тест Элека через 20 часов 20 сағаттан кейін жүргізілген Элек тесті	Тест Элека через 48 часов 20 сағаттан кейін жүргізілген Элек тесті			Зертеу жүргізген адамның аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и подпись

Гликоген	Фруктоза	дануы Восстановление нитратов в нитриты			метод ПЦР ПТР әдісі	Зерттеу нәтижелері Результаты исследования	лица, проводившего исследование
17	18	19	20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
186-қосымша
Приложение 186
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 186/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 186/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Кенелердің, жәндіктердің түрлік тиістілігін анықтауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации определения видовой принадлежности клещей, насекомых.

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жиналған кенелер Собрано клещей		
	Барлығы Всего	Кенелердің түрі Виды клещей	Тексерілген қорлар саны Число обследованных пулов
1	2	3	4

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
187-қосымша
Приложение 187
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 187/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 187/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Көкжөтел мен көкжөтелге ұқсас ауруларға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на коклюш и паракоклюш

Басталуы (Начат) "____"_____ 20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "____" _____ 20____ж. (г.)
Пайдаланылған нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ)

Используемая нормативная документация (далее - НД)

1._____

2._____

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тексерілуші адамның тегі,аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя,отчество (при наличии), обследуемого	Жасы Возраст	Жұмыс немесе оқу орны, мекен-жайы Место работы или учебы, домашний адрес	Дифференциалды орталарда өсуі Рост надифференциальных средах	
1	2	3	4	5	6	7

Микроскопен зерттеу Микроскопия	Уреаза	Қарапайым агардағы өсуі Рост на простом агаре	Тиразинді ЕПА-да өсуі Рост наМПА с тиразином	Қозғалғыштығы Подвижность	Цитратты жоюы Утилизация цитрата	Серологиялық типтеу Серотипирование	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталғанкүні, айы, жылы зерттеу жургізген адамнын тегі, аты, әкесінің аты және қолы Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество и подпись проводившего исследование
8	9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
188-қосымша
Приложение 188
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 188/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 188/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Менингококкқа жүргізілетін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на менингококк

Басталуы (Начат) "___"_____ 20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "____"_____ 20____ж. (г.)
Пайдаланылған нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ)
Используемая нормативная документация (далее - НД)
1._____

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тексерілетін адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), жасы Фамилия, имя, отчество (при наличии), возраст обследуемого	Жұмыс орны, мекен-жайы Место работы, домашний адрес	Үлгіні жіберген ұйым Организация, направившая	Микроскопия	Өсуі (Характер роста на):				
						37оС сарысулы агарда Сывороточном агаре при 37оС	37оС сарысусыз агарда Бессывороточном агаре при 37оС	20-22оС сарысулы агарда Сывороточном агаре	0,2% өтті агарда, 37оС сарысу агарында 0,2% желчном агаре сывороточном при 37оС	Алғашбөлінукезіндегі СО2-ғабайланыстыөсуі Зависимость роста от

				образец				при 20-22оС			СО2 при первичном выделении
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11

Сәйкестендіруге арналған тесттер (Тесты для идентификации)										Серологиялық типтеу Серотипирование	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы. Дата окончания исследования, фамилия, имя, очество (при наличии), , должность и подпись лица, проводившего исследование.
Пигменттің түзілуі Образование пигмента	Капсуланың болуы Наличие капсулы	Оксидаза	Каталаза	Глюкозаның / Глюкоза	Лактозаның / Лактоза	Мальтозаның / Мальтоза	1% сахарозаның / 1% сахароза	Фруктозаның / Фруктоза	5% -ды сахароза ерітінділі агарда полисахаридтің түзілуі Образование полисахарида на агаре с 5 % раствором сахарозы			
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
189-қосымша
Приложение 189
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 189/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 189/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Тағам өнімдерінің үлгілеріне микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований образцов пищевых продуктов

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж.(г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1._____
2._____

		Күні, уақыты Дата, время			Үлгінің атауы, алынған орны, алған адамның лауазымы,	МАШАнМС КМАФАнМ	

Сынамалар нөмірі Номера проб	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Алынған Отбора	Зертхана қабылданған Поступления в лабораторию	Зерттеудің басталған Начало исследования	Т.А.Ә (болған жағдайда) Наименование образца, место отбора Ф.И.О (при наличии) отобравшего образец	Себу көлемі Засеваемые объемы	Өскен колониялардың саны Количество выросших колоний
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Ішек таяқшалары тобындағы бактериялар Бактерии группы кишечных палочек (БГКП) и E.coli						
Себу көлемі Засеваемый объем	Жиналу ортасында өсуі Рост на средах накопления	Эндо ортасында өсуі Рост на среде Эндо	Микроскопия	Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации		
				Оксидаза	Глюкоза	Симонса
9	10	11	12	13	14	15

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу, оның ішінде сальмонеллалар Исследование на патогенные энтеробактерии, в том числе сальмонеллы											
Жиналу орталарындағы себілетін көлем Засеваемый объем на среды накопления	Тығыз қоректенуортасында өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия	Оксидаза	Лактоза	Глюкоза	Күкіртсутек / Сероводород	Уреаза	Қозғалғыштығы / Подвижность	Индол	Цитратты жою Утилизация цитрата	Лизин декарбоксилаза
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
190-қосымша
Приложение 190
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "__" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 190/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 190/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №__

Су үлгілеріне жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований образцов воды

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж.(г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1._____
2._____

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время			Үлгі алынған орын, объект Объект, место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цельисследования	МЖС (микробтардың жалпы саны) ОМЧ (общее микробное число)		Колиформды бактерияларға зерттеу Исследования на колиформные бактерии	
		Алынған Отбора	Зертхана қабылдаған поступления в лабораторию	Зерттеудің басталуы Начало исследования			Себу көлемі Засеваемый объем	Өскен колониялардың саны Количество выросших колонии	Себу көлемі Засеваемый объем	ЛПС-те өсуі Рост на ЛПС
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Колиформды бактерияларға зерттеу Исследования на колиформные бактерии					Коли-фагтар Коли-фаги		Сульфит түзуші клостридиялар Сульфитредуци-рующие клостридии		
Эндо ортасында өсуі Рост на среде Эндо	Микроскопия	Оксидазалы тест Оксидазный тест	37ғС кезіндегі лактоза Лактоза при 37ғС	44ғС кезіндегі лактоза Лактоза при 44ғС	Себу көлемі Засеваемый объем	Өскен БОЕ саны Количество выросших БОЕ	Себу көлемі Засеваемый объем	Вильсон-Блер ортасында өсу Рост на среде Вильсон-Блер	Микроскопия
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

стафилококка зерттеу: исследование на стафилококк				Ps.aeruginosa зерттеу Исследования на Ps.aeruginosa			
Себу көлемі Засеваемый объем	Тығызортада өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия	Плазмакоагуляция	Себу көлемі Засеваемый объем	Тығыз орталарда өсуі Ростна плотных средах	Микроскопия	Оксидазалы тест Оксидазный тест
22	23	24	25	26	27	28	29

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу Исследование на патогенные энтеробактерии										
Себу көлемі Засеваемый объем	Тығыз орталарда өсуі Ростна плотных средах	Микроскопия	Оксидаза	Лактоза	Глюкоза	Күкіртсутегі Сероводород	Уреаза	Қозғалғыштығы Подвижность	Цитратты жою Утилизация цитрата	Маннит
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Патогенді энтеробактерияларға зерттеу Исследование на патогенные энтеробактерии									Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты,

Рамноза	Рафиноза	Мальтоза	Дульцит	Ксилоза	Лизин	Аргинин	Орнитин	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
191-қосымша
Приложение 191
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 191/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 191/у

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Топырақ үлгілерін микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований образцов почвы

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1._____

2._____

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	үлгінің атауы, алынған орны Наименование образца, место отбора	Коли-титрді анықтау Определение коли-титра					Cl.perfringens титрін анықтау Определение титра Cl.perfringens			МАШАнМ анықтау Определение МАФАнМ	
			Себу көлемі Засеваемые объемы	Эндо ортасында өсу сипаты Характер роста на Эндо	Микроскопия	Оксидаза	Глюкозадағы газ / газ в глюкозе	Себу көлемі Засеваемые объемы	Вильсон-Блер ортасында өсу сипаты Характер роста на среде Вильсон-Блер	Микроскопия	Себу көлемі Засеваемые объемы	Өскен колониялардың саны Количество выросших колоний
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Энтерококкты анықтау Определение энтерококка				Стафилококка зерттеу: Исследование на патогенный стафилококк						
Себу көлемі Засеваемые объемы	МИС-та өсу сипаты Характер роста на МИС	Микроскопия	Каталаза	Себу көлемі Засеваемые объемы	Тығыз қоректерде өсуі Рост на плотных средах	микроскопия	плазмакоагулаза	Себу көлемі Засеваемые объемы	Тығыз қоректерде өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Патогенді микрофлораны анықтау Определение патогенной микрофлоры	

Тікелей себу Прямой посев				Қоректік ортадан қайта себу Высев со среды обогащения			
Себу көлемі Засеваемые объемы	Эндо	SS-агар	BCA	Себу көлемі Засеваемые объемы	Эндо	SS-агар	BCA
25	26	27	28	29	30	31	32

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации									
Микроскопия	Оксидаза	Күкіртсутек / Сероводород	Уреаза	Лактоза	Глюкозадағы газ Газ в глюкозе	Индол	Симонс цитраты Цитрат Симонса	Қозғалғыштығы Подвижность	Сахароза
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации								Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Талдау аяқталған күн, айы, жылы Дата окончания анализа,
Натрий ацетаты Ацетат натрия	Фенилаланиндезаминаза	Лизин	Фогес-Проскауэр реакциясы Реакция Фогес-Проскауэра	Нитраттардың қалпына келуі Восстановление нитратов	Аргинин	Орнитин	Рамноза		

Зерттеуді жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы.
Дата окончания анализа, фамилия и имя отчество (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование

43	44	45	46	47	48	49	50	51	52

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
192-қосымша
Приложение 192
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 192/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 192/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Шайындыларға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований смывов

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "___" _____20____ж.(г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1._____
2._____

Тіркеу нөмірі	Күні Дата	Нысанның атауы	Шайынды алынған орын	Стафилококка тексеру Исследование на стафилококк			
				Орталардың атауы	Ұқсастыруға арналған тесттер Тесты для идентификации		

Регистрационный номер		Наименование объекта	Место взятия смыва	Наименование сред	Ортада өсуі Рост на среде	Лецитиназа	Микроскопия
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Стафилококқа тексеру Исследование на стафилококк			ІТТБ-на (ішек таяқшалары тобының бактерияларына) тексеру Исследование на БГКП (бактерии группы кишечной палочки)			
Ұқсастыруға арналған тесттер Тесты для идентификации			Орталардың атауы Наименование сред	Сәйкестендіру тесттері Тесты для дентификации		
Плазмакоагулаза	Маннит	Мальтоза		Ортада өсуі Рост на среде	Тығызортада өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия
9	10	11	12	13	14	15

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Басқа микроорганизмдерге зерттеу Исследование на другие микроорганизмы									Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеудің аяқталғанкүні, айы, жылы зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Дата окончания исследования, фамил
Орталардың атауы Наименование сред	Сәйкестендіру тесттері Тесты для идентификации											

													ия, имя, отчество (при наличии) и подпись лица, проводившего исследования
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
193-қосымша
Приложение 193
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 193/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 193/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Ауа үлгілеріне жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований образцов воздуха

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД)

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгіалу күні, уақыты Дата, время отбора образца	Үлгі алынған ұйым, орын Организация, место отбора образца	Үлгі алынған жер Место отбора образца	МЖС-ын (микробтың жалпы санын) тексеру: Исследование на ОМЧ (общее микробное число)		Стафилококка тексеру: Исследование на стафилококки:				
				Экспозициясы, жылдамдығы Экспозиция, скорость Жіберілген ауаның көлемі Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	Экспозициясы, жылдамдығы Экспозиция, скорость Жіберілген ауаның көлемі Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	Лецитиназа	Микроскопия	Плазмакоагуляция
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Өңезге тексеру: Исследование на плесень		Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы. Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии),
		1 мі микроорганизмдер саны Количество микроорганизмов в 1 мі			
Экспозициясы, жылдамдығы Экспозиция, скорость Жіберілген ауаның көлемі	Колониялардың	Жалпы Общее	Алтын түстес стафилококк Золотистый стафилококк		

Объем пропущенного воздуха	жалпы саны Общее число колоний			Өнез плесень	подпись лица, проводившего исследование.
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
194-қосымша
Приложение 194
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 194/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 194/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Дәрілік (дәріханалық) түрлерге жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований лекарственных (аптечных) форм

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж.(г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1._____
2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Үлгі алынған ұйым, орын Организации, место взятия образца	Үлгінің атауы, ыдысы, қорабы, белгі қойылуы, үлгілер саны Наименование образца, тара, упаковка, маркировка, число образцов	Зерттеу: / Исследование на:							
				КМАФАнМ		Enterobacteriaceae			E.coli		
				Себу көлемі Засеваемый объем	Өскен колониялардың саны Количество выросших колоний	Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	микроскопия	Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	Микроскопия
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Зерттеу: / Исследование на:									
S.aureus		Ps.aeruginosa			Salmonella		Зең және ашытқы саңырауқұлақтары Плесневые и дрожжевые грибки		
Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	Себу көлемі Засеваемый объем	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	оксидазды тест оксидазный тест	Себу көлемі Засеваемые объемы	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	Себу көлемі Засеваемые объемы	Қоректік ортада өсу сипаты Характер роста на среде	
13	14	15	16	17	18	19	20	21	

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

Зерттеу: / Исследование на:							Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның
Анаэробтар Анаэробы			Аэробтар Аэробы				

Себу көлемі Засеваемый объем	Жиналу ортасында өсуі Рост на средах накопления	микроскопия	Себу көлемі Засеваемый объем	Жиналу ортасында өсуі Рост на средах накопления	Микроскопия	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	тегі, аты, әкесінің аты, (болған жағдайда), лауазымы және қолы Дата окончания исследования, фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
22	23	24	25	26	27	28	29

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
195-қосымша
Приложение 195
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 195/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 195/у

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Стерильділікке жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на стерильность

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж.(г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1._____
2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні дата	Үлгі алынған орын, ұйым Организация, место взятия образца	Үлгіні өңдеу және себу жүргізілген күн, Обработка образца и дата посева	Зерттеу: / Исследование на:			
				Анаэробтар Анаэробы		Аэробтар Аэробы	
				Қоректену орталарындағы өсу сипаты Характер роста на питательных средах	Морфология Морфология	Қоректену орталарындағы өсу сипаты Характер роста на питательных средах	Морфология Морфология
1	3	4	5	6	7	8	9

Зең және ашытқы саңырауқұлақтары Плесневые и дрожжевые грибки		Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні, зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), және қолы Дата окончания исследования. Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись лица, проводившего исследование
Қоректену орталарындағысу сипаты Характер роста на питательных средах	Морфология Морфология		
10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
196-қосымша
Приложение 196
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от " " _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген №196/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 196/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Жұқпалы материалдар қозғалысын есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета движения заразного материала

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "__"_____20____ж.(г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1._____
2._____

Тіркеу нөмірі Регист		Зерттеу түрі (үлгілермен Өсірінділердің атауы) Вид исследования (наименование образц	Түскен үлгілермен Өсірінділердің саны Количество поступивших образц	Себінділер саны Количество посевов				Түрлері бойынша ауруды жұқтырған жануарлар саны Количество зараженных животных по видам				Дәрігер-бактериологтың қолы Подпись врача-
				Күн басталар алдында К началу дня	Себілді Посеяно	Жойылды Уничтожено	Күннің соңына қарай К концу дня	Күн басталар алдында К началу дня	Жұқтырғаны Заражено	Өлгені немесе жойылғаны Погибло или уничтожено	Күннің соңына қарай	

рационный номер	Күні Дата	ов, культур)	ов, культур								К концу дня	бактериологa
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
197-қосымша
Приложение 197
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года
№ _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген №197/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 197/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Бөлінген Өсірінділерді және оларды жоюды есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета выделенных культур и их уничтожения

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж.(г.)

Реттік нөмірі Порядковый номер	Штаммның нөмірі Номер штамма	Өсірінділердің латын транскрипция сындағы атауы аименование культуры в латинской транскрипции	Бөліну күні Дата выделения	Бөліну көзі Источник выделения	Үлгі алынған мекен-жай және күні Адрес и дата взятия образца	Бөліну әдісі Способ выделения	Штаммның типтілігі * Типичность штамма *	Штаммның биотүрі Биотип штамма	Штаммның тарихы** Судьба штамма **	Жоюды есепке алу күні, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда)., қолы Дата уничтожения Ф.И.О (при наличии), подпись проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

* - өсірінді сәйкес келмесе, мына белгілерін көрсетіңіз (при атипичности указать эти признаки):

**-жойылу, күні, акт №; мұражайға, коллекцияға, орталыққа және т. б. берілген күні, (уничтожение, дата, № акта; передан в музей, коллекцию, центр и так далее, дата)

I-II топтағы өсірінділер үшін жойылған немесе сақтауға берілген объектілердің санын көрсетіңіз (для культур I-II групп указать количество объектов, уничтоженных или переданных на хранение)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
198-қосымша
Приложение 198
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____№___ бұйрығымен бекітілген №198/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 198/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Зерттелуге түскен Өсірінділерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации культур, поступивших на исследования

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1._____
2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Қабылданған күні Дата поступления	Өсірінділердің атауы Наименование культуры	Өсірінді салынған сыйымдылықтың (сынауықтардың, ампулалардың және басқалардың) түскен саны Количество поступивших емкостей с культурой (пробирки, ампулы и другие)	Өсірінділерді жіберген ұйым Организация направившая культуру	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттеу нәтижесі берілген күн Дата выдачи результата исследования	Шығыс құжаттаманың нөмірі Номер исходящей документации
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
199-қосымша

Приложение 199
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 199/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 199/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Өсіріндiлер мен уыттарды ұйымнан тыс босатуды есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета отпуска культур и токсинов за пределы организации

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1._____
2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Талап түскен күн Дата поступления требования	Талап берген ұйым Организация	Жiберiлген Өсiрiндi атауы (штаммның немесе токсиннің нөмірі) Наименование отпущенной	Өсіріндiлер салынған сыйымдылықтардың саны (қаптама түрі) Количество отпущенных емкостей	Өсіріндінің жiберiлген күнi. Шығыс құжаттаманың нөмірі Дата отпуска культур. Номер	Өсіріндіні алған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), . сенімхаты, жеке куәлігінің нөмірі Ф.И.О (при наличии).	Алғаны туралы қолхат

		направившее требование	культуры (номер штамма или токсина)	с культурами (вид упаковки)	исходящей документации	получившего культуры, доверенность, номер удостоверения личности	Расписка в получении
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
200-қосымша
Приложение 200
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 200/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 200/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Қоректік ортаны дайындау және бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации приготовления и контроля питательных сред

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Көріктік ортаны дайындау күні, айы, жылы Дата приготовления питательной среды	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Қоректік ортаның атауы Наименование питательной среды	Дайындалған қоректік ортаның мөлшері, литрмен Количество приготовленной питательной среды, в литрах	Көректік ортаның сериясы және дайындалған күні Серия и дата приготовления питательной среды	Индикаторлық бақылау штаммы Контрольный индикаторный штамм	Көректік ортаның стерильдігін бақылау Контроль стерильности питательной среды	Дайындалған ортаның рН-ы р Н приготовленной среды	Индикаторлық штаммының өсу сипаты Характер роста индикаторного штамма	Қоректік ортаның жарамдылығы туралы қорытынды. Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Заключение о приготовленности среды. Ф.И.О (при наличии), подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
201-қосымша
Приложение 201
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 201/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 201/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Мұражайлық өсірінділер қозғалысын есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета движения музейных культур

Басталуы (Начат) "____"_____20____ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "____"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Микробтың латын транскрипциясында ғы атауы Наименование микроба в латинской транскрипции	Ерекше атаулары Особые названия	Штамм нөмірі Номер штамма	Бөліну көзі Источник выделения	Бөліну күні Дата выделения	Бөліну орны Место выделения
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы Ф.И.О (при наличии), должность лица, проводившего исследование	Штаммды жіберген ұйымның атауы Наименование организации, направившей штамм	Штамм бар ыдыстардың саны Количество емкостей со штаммами	Түскен күні Дата поступления	Штаммы жою туралы белгі Отметка об уничтожении штамма	Ескертпе Примечание
8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы

202-қосымша
Приложение 202
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 202/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 202/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Аса қауіпті инфекциялар зертханасына келушілерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации посетителей лаборатории особо опасных инфекций

Басталуы (Начат) "___"_____ 20 ___ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "____"_____ 20 ___ ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1._____
2._____

	Келген күні мен уақыты Дата и время посещения					
	Бастап С		Келушінің			Ілесуші адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О (при наличии), должность,

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер		Дейін До	Т.А.Ж. Ф.И.О. посетителя	Жұмыс орны Место работы	Келу мақсаты Цель посещения	подпись сопровождающего лица
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
203-қосымша
Приложение 203
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 203/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 203/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Қоршаған ортадан іріктелген үлгілерді тіркеу және зерттеулер нәтижелерін беру ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов из окружающей среды и выдачи результатов исследований

Басталуы (Начат) "___"_____ 20 ___ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "____"_____ 20 ___ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1._____
2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время		Үлгінің атауы Наименование образца	Саны, көлемі, қорабы Количество, объем, упаковка	Обьектінің атауы, орналасқан жері, үлгі іріктеуді жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы Наименование, место нахождение объекта, Ф.И.О (при наличии), должность специалиста производившего отбор	Үлгіні жеткізген ұйым мен маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы Организация и Ф.И.О (при наличии), должность спецалиста, доставившего образец	Зерттеу мақсаты Цель исследования
	Үлгілерді іріктеу Отбора образцов	Зертханаға келіп түсуі Поступления в лабораторию					
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу басталған күн Дата начала исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования				Зерттеу аяқталған күн Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы (Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы) Подпись проводившего исследование (Ф.И.О (при наличии), должность)	Зерттеу нәтижесін алу күні және алған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), колы Дата и Ф.И.О (при наличии), подпись получившего результат исследования
	Бактериологиялық Бактериологического	Серологиялық Серологического	Биологиялық Биологического	Генетикалық Генетического			
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
204-қосымша
Приложение 204
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма

А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 204/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 204/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Қалбырдағы тағамдарға жүргізілген микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований консервов

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1._____
2._____

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өнімнің атауы, алынған сынаманы қайдан және кім әкелген Наименование продукта, откуда доставлени кем взят образец	Себу көлемдері Засеваемые объемы	Себілген көлемдер мөлшері Количество засеянных объемов	Микроорганизмдердің жалпы санын анықтау Определение общего количества микроорганизмов	МАШАнМ-ді анықтау Выявление МАФАнМ		
						Грам әдісі бойынша микроскопия Микроскопия по Граму	Каталаздық белсенділігі Каталазная активность	Спорангийлердің сипаты Характер споранги
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Жылу сүйгіш аэробты						Зерттеу аяқталған	

Міндетті мезофилді анаэробтарды 5-30 тәулікте анықтау Выявление мезофильных облигатных анаэробов 5-30 суток	және факультативік анараэробты микроорганизмдерді анықтау Выявление термофильных аэробных и факультативных анаэробных микроорганизмов	Жылу сүйгіш анараэробты микроорганизмдерді анықтау Выявление термофильных анаэробных микроорганизмов	Ботулин уытын анықтау Выявление ботулинических токсинов	Ботулизм қоздырғышын анықтау Выявление возбудителя ботулизма	Басқа зерттеулер Другие исследования	Зерттеу нәтижелері Результаты исследования	күні, айы, жылы Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования Ф.И.О (при наличии)., подпись лица, проводившего исследование	Грам әдісі бойынша микроскопиясы Микроскопия по Граму
10	11	12	13	14	15	16	17	18

Каталаздық белсенділігі Каталазная активность	Спорангийлердің сипаты Характер споранги	Сульфидті түзу мүмкіндігі Сульфит редуцирующая способность	Кокктардың, ашытқылардың және басқалардың болуы Наличие кокков, дрожжей и других
19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
205-қосымша
Приложение 205
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 205/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 205/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Пайдаланылган материалды зарарсыздандыруды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации обеззараживания отработанного материала

Басталуы (Начат) "____"_____ 20 ___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "__"_____20 ___ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1._____

2._____

Күні Дата	Автоклавтың маркасы, нөмірі Марка, номер автоклава	Зарарсыздандырылатын бұйымдар Обеззараживаемые изделия		Қаптамасы Упаковка	Зарарсыздандыру уақыты, минутпен Время обеззараживания в мин.		Режим Режим		Бақылау тесті Тест-контроль			Маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), должность и подпись специалиста, проводившего обеззараживание
		Атауы Наименование	Саны Количество		Басталуы Начало	Аяқталуы Конец	Қысымы Давление	Қызуы Температура	Биологиялық Биологический	Термиялық Термический	Химиялық Химический	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
206-қосымша
Приложение 206
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 206/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 206/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Адамдардан іріктелген үлгілерді тіркеу мен оларды аса қауіпті және зоонозды инфекцияларға серологиялық зерттеудің нәтижелерін беру ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов и выдачи результатов серологических исследований образцов от людей на особо опасные и зоонозные инфекции

Басталуы (Начат) "____"_____20 ___ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "____" _____20 ___ ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):
Используемая нормативная документация (далее – НД):
1._____
2._____

Тіркеу нөмірі	Күні, уақыты Дата, время		Тексерілу шінің Т.А.Ә. (болған жағдайда),	Жасы	Тұрғылық ты мекен жайы	Жұмыс орны, лауазымы	Диагнозы	Зерттеу мақсаты
	Үлгіні зертханаға қабылдау	Зерттеудің басталған						

Регистрационный номер	Поступления образца в лабораторию	Начала исследования	Ф.И.О (при наличии) обследуемого	Возраст	Адрес проживания	Место работы, должность	Диагноз	Цель исследования
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР)

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:

О3 иерсиниозға О3 иерсиниоз	О 9 иерсиниозға О 9 иерсиниоз	Жалған туберкулезге Псевдотуберкулез	Кристенсени иерсиниозы иерсиниоз Кристенсени	Листериозға Листериоз	Лептоспирозға Лептосприоз	Пастерелезге Пастерелез	Күйдіргіге Сибирскую язву	Туляремияға Туляремию	Сарыпқа Брацелез	Бөртпе сүзекке Сыпной тиф	Қосымша инфекциялар Дополнительные инфекции
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Сарыпқа На бруцеллез			Риккетсиозға жүргізілетін комплементті байлау реакциясы (КБР) Реакция связывания комплемента (РСК) на риккетсиоз:				Лептоспироз антигенімен жүргізілген РМА РМА с лептоспирозным антигеном	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), должность и подпись специалиста, проводившего исследование
Хеддльсон реакциясы Реакция Хеддльсона	РозБенгал үлгісі Проба РозБенгал	Райт реакциясы Реакция Райта	Бернет	Сибирик	Музер	Провачек		
22	23	24	25	26	27	28	29	30

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
207-қосымша
Приложение 207
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 207/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 207/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Биологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации биологических исследований

Басталуы (Начат) "____"_____20 ___ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "____"_____20 ___ ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):
Используемая нормативная документация (далее – НД):
1._____
2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жануарлар түрі Вид животных	Жұқтыру күні Дата заражения	Жұқтыру жолы Способ заражения	Биологиялық сынаманың нәтижесі Результат биологической пробы		Патологоанатомиялық картина Патологоанатомическая картина
				Өлгені Пало	Өлтірілгені Убито	
1	2	3	4	5	6	7

Жағындыларды, ішкі органдарды микроскоппен қарау Микроскопия мазков, отпечатков внутренних органов	Ішкі органдарды микробиологиялық зерттеу Микробиологическое исследование внутренних органов	Ішкі органдарды серологиялық зерттеу Серологическое исследование внутренних органов	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, проводившего исследование

8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
208-қосымша
Приложение 208
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 208/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 208/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №____

Иммундық-биологиялық препараттардың белсенділігін бақылау ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ контроля активности иммунобиологических препаратов

Басталуы (Начат) "___"_____20 ___ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ___ ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):
Используемая нормативная документация (далее – НД):
1._____
2._____

	Иммунобиологиялық	Иммунобиологиялық препараттың сериясы мен			Препарат белсенділігі	Препараттың жарамдылы	Бақылау жүргізген адамның Т.А.Ә (болған

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	препараттың атауы Наименование иммуно-биологического препарата	шығарылған күні Серия и дата изготовления иммуно-биологического препарата	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Бақылау күні Дата контроля	нің жұмыс титрі Рабочий титр активности препарата	ғы туралы қорытынды Заключение о пригодности препарата	жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О (при наличии), должность, подпись проводившего контроль
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
209-қосымша
Приложение 209
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 209/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 209/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Дезинфекциялауды (шайындыларды) зертханашілік бақылау ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ внутрилабораторного контроля качества дезинфекции (смывы)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы(Окончен) "__"_____20____ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Нысанның атауы Наименование объекта	Шайынды алынған орын Место взятия смыва	Стафилококкқа тексеру Исследование на стафилококк						
				Орталардың атауы Наименование сред	Сәйкестендіруге арналған тесттегілер Тесты для идентификации					
					ортада өсуі рост на среде	лецитиназа	Микроскопия	Плазмакоагулаза	Маннит	Мальтоза
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

ІТТБ-на (ішек таяқшалары тобындағы бактерияларға) тексеру Исследование на БГКП (бактерии группы кишечной палочки)				Басқа микроорганизмдерге зерттеу Исследование на другие микроорганизмы				
Орталардың атауы Наименование сред	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для дентификации			Орталардың атауы Наименование сред	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации			
	ортада өсуі рост на среде	Тығыздықта өсуі Рост на плотных средах	Микроскопия					
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Басқа микроорганизмдерге зерттеу Исследование на другие микроорганизмы				Зерттеу қорытындылары Результаты исследования				Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда) Дата окончания исследования, Ф.И.О(при наличии), подпись лица, проводив
Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации								

								шего исследования
21	22	23	24	25	26	27	28	29

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
210-қосымша
Приложение 210
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___бұйрығымен бекітілген № 210/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 210/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Ауаны зертханаішілік бақылауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации внутрилабораторного контроля воздуха

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1._____

				ЖМС зерттеу: Исследование на ОМЧ			Стафилококкқа зерттеу: Исследование на стафилококки:						

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгіні алу күні, айы, жылы, уақыты Дата, время отбора образца	Үлгініалу орны Место отбора образца	Үлгіні алу әдісі Метод отбора образца	Экспозициясы, жылдамдығы Жіберілген ауаның көлемі Экспозиция, скорость Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	Экспозициясы, жылдамдығы Жіберілген ауаның көлемі Экспозиция, скорость Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	Лецитиназа	Микроскопия	Плазмакоагуляция
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Өнезге зерттеу: Исследование на плесень		Зерттеу нәтижелері Результаты исследования			Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования. Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
Экспозициясы, жылдамдығы Жіберілген ауаның көлемі Экспозиция, скорость Объем пропущенного воздуха	Колониялардың жалпы саны Общее число колоний	1 м3-гі микроағзалардың саны Количество микроорганизмов в 1 м3			
		Жалпы Общее	Алтын түстес стафилококк Золотистый стаафилококк	Өңез Плесени	
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
211-қосымша
Приложение 211
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 211/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 211/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №____

Адамдардан іріктелген үлгілерді серологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации серологических исследований образцов от людей

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "__"_____20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеулер жүргізілген күн, ай, жыл Дата проведения исследований	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:			
			О 3 иерсиниозға О3 иерсиниоз	О 9 иерсиниозға О9 иерсиниоз	Жалған туберкулезге Псевдотуберкулез	Кристенсени иерсиниозына Иерсиниоз Кристенсени
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Пассивті гемагглютинация реакциясы (ПГАР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:							
Листериозға Листериоз	Лептоспирозға Лептоспироз	Пастереллезге Пастереллез	Күйдіргіге Сибирскую язву	Туляремияға Туляремию	Сарыпқа Бруцеллез	Бөртпе сүзекке Сыпной тиф	Дербес толтырылады Заполняется самостоятельно
8	9	10	11	12	13	14	15

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сарыпқа На бруцеллез							
Хеддльсон реакциясы Реакция Хеддльсона			РозБенгал сынамасы Проба РозБенгал			Райт реакциясы Реакция по Райта	
16			17			18	
Риккетсиозға КБР РСК на риккетсиоз					Лептоспироз антигенімен жүргізілген РМА РМА с лептоспирозным антигеном	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы Подпись, Ф.И.О (при наличии), должность лица, проводившего исследования
Бернет	сибирик	Музер	Провачек				
20	21	22	23	24	25	26	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
212-қосымша
Приложение 212
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		№___ бұйрығымен бекітілген № 212/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 212/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Адамдардан іріктелген материал үлгілерінің микробиологиялық зерттеулерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований образцов материала от людей _____ (инфекция түрі) (вид инфекции)

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгініжіберген ұйымның атауы Наименование организации, направившей образец	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год		Зерттелушінін Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О(при наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Мекен-жайы Адрес проживания
		Үлгінің алынған Взятия образца	Зертханамен қабылданған Поступления в лабораторию			
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Жұмыс орны, лауазымы Место работы, должность	Диагнозы, ауырған күні, айы, жылы Диагноз, дата заболевания	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттелінетін материал Исследуемый материал	Зерттеу нәтижелері Результат исследования	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты Фамилия имя отчество,, подпись лица проводившего исследование
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
213-қосымша

Приложение 213
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 213/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 213/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

_____зерттеуге арналған үлгілерді тіркеу (инфекция түрін)
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов для исследования на_____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі - НҚ):

Используемая нормативная документация (далее - НД):

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество обследуемого	Жасы Возраст	Үлгі жіберген ұйым Организация, направивший образец	Диагнозы, негізгі белгілері Диагноз, основные симптомы	Екпелер туралы деректер Сведения о прививках

1	2	3	4	5	6
Күні, айы, жылы Дата, месяц,год					
Ауырған Заболевания	Үлгінің алынған Взятия образца	Ауырған күні День болезни	Үлгі ні жіберу Отправки образца	Үлгіні жеткізу Доставки образца	
7	8	9	10	11	

Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец	Зерттеу күні Дата исследования	Жасаушалар сызығы Линия клеток	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Жауап жіберілген күн, ай, жыл Дата выдачи ответа	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы Фамилия имя отчество (при наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
214-қосымша
Приложение 214
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 214/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 214/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Шетелден өсірінділер алуды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации получения культур из-за рубежа

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "__"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Түскен күні, айы, жылы Дата поступления	Өсірінділерді жіберген ел Страна, передаваемая культуры	Қабылдау нөмірі немесе шифры көрсетілген штаммның атауы Наименование штамма с поступающей нумерацией или шифром	Штамм салынған ыдыстар саны Количество емкостей с поступившем штаммом	Бірге берілетін құжаттама Сопроводительная документация	Өсірінділі кабылдаған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы, қолы Ф.И.О (при наличии), должность, подпись, получившего культуру	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
215-қосымша
Приложение 215
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 215/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы		Медицинская документация Форма № 215/у

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

_____ қарсы иммунитетті анықтауға арналған үлгілерді тіркеу инфекция түрі)
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов для определения иммунитета к_____ _____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия имя отчество, обследуемого	Жасы Возраст	Үлгіні жіберген ұйым Организация направившая образец	Үлгі жеткізілген күн Дата доставки образца	Зерттеу жүргізілген күн Дата проведения исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия имя отчество (при наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
216-қосымша
Приложение 216
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 216/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 216/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Вирустық гепатитке серологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации серологических исследований на вирусные гепатиты

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Тексерілушінің тегі, аты, әкесінің аты, медициналық карта сының нөмірі Фамилия имя отчество, обследуемо	Үлгіні жіберген ұйым Организация направившая образец	Диагнозы, ауырған күні, айы, жылы Диагноз, дата заболевания	Зерттеу мақсаты, алғашқы немесе қайта тексерілу Цель исследования, первичное или повторное	Антигеннің, антиденелердің атауы Наименование антигена, антител	Зерттеу нәтижелері Результаты исследований							Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зертханашы-дәрігердің қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Дата окончания исследования, фамилия

		го, номер медицинской карты			обследование									имя отчество (при наличии), подпись врача-лаборанта
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
217-қосымша
Приложение 217
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 217/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 217/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Штамдарды сәйкестендіру нәтижелерін есепке алу журналы Журнал учета результатов идентификации штаммов_____

Басталуы (Начат) "___"_____ 20____ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж.(г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу күні, айы, жылы Д а т а исследования	Зертханалық үлгі Лабораторная модель	Штаммның сипаты Характеристика штамма	Вирус дозасы Доза вируса	Диагностикалық эталондық сарысулар Диагностические эталонные сыворотки	Жұмысшы араластыру Рабочее разведение
1	2	3	4	5	6	7

Бақылау күндері Дни наблюдения						Типтеу нәтижесі Результат типирования	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия и м я отчество (п р и наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6		
8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
218-қосымша
Приложение 218
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 218/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 218/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

_____ (инфекция түрі) вирусологиялық зерттеулерді тіркеу журналы Журнал регистрации вирусологических исследований на _____ _____ (вид инфекции)

Басталды (Начат) "___"_____ 20____ж.(г.)

Аяқталды (Окончен) "__"_____20____ж.(г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жасушалар сызығы Линия клеток	Алғашқы жұқтыру Первичное заражение			Бірінші пассаж Первый пассаж			Екінші пассаж Второй пассаж
		Күні, айы, жылы дата, месяц, год	Нәтиже результат	Бақылау Контроль	Күні, айы, жылы дата, месяц, год	Нәтиже результат	Бақылау Контроль	Күні, айы, жылы дата, месяц, год
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Екінші пассаж Второй пассаж		Бейімделу Адаптация			Зерттеу нәтижесі	Жауап жіберілгенкүн, ай,жыл	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Фамилия имя отчество(при наличии), должность подпись Проводивш
Нәтиже результат	Бақылау Контроль	Күні, айы, жылы дата, месяц, год	Нәтиже результат				

				Бақылау Контроль	Результат исследования	Дата выдачи ответа	его исследование
10	11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
219-қосымша
Приложение 219
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 219/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 219/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Тін өсіріндісінде жүргізілген серологиялық зерттеулердің нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации результатов серологического исследования на культуре ткани

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

іркеу нөмірі Регистрационный номер	Эталонды қ вирустың сипаттамасы Характеристика эталонного вируса	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата начала исследования	Нәтижелерді есепке алу күні, айы, жылы Дата учета результатов	Сарысуды араластыру (кері шамаларда) Разведение сывороток (в обратных величинах)					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Сарысуды араластыру (кері шамаларда) Разведение сывороток (в обратных величинах)			Бақылау Контроль			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аякталған күнкүн, ай, жыл Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы, қолы Фамилия и мя отчество(при наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
			Вирус мөлшері Доза вируса	Сарысуын Сыворотки	Жасушпалардың Клеток			
11	12	13	14	15	16	17	18	19

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
220-қосымша
Приложение 220
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 220/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 220/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Паразиттік аурулар қоздырғыштарына тексерілген адамдарді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации лиц, обследуемых на возбудители паразитарных заболеваний

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға үлгінің қабылданған күні Дата поступления образцав лабораторию	Тексерілушінің, егі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), ЖСН Фамилия, имя отчество (при наличии),ИИН обследуемого	Туған жылы Год рождения	Мекен-жайы Адрес проживания	Оқу, жұмыс орны, балалар ұйымының атауы Место работы, учебы, наименование Детской организации	Алғашқы, қайта немесе бақылаулық тексеру Первичное, повторное или контрольное обследование	Зерттеулердің саны Количество исследований	Нәтижелер берілген күн Дата выдачи результата	Тексеру нәтижесі, бөлінген қоздырғыш түрі Результат обследования, вид выделенного возбудителя	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя отчество(при наличии), подпись лица, проводившего исследование	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
221-қосымша
Приложение 221
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 221/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 221/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Инфекциялық аурулар ошақтарындағы дезинфекциялау іс-шараларын есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных заболеваний

Тіркеунөмірі Регистрационный номер	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Өтінім берген ұйымның атауы Наименование организации ,от которого поступила заявка	Эпидемиологиялық нөмірі Эпидемиологический номер	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя отчество, больного	Жасы Возраст	Мекен-жайы Адрес
1	2	3	4	5	6	7

Балалар ұйымының, мектептің, жоғарғы оқу орынының,					Ауруханаға жатқызылған кезден бастап

жұмыс орнының атауы мекен-жайы Наименование и адрес детской организации, школы, вуза, места работы	Диагноз Диагноз	Ауруханаға жатқызылған күні Дата госпитализации	Дезинфекциялау нарядының нөмірі № наряда на дезинфекцию	Нарядтыалған адамның тегі Фамилия лица получившего наряд	дезинфекциялау мерзімдері Сроки дезинфекции с момента госпитализации
8	9	10	11	12	13

Дезинфекциялаудың орындалмау немесе уақытында орындалмау себебі Причина невыполнения или не своевременного выполнения дезинфекции	Дезинфекцияланды (тал, м2) Подвергнуто дезинфекции (штуки, м2)	Заттарды дезинфекциялау Дезинфекция вещей		Дератизация, м2
		Камералық әдіспен, кг Камерным методом	Ылғалды әдіспен Влажным методом	
14	15	16	17	18

Дезинфекция, м2 Дезинсекция, м2	Адамдарды санитариялық өңдеуден өткізу Санитарная обработка людей		Жұмсалған дезинфекциялау заттар Израсходовано дезинфекционных средств, кг			Дезинфекциялауды жүргізген адамның тегі, аты Фамилия, имя проводившего дезинфекцию	Дезинфекциялау сапасын бақылау Контроль качества дезинфекции		
	Өңделуден өтуге тиіс Подлежало	Өңделген Обработано	Барлығы Всего	Жұмсалғаны Израсходовано	Қалғаны Остаток		Күні Дата	Зерттелген сынамалар Исследовано проб	Нәтиже Результат
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
222-қосымша
Приложение 222
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 222/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 222/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Жұмсақ мүкәммалды (киімдер мен төсек жабдықтары) камералық өңдеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации камерной обработки мягкого инвентаря (одежды ипостельных принадлежностей)

Басталуы (Начат) "__"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Дезинфекциялау (дезинсекция) жүргізілген күн, ай, жыл Дата проведения дезинфекции (дезинсекции)	Науқастың тегі,аты, әкесінің аты (болған жағдайда), мекен-жайы, түбіртек нөмірі (ұйым, корпус) Фамилия, инициалы больного, адрес, номер квитанции (организация, корпус)	Инфекция (жәндіктер) Инфекция (инсекты)	Дезинфекциялау (дезинсекция) объектілері, олардың саны немесе салмағы Объекты дезинфекции (дезинсекции), их количество или вес
1	2	3	4	5

Камераның шартты белгілері Условные обозначения камеры	Дезинфекциялау (дезинсекция) тәртібі Режим дезинфекции (дезинсекции)	Толтырылмаған камераны қыздыру уақыты Время прогрева не загруженной камеры		Толтырылған камераны қыздыру уақыты Время прогрева загруженной камеры		Дезинфекциялау (дезинсекция) температурасы Температура дезинфекции (дезинсекции)
		Басталуы сағ., мин. Начало час, мин.	Аяқталуы сағ., мин Конец час, мин.	Басталуы сағ., мин. Начало час, мин.	Аяқталуы сағ., мин Конец час, мин.	
6	7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы

223-қосымша
Приложение 223
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 223/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 223/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Санитариялық-паразитологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации санитарно-паразитологических исследований

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год		Үлгінің атауы Наименование образца	Саны, көлемі Количество, объем	Үлгі алу орны Место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттеу нәтижесі Результат	Зерттеудің аяқталған күні, айы, жылы Дата окончан	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы Фамилия, имя,	Ескерту Примечание
	Үлгіні алу	Зертханамен қабылданған								

	Отбора образцов	Поступления в лабораторию					исследования	и я исследования	отчество (при наличии), должность, подпись проводившего исследование	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
224-қосымша
Приложение 224
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 224/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 224/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Үй шаңы кенелерінің болуына үй шаңының, мамықтың және қауырсынан жасалған өнімдердің үлгілерін зерттеуді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации исследований образцов домашней пыли, пуховых и перьевых изделий на наличие клещей домашней пыли

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгілердің түскен күні Дата поступления образца	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), ЖСН Фамилия, имя, отчество (при наличии), ИИН	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымының атауы Место работы, учебы, наименование детской организации	Жәндіктер немесе кенелер шабуыл жасаған аумақ, күн Территория нападения насекомых или клещей, дата	Зерттеу күні Дата исследования	Тексеру нәтижесі Результат обследования	Жәндіктер мен кенелердің түрлері, жынысы Видовая принадлежность, пол насекомых и клещей	Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность исполнителя
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
225-қосымша
Приложение 225
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 225/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 225/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Паразиттік ауруларға серологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации серологических исследований на паразитарные заболевания

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты, ЖСН Фамилия, имя, отчество, ИИН обследуемого	Туған жылы Год рождения	Мекен – жайы Адрес проживания	Тексеруге жіберген мекеме Учреждение направившее на обследование	Алғашқы, қайта немесе бақылаулық тексеру Первичное, повторное или контрольное обследование	Үлгіні тексеруге қабылдау күні, айы, жылы Дата приема образца на исследование	Диагнозы, ауырған күгі, айы, жылы Диагноз, дата заболевания	Антигенніңң, антиденелердің атауы Наименование антигена, антител
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

	Зерттеу нәтижелері Результат исследования					
	Гельминттер Гельминты	Қарапайым дылар Простейшие				
Зерттеудің	наименованием выявляемых иммуноглобулинов к соответствующему антигену или антителу	наименованием выявляемых иммуноглобулинов к	Басқалар (көрсетіңіз)	Нәтижелер берілген күн, ай, жыл	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись,	

әдісі Метод исследования						соответствующему антигену или антителу			Прочие (указать)	Дата выдачи результатов	провод ившего исслед ование	Ескерту Примечание
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
226-қосымша
Приложение 226
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 226/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 226/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Биосынамалы жануарларды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации биопробных животных

Басталуы (Начат) "____"_____20___ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "____"_____20___ ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):
Используемая нормативная документация (далее – НД):
1._____
2._____

Биосынама алынған жануарлардың жұқтырылған күні, айы, жылы Дата заражения биопробных животных	Биосынама алынған жұқтырылған жануарлардың саны Количество зараженных биопробных животных	Инфекцияның атауы Наименование инфекции	Биосынама алынған жұқтырылған жануарлардың өлтірілу күні Дата убивки зараженных биопробных животных	Биосынама алынған өлтірілген жануарларды зарарсыздандыру тәсілі Способ обеззараживания убитых биопробных животных	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл, зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Дата окончания исследования, месяц, год, Ф.И.О (при наличии), подпись проводившего исследование
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
227-қосымша
Приложение 227
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		№___ бұйрығымен бекітілген № 227/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 227/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Адамдардан бурцелезге (гемоөсірінді) іріктелген үлгілерді тіркеу және зерттеу нәтижелерін беру ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации и выдачи результатов исследований образцов от людей на бруцеллез (гемокультура)

Басталуы (Начат) "_____"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "_____"_____20____ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, айы,жылы Дата, месяц,год		Үлгі жіберген ұйым Организация, направившая образец	Тексерілетін адамның тегі, аты, жөні Фамилия, имя, отчество обследуемого	Жас Возраст	Мекен жайы Домашний адрес	Жұмыс орны, лауазымы Место работы, должность
	Үлгінің алынған Отбора проб	Зертханамен қабылданған Поступления в лабораторию					
1	2	3	4	5	6	7	8

Диагнозы Диагноз	Алғашқы, кайта тексеру Первичное, повторное обследования	Күні айы, жылы Дата, месяц, год			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), должностьи подпись лица, проводившего исследование
		Зерттеудің басталған Начала исследования	Зерттеудің аяқталған Окончания исследования	Нәтижелердің берілген Выдачи результатов		
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
228-қосымша
Приложение 228
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 228/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 228/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Қызамық/қызылшаға серологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации серологических исследований на корь/краснуху

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество, обследуемого	ЖасыВозраст	Мекенжайы Адрес проживания	Бөртпе пайда болған күн, ай, жыл Дата, месяц, год появления сыпи	Дене қызуы пайда болған күн, ай, жыл Дата, месяц,год появления температуры	Қызамыққа қарсы соңғы егу күні, айы, жылы Дата, месяц, год последней вакцинации кори	Қызамыққа қарсы дозалар саны Количество доз против кори
1	2	4	5	6	7	8	9	10

Қызылшаға қарсы соңғы егу күні, айы, жылы Дата последней вакцинации краснухи	Қызылшаға қарсы дозалар саны Количество доз против краснухи	Үлгінің алынған күні, айы, жылы Дата отбора образца	Зертханаға жіберілген күні, айы, жылы Дата отправления в лабораторию	Зертханаға түскен күні, айы, жылы Дата поступления в лабораторию	Зертханаға түскен үлгінің жағдайы Состояние образца при поступлении в лабораторию	Диагноз Диагноз	Реакция қойылған күн ай, жыл Дата, месяц, год постановки реакции	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), луазымы қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
229-қосымша
Приложение 229
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		№___ бұйрығымен Бекітілген № 229/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 229/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

_____ люминисценттік зерттеулерді тіркеу(инфекцияның түрі)
ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации люминисцентных исследований на _____ (вид инфекции)

Басталуы (Начат) "___"_____ 20____ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"____20____ж.(г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу жүргізілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год проведения исследования	Микроскопия нәтижелерін есепке алу/Учет результатов микроскопии				
		А тұмауы Грипп А (H3N2)	А тұмауы Грипп А (H1N1)	В тұмауы Грипп В	Паратұмау ПГ 1 Пара грипп ПГ 1	Паратұмау ПГ 2 Парагрипп ПГ 2
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Микроскопия нәтижелерін есепке алу/Учет результатов микроскопии			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу нәтижесі берілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год выдачи результата исследования	Зерттеу жүргізген маманның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы және қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и подпись специалиста, проводившего исследование
Паратұмау ПГ 3 Парагрипп ПГ 3	Аденовирус	Респираторлы сенсициалды жасушалар (РС) Респиратоные сенсициальны клетки (РС)			
8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
230-қосымша
Приложение 230
к приказу Министра

здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 230/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 230/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Санитариялық вирусологияға зерттеуге іріктелген үлгілерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов для исследования на санитарную вирусологию

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Үлгінің зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы Дата, месяц, год поступления Образца в лабораторию	Зерттеу жүргізілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год проведения исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген маманның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись лица проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
231-қосымша
Приложение 231
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 231/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 231/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Бруцеллез қоздырғышының өсірінділерінің бөлінуі және бөлінген өсірінділерін сәйкестендіруді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации выделения и идентификации выделенных культур возбудителя бруцеллеза

Басталуы (Начат) "__"_____20 ___ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "_____"_____20 ___ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ,):
Используемая нормативная документация (далее – НД):
1. _____
2. _____

		Бөлінген қоздырғыш				

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға келіп түскен күні, айы, жылы, қайдан әкелінді Дата, месяц, год поступления в лабораторию, откуда доставлен	тың түрі, тіркеу нөмірі, бөліну күні, айы, жылы Вид выделенного возбудителя, регистрационный номер, дата выделения	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год начала исследования	Колониялардың морфологиясы Морфология колонии		Грам бойынша жасуша морфологиясы Морфология клетки по Граму	Термоагглютинация реакциясы Реакция термоагглютинации
				Сұйық қоректік ортадағы Жидкой питательной среде (ЖПС)	Тығыз қоректік ортадағы Плотной питательной среде (ППС)		
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Күкіртсутегі түзілуіне қатысты дифференциация Дифференциация по образованию сероводорода	CO2 қажеттілігі потребность в CO2	Бояуларға қатысты саралау Дифференциация по Отношению к краскам				
		Фуксин		Тионин		
		1:50000	1:100000	1:25000	1:50000	1:100000
9	10	11	12	13	14	15

Агглютинация реакциясы Реакция агглютинации			Уайт-Вильсон бойынша түсі Окраска по Уайт-Вильсону	Трипофлавинді үлгі проба с трипофлавином	Фагқа сезімталдық Чувствительность к фагу		МФА АФӘ	Қоздырғыш түрі Вид возбудителя	Биотипі Отнесен к биотипу	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О(при наличии), и подпись специалиста, проводившего исследование
Поливалентті сарысумен С поливалентной сывороткой	Антимелитензис сарысуымен с сывороткой антимелитензис	Антиабортус сарысуымен С сывороткой антиабортус			Тұтас с Цельному	Аралас Разведенному					
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
232-қосымша
Приложение 232
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 232/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 232/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Сыртқы орта объектілерінің үлгілерін ИФТ әдісімен зерттеуді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации исследования образцов от объектов внешней среды методом ИФА

Басталуы (Начат) "___"_____20___ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "____"_____20___ ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):
Используемая нормативная документация (далее – НД):
1._____
2._____

Тіркеу нөмірі	Зерттеу басталған күн, ай, жыл	Үлгіні жіберген мекеме	Үлгі алынған орын	Үлгінің атауы	Зерттеу мақсаты

Регистрационный номер	Дата, месяц, год начала исследования	Учреждение направившее образец	Место отбора образца	Наименование образца	Цель исследования
1	2	3	4	5	6

Нәтижесі Результат			Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда),қолы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, проводившего исследование
Антигенге На антиген	Антиденелерге На антитела				
	IgM	IgG			
7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
233-қосымша
Приложение 233
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 233/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа	Медицинская документация Форма № 233/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики

санитарно-эпидемиологической службы		Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Адамдардан алынған материал үлгілерін ИФТ әдісімен зерттеуді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации исследования образцов материала от людей методом ИФА

Басталуы (Начат) "__"_____20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "__"_____20___ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год начала исследования	Тексерілушінің Т.А.Ә Ф.И.О обследуемого	Жасы Возраст	Тұрғылықты мекен жайы Адрес проживания	Үлгіні жіберген мекеме Учреждение направившее образец	Диагнозы Диагноз	Зерттеу мақсаты Цель исследования
1	2	3	4	5	6	7	8

Нәтижесі Результат				Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, проводившего исследование
Антигенг Антиген	Антиденеге На антитело					
	Ig A	IgM	IgG			
9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
234-қосымша
Приложение 234
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 234/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 234/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Күйдіргіге жүргізілген микробиологиялық зерттеуді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на сибирскую язву

Басталуы (Начат) "_____"_____20 ___ж. (г.) Аяқталуы (Окончен) "_____"_____
_____20 ___ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ,):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1._____
_____

2._____
_____

реттік нөмірі порядковый номер	тіркеу нөмірі регистрационный номер	зерттеу басталған күн, ай, жыл дата начала исследования	өсу сипаты характер роста		жасушалар морфологиясы морфология клеток (микроскопия)			
			Сұйық қоректік ортада (СҚО-да) Жидкой питательной среде (ЖПС)	Тығыз қоректік ортада (ТҚО-да) Плотной питательной среде (ППС)	Грам бойынша по Граму	Ребигер бойынша по Ребигеру	Романовский-Гимза бойынша по Романовскому-Гимза	Гинс-Бурри
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

антиденелер әдісі АФӘ Метод флуоресцирующих Антител МФА	Пассивті гемаглютинация Реакциясы (ПГР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:	капсуланың пайда болуы капсулообразование (Михину)	Фаг сезгіштігі чувствительность к фагу	фосфатазды белсенділігі фосфатазная активность	"маржан алқа" тесті тест " жемчужное ожерелье"	пенициллиназды белсенділігі пенициллиназнаяактивность	гемолитикалы белсенділігі гемолитическаяактивность
10	11	12	13	14	15	16	17

т.б. әдістер другие методы	Зертхана жануарларына арналған патогендік Патогенность для лабораторных животных	Антибиотиктерді сезгіштігі чувствительность к антибиотикам	Зерттеу нәтижесі результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии) и подпись проводившего исследование
18	19	20	21	22	23

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
235-қосымша
Приложение 235
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		№ ___бұйрығымен бекітілген №235/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 235/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Пастереллезге жүргізілген микробиологиялық зерттеуді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на пастереллез

Басталуы (Начат) "_____"_____20 ___ж. (г.) Аяқталуы (Окончен) "_____"_____ _____20 ___ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ,):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1._____

_____

2._____

_____

реттік нөмірі порядковый номер	тіркеу нөмірі регистрационный номер	зерттеу басталған күн, ай, жыл дата начала исследования	өсу сипаты характер роста		жасушалар морфологиясы морфология клеток (микроскопия)		Пассивті гемаглютинация Реакциясы (ПГР) Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:
			Сұйық қоректік ортада (СҚО-да) Жидкой питательной среде (ЖПС)	Тығыз қоректік ортада (ТҚО-да) Плотной питательной среде (ППС)	Грам бойынша по Граму	Романовский-Гимза бойынша по Романовскому-Гимза	
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

гемолитикалы белсенділігі гемолитическая активность	индолдың пайда болуы образование индола	уреазная активность Уреазды белсенділігі	орнитин	лизин	арабиноза	глюкоза	эскулин	рамноза	Қозғалғыштығы Подвижность	фенилаланин

9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Лактоза	сахароза	Мальтоза	инозит	салицин	тригалоза	Зертхана жануарларына арналған патогендік Патогенность для лабораторных животных	Антибиотиктерді сезгіштігі чувствительность к антибиотикам	Зерттеу нәтижесі результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии) и подпись проводившего исследование
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
236-қосымша
Приложение 236
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 236/е

Республики Казахстан		нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 236/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___	

Молекулярлық-генетикалық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации молекулярно-генетических исследований

Басталуы (Начат) "__"_____20___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "__"_____20___ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тексеріл ушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Мекенжайы Домашний адрес	Диагнозы Диагноз	Зерттелетін үлгі Исследуемый образец	Үлгінің қабылданған күні, айы, жылы Дата, месяц, год поступления образца	Зерттеу жүргізілген күн, ай,жыл Дата, месяц, год проведения исслеования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата, месяц, год выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (при наличии), лауазымы, қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына

237-қосымша
Приложение 237
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 237/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 237/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Сыртқы орта объектілерінен алынған үлгілерді молекулярлық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического исследования образцов от объектов внешней среды

Басталуы (Начат) "__"_____20___ ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "_"_____20___ ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):
Используемая нормативная документация (далее – НД):
1._____
2._____

Тркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время		Үлгіні жіберген мекеме	Үлгі алынған орын Место отбора образца	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец
	Үлгі алу қабылдау	Үлгіні зертханаға қабылдау				

	Отбора образца	Поступления образца в лабоаторию	Учреждение направившее образец			
1	2	3	4	5	6	7

Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год начала исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (при наличии), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись специалиста, проводившего исследование
8	9	10	11

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
238-қосымша
Приложение 238
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген №238/е нысанды медициналық құжаттама
		Медицинская документация Форма № 238/у

		Утверждена приказом Министра
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		

		здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Адамдардан іріктелген үлгілерді молекулярлық-генетикалық зерттеуді тіркеу және нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации и выдачи результатов молекулярно-генетического исследования образцов от людей

Басталуы (Начат) "____"_____20 ___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ___ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, уақыты Дата, время		Тексерілушінің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Мекен жайы Адрес проживания	Үлгіні жолдаған ұйым Организация , направившая образец	Диагнозы Диагноз
	Үлгі алу Отбора образца	Үлгіні қабылдау Поступления образца					
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год начала исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн ай , жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование
9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
239-қосымша
Приложение 239
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан

Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 239/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 239/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Зооноздық инфекцияларға жүргізілген микробиологиялық зерттеуді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на зоонозные инфекции

Басталуы (Начат) "__"_____20___ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20___ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):
Используемая нормативная документация (далее – НД):
1._____
2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата начала исследования	Өсу сипаты Характер роста		Жасуша морфологиясы Морфология клеток (микроскопия)		
		Сұйық коректік ортада(СҚО-да) На жидкой питательной среде (ЖПС)	Тығыз коректік ортада (ТҚО-да) На плотной питательной среде (ППС)	Грам бойынша по Граму	Ребигер бойынша по Ребигеру	Романовский-Гимза бойынша по Романовскому-Гимза
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

	Пассивті геамаглютинация реакциясы:		

АФӘ Метод флуоресцирующих Антител - МФА	Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) на:					Капсуланың пайда болуы Капсуло образование	Ф а г сезгіштігі Чувствительность к фагу
	Иерсиниозға Иерсиниоз	Псевдотуберкулезге Псевдотуберкулез	Пастереллезге Пастереллез	Лептоспирозға Лептоспироз	Листериозға Листериоз		
8	9	10	11	12	13	14	15

Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства											
Желатинаның сұйылуы Разжижение желатины	Оксидазды белсенділігі Оксидазная активность	Каталаздың белсенділігі Каталазная активность	Күкіртсутектің пайда болуы Образование сероводорода	Гемолитикалы белсенділігі Гемолитическая активность	Уреаздың белсенділігі Уреазная активность	Несепнәр гидролизі Гидролиз мочевины	Индолдың пайда болуы Образование индола	Орнитин	Лизин	Арабиноза	Глюкоза
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства												
Сахароза	Мальтоза	Лактоза	Инозит	Салицин	Тригалоза	Эскулин	Рамноза	Маннит	Қозғалғыштығы Подвижность	Фенилаланин	Нитраттардың қалпына келуі Восстановление нитратов	Фогес-Проскауэр реакциясы реакция Фогес-Проскауэра
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Диагностикалық сарысуларымен агглютинация реакциясы Реакция агглютинации с диагностическими сыворотками	Зертхана жануарларына арналған патогендік Патогенность для лабораторных животных	Антибиотиктерге сезімталдық Чувствительность к антибиотикам	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование
41	42	43	44	45	46

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің

2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
240-қосымша
Приложение 240
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 240/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 240/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Туляремияға микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследований на туляремию

Басталуы (Начат) "___"_____20___ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20___ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):
Используемая нормативная документация (далее – НД):
1._____
2._____

		Өсу сипаты Характер роста				Грам бойынша жасуша		Биоүлгі алынған жануар			
		Сұйық коректі	ТҚО-да на ППС								

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу басталған күн Дата начала исследования	к ортада (СҚО-да) На жидкой питательной среде (ЖПС)	Ет-пептонды агарда Мясо-пептонномагаре МПА	Қанды агарда Кровяном агаре	Шоколадты агарда Шоколадном агаре	Цистеинмен байытылған Обогащенной цистеином	морфологиясы Морфология клеток по Граму (микроскопия)	АФӘ Метод флуоресцирующих антител (МФА)	ларды ң жұғынды-тақ балары Мазки-отпечатки от биопробных животных	Капсуланың пайда болуы Капсулообразование	Спораның түзілуі Спорообразование	Фагсезгіштігі Чувствительность к фагу
1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14

Биохимиялық қасиеттері Биохимические свойства						Туляремия сарысуы қосылған агглютинация реакциясы Реакция агглютинации с туляремиинойсывороткой	Зертхана жануарларына арналғанпатогенділк Патогенность для лабораторных животных	Антибиотиктерге сезімталдығы Чувствительность к антибиотикам	Зерттеу нәтижесі Результатисследования	Зерттеуаяқталған күн, ай, жыл Дата окончанияисследования	Зерттеужүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, Проводившего исследование
Глицериннің ферменттелуі Ферментация глицерина	Оксидазды белсенділігі Оксидазная активность	Каталаздық белсенділігі Каталазная активность	Бета-лактамаздытест Бета-лактамазный тест	Қозғалғыштығы Подвижность	Уреаздыбелсенділігі Уреазная активность						
15	16	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
241-қосымша
Приложение 241
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ __ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ ___ №___ бұйрығымен бекітілген № 241/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 241/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Тырысқақ қоздырғышының болуына сыртқы орта объектілерінің үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов и результатов исследований объектов внешней среды на наличие возбудителя холеры

Басталуы (Начат) "___"_____20___ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20___ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):
Используемая нормативная документация (далее – НД):
1._____
2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, направившая образец	Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец	Объектінің мекенжайы Адрес объекта	Күн, айы, жылы және уақыты Дата, месяц, год и время	
				Үлгі алу Взятия образца	Зертханаға келіп түсуі Поступления в лабораторию

1	2	3	4	5	6

Судың тоСтоС воды	Судың рНрН воды	Уақыты (сағаты) Время (часы)			Зерттеудің нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование
		1 - ші пептондық суға себу Посева на 1-ю пептонную воду	2 - ші пептондық суға қайта себу Пересева на 2 - ю пептонную воду	2 - ші пептондық судан қайта себу Высев со 2-ой пептонной воды			
7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
242-қосымша
Приложение 242
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ __ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № ___бұйрығымен бекітілген №242/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 242/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Үлгілерді тіркеу және сынамаларды қабылдау ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов и приема проб

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Реттік нөмірі (Порядковый номер)	Өтініштің қаралған күні (Дата поступления обращения)	Мекеменің атауы, мекен-жайы (Наименование предприятия, адрес)	Сынаманың атауы (Наименование проб)	Сынама көлемі(Количество проб)	Сынама жіберілген зертханалар(Лаборатории получившие пробы)
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
243-қосымша
Приложение 243
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД ___ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының		Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 243/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 243/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №	

Бөлінген тырысқақ өсірінділерін есепке алу және сипаттамасын тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации учета и характеристики выделенных культур холеры

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Штамм № № штамма	Микробтың түрі Видмикроба	Зерттеу нысаны объект исследования	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Алғашқы себу Первичный посев	Морфологиясы Морфология	оксидаза оксидаза	Бар болуы Наличие	Хью-Лейфсон ортасында глюкозаның ыдырау типі Тип расщепления глюкозы в среде Хью-Лейфсона
				Материалды алу Взятия материала	Өсірінділерін бөліп алу Выделения культуры		Жасушалар Клетки	Колониялар Колоний	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Декарбоксилазалар декарбоксилазы	Аргининнің дегидролазасы Дегидролазы аргинина		Аэробты аэробный	Анаэробты Анаэробный
лизиннің лизина	Орнитиннің орнитина			
11	12	13	14	15

Биохимиялық белсенділігі	

Биохимическая активность							Тырысқақ сарысуларыме н агглютинабельділігі Агглютинабельность холерными сыворотками	
Сахароза	Манноза	Арабиноза	Лактоза	Маннит	Инозит	Желатина	“О”	Огава
16	17	18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Тырысқақ сарысуларымен агглютинабельділігі Агглютинабельность холерными сыворотками			ТГАР РНГА	ФАӘ МФА	Тырысқақ фагтарын сезгіштігі Чувствительность к холерным фагам			
Инаба	О l39	RO			“С”	Эльтор	ДДФ	ХДФ-3,4,5
25	26	27	28	29	30	31	32	33

Фаготип Фаготип	Фогес-Проскауэр реакциясы Реакция Фогес-Проскауэра	Гем агг-лютина-ция Гем агглютинация	Гемолиз Гемолиз	Жас көжектерде сыналған вируленттілік вирулентность на кроликах сосунках	Антибиотиктерді сезгіштігі Чувствительность к антибиотикам						ПТР нәтижелері Результаты ПЦР
					Тетрациклин	Левомицетин	Сифлокс	Гентамицин	Басқалар Другие	Полимиксин 50 ед./мл	
34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
244-қосымша
Приложение 244
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 244/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 244/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тырысқақ қоздырғышының бар болуына адамдардан алынған материял үлгілерін және зерттеу нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образцов материала от людей и результатов исследования на наличие возбудителя холеры

Басталуы (Начат) "___"_____20___ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "__"_____20___ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ):

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1._____

2._____

тіркеу нөмірі регистрационный номер	Зерттелушінің Т.А. Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии) обследуемого	Жасы Возраст	Жұмыс орны, қызметі Место работы, должность	Мекен-жайы Место жительства	Үлгіні жолдаған ұйым Организация, направившая образец	Контингент немесе диагноз Контингент или диагноз
1	2	3	4	5	6	7
	Күні, айы, жылы және уақыты Дата, месяц, год и время					
		Зертхананың қабылдаған				

		Поступления				
Алғашқы немесе қайта зерттеу Исследование первичное и л и повторное	Үлгі алу Взятия образца		Зерттелінетін үлгі Исследуемый образец	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн, ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы қолы Ф.И.О (при наличии), должность подпись специалиста, проводившего исследование

		в лабораторию				
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
245-қосымша
Приложение 245
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 245/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 245/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Аэроиондар концентрациясын өлшеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации измерений концентрации аэроионов

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж.(г.)

					Аэроиндардың концентрациясы Концентрации аэроионов			Зерттеу

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні, айы, жылы Дата, месяц, год	Нысанның атауы Наименование объекта	Цех, бөлім Цех, отдел	Жұмыс орындарының саны Количество рабочих мест	Оң иондар саны Число положительных ионов, в 1 см3		Теріс иондар саны Число отрицательных ионов, в 1 см3		Униполярлы коэффициенті, Коэффициент униполярности		Қолданылған құралдардың атауы Наименование использованных приборов	жүргізген маманның тегі, аты, әкесінің аты. Фамилия, имя, отчество специалистов, проводивших измерение
					Өлшеулер Измеренное	Рауалы шегі Предельно допустимое	Өлшеулер Измеренное	Рауалы шегі Предельно-допустимое	Өлшеулер Измеренное	Рауалы шегі Предельно-допустимое		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
246-қосымша
Приложение 246
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 246/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы	Медицинская документация Форма № 246/у

Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тағамнан уланулардың микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследовании пищевых отравлений

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өнімнің, сынаманың атауы Наименование продукта, пробы	МАФАМ	Титр E.coli	Протей титрі Титр протея	Сальмонеллаға, шигеллаға зерттеу Исследование на сальмонеллы, шигеллы
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Стафилококкқа зерттеу Исследование на стафилококк	Энтерококкқа зерттеу Исследование на энтерококк	Cereus-ке зерттеу Исследжование на B.cereus	Анаэробтар Анаэробы	Биосынама Биопроба	Нәтиже Результат	Күні, қолы Дата, подпись
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
247-қосымша
Приложение 247
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

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

		Код организации по ОКПО _____ __
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___бұйрығымен бекітілген №247/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 247/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тағамнан уланулардың микробиологиялық зерттеулерді тіркеу (ботулотоксинді анықтау) ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследовании пищевых отравлений (исследований на ботулотоксин)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өнімнің, сынаманың атауы Наименование продукта, пробы	МАФАМ	Титтр E.coli	Протей титрі Титр протея	Сальмонеллаға, шигеллаға зерттеу Исследование на сальмонеллы, шигеллы	Стафилококкқа зерттеу Исследование на стафилококк	Энтерококкқа зерттеу Исследование на энтерококк
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Cereus-ке зерттеу Исследжование на cereus	Анаэробтар Анаэробы	Биосынама Биопроба / Реакция нейтролизации/							
		Комплексті ABCEFсары сулармен Смесь сывороток ABCEF				Зерттелетін сынама бақылау Контроль			
		1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Биосынама Биопроба Жеке сары сулармен қойылған нейтролизация реакциясы / Р.нейтролизации /									
Сары су "А" түрі Сыворотка тип А"		Сары су " В" түрі Сыворотка тип " В "				Сары су "С" түрі Сыворотка тип " С "			

1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Биосынама Биопроба Жеке сары сулармен қойылған нейтролизация реакциясы / Р.нейтролизации /												Нәтиже Результат	Күні, қолы Дата, подпись
Сары су " Е" түрі Сыворотка тип " Е "				Сары су " F" түрі Сыворотка тип " F "				Бақылау Контроль					
1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн	1 күн	2 күн	3 күн	4 күн		
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
248-қосымша
Приложение 248
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 248/е нысанды медициналық құжаттама
		Медицинская документация Форма № 248/у

		Утверждена приказом Министра
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		

		здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Тағамнан уланулардың микробиологиялық зерттеулерді тіркейтін ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ (ботулизм қоздырғышын анықтау) РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследовании пищевых отравлений (исследований на возбудителя ботулизма)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өнімнің, сынаманың атауы Наименование продукта, пробы	МАФАМ	Титтр E.coli	Протей титрі Титр протея	Сальмонеллаға, шигеллаға зерттеу Исследование на сальмонеллы, шигеллы	Стафилококкқа зерттеу Исследование на стафилококк	Энтерококкқа зерттеу Исследование на энтерококк	B.cereus-ке зерттеу Исследжование на B.cereus
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

РН среды	Анаэробтар Анаэробы								Нәтиже Результат Күні, қолы Дата, подпись
	Китт-Тароцци қоректік ортасы / Ср.Китт-Тароцци Қыздырылған егінді 80 to-37o/ гретая при 80o на to 37o				Китт-Тароцци қоректік ортасы / Ср.Китт-Тароцци Қыздырылған егінді 60 to-30o/ гретая при 60o на to 30o				
	2 күн	4 күн	6 күн	10 күн	2 күн	4 күн	6 күн	10 күн	
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
249-қосымша
Приложение 249
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 249/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 249/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Иерсинниозға микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследовании на иерсинниоз

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Өнімнің атауы Наименование продукта	Объект	Себу күні Дата посева	10 күннен кейін 1 рет қайта себілуі Дата 1 пересева ч/з 10 дней	5 күннен кейін 2 рет қайта себілуі Дата 2 пересева ч/з 5 дней	5 күннен кейін 3 рет қайта себілуі Дата 3 пересева ч/з 5 дней	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Қолы, күні Дата, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
250-қосымша
Приложение 250
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 250/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 250/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық мөлшерін анықтау бойынша микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследовании по определению остаточных количеств антибиотиков в продуктах животноводчества

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Әкеліну күні Дата доставки	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Әкеліну уақыты Время доставки	Зерттеу басталған уақыт Время начала исследования	Өнімнің атауы, алыну орны, материалды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор материала	А/б сериясы, жұмыстық концентрациясы А/б, серия, рабочая концентрация	Тест-микроб	М/орг-ның шамаланған себу дозасы Орентиров-я посевн. доза м/орг-ма
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Қоректік орта мен буфер Питательная среда и буфер	1 табақшадағы ортаның мөлшері Количество среды на 1 чашку	Өсіріндінің өсуі тежелуінің диаметрі Диаметр задержки роста культур	Орта бірліктерге уақыттық түзету Временная поправка в средние величины	2 қатар табақшалардың орта арифметикалық саны Средн. арифметическое 2-х параллельных чашек	Өсу тежелуі аймағының диаметрлер айырмасы Разность диаметров зоны задержки роста	Өнімдердегі анықталған а / б қанықтығы Опред. концентрация а/б в продуктах	Нәтижесі, күні, қолы Результат, дата, подпись
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
251-қосымша
Приложение 251
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 251/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 251/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Тағам және мал шаруашылығы өнімдеріндегі бактерияға қарсы және гормоналды препараттардың қалдық мөлшерін анықтау бойынша зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации исследований по определению остаточных количеств антибактериальных и гормональных препаратов в продуктах питания и животноводства

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

				Өнімнің атауы, алыну орны,		Қалдық гормонның	

Әкеліну күні Дата доставки	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Әкеліну уақыты Время доставки	Зерттеу басталған уақыт Время начала исследования	материалды кім алды Наименование продукта, место забора, кем сделан забор материала	Тест-система	мөлшерін анықтау нәтижесі Результат исследования на определение остаточного количества гормонов	Күні, қолы дата, подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
252-қосымша
Приложение 252
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 252/е нысанды медициналық құжаттама
		Медицинская документация Форма № 252/у

		Утверждена приказом Министра
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		

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

Қанды стерилділікке микробиологиялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации микробиологических исследовании крови на стерильность

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	ТАӘ, мекен жайы, жұмыс орны ФИО, адрес, место работы	Қанды акелген адамның тегі, аты, әкесінің аты, луазымы қолы Фамилия, имя, отчество, должность и подпись лица доставившего кровь	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Температуралық тәртібі Температурный режим	Себулер Высевы				
						I	II	III	IV	V
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Микроскопия	Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации	Нәтиже Результат	Талдау аяқталған күн Дата окончания анализа	Нәтиже берілген күн, ай, жыл Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның қолы, тегі, аты, әкесінің аты Фамилия имя отчество, подпись лица проводившего исследование
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
253-қосымша
Приложение 253
к приказу Министра
здравоохранения

Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 253/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 253/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Адамдардан алынған (антибиотикке сезімталдық) клиникалық материалды тіркеу және зерттеу сынамаларын есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации и учета проб исследования клинического материала от людей (антибиотико чувствительность)

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)
Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1. _____
2. _____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға келіп түскен күні Дата поступления в лабораторию	Т.А.Ә (болған жағдайда). Ф.И.О (болған жағдайда)	Жасы Возраст	Орталардың атауы Наименование сред				Микроскопия
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

КОЕ (Өсіру) (в разведение)	Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации											
	Лактоза	Глюкоза	Сероводород	Мочевина	Индол	Подвижность	Маннит	Мальтоза	Сахароза	Ацетат натрия	Цитрат Симонса	Фенилаланин
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Сәйкестендіруге арналған тесттер Тесты для идентификации													
Лизин	Фаголизис	ЛецитиназПигмента	Манит	Мальтоза	Маннноза	Галактоза	Трегалоза	Фосфатаза	Глицерин	Коагулаза	Хлопьеобразование	Гемолиз	Каталаза, ФП
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36

Антибиотиктер өсуінің тежелу аймағының диаметрі (мм) Антибиотики/диаметр зоны задержки роста (мм)													
Пенициллин	Амикацин	Эритромицин	Линкомицин	Оксациллин	Рифампицин	Метициллин	Амоксиклав	Тетрациклин	Гентамицин	Канамицин	Нео-мицин	Азитромицин	Меропенем
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

Продолжение таблицы

Антибиотиктер өсуінің тежелу аймағының диаметрі (мм) Антибиотики/диаметр зоны задержки роста (мм)												
Имепенем	Тобрамицин	Канамицин	Цефазолин	Цефепим	Цефтазидим	Норфлоксацин	Левомицетин	Пефлоксацин	Цефалексим	Цефексин	Цефотаксим	Цефаклор
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63

Грибокқа қарсы препараттар Противогрибковые препараты							
Амфотерицин	Клотримазол	Нистатин	Кетоконазол	Интраконозол	Флуконазол	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы және қолы Ф.И.О (при наличии), должность и подпись лица, проводившего исследование
64	65	66	67	68	69	70	71

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
254-қосымша
Приложение 254
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ __ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ ___ № ___бұйрығымен бекітілген № 254/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 254/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Адамдардан алынған (дисбактериоз) клиникалық материалды зерттеу сынамаларын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации проб исследования клинического материала от людей (дисбактериоз)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)
Используемая нормативная документация (далее – НД)
1. _____
2. _____

Күні			Қоректендіру орталарында өсу

Дата		Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии)	Жасы Возраст	Рост на питательных средах (в разведение) (өсіру)				
Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханаға келіп түскен Поступления в лабораторию			Среда Плоскирева Плоскирев ортасы	BCA	Бифидоагар	Лактоагар	Среда для бактеройдов Бактеройдтарға арналған орта
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Қоректендіру орталарында өсу Рост на питательных средах (в разведение) (өсіру)							
Эндо	По Шукевичу Пушкевич бойынша	Кровяной агар	Энтерококк агар	ЖСА	Вильсон-Блера	Сабуро	Salmonella Shigella
10	11	12	13	14	15	16	17

Количество выросших микроорганизмов (микробных клеток в 1 гр фекалий) Өскен микроорганизмдер саны (1гр фекалийдегі микроб клеткалары)						
Lactobacterium	Bacteroid.	E. Coli Lac +	E. Coli Lac +/-	E. Coli Lac -	E. Coli гемолизирующая	Бактерии рода Типіндегі бактериялар
18	19	20	21	22	23	24

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Количество выросших микроорганизмов (микробных клеток в 1 гр фекалий) Өскен микроорганизмдер саны (1гр фекалийдегі микроб клеткалары)						
Другие УПЭ Басқа УПӘ	St.aureus	Enterococcus	Clostrilium	Candida	Нәтиже берілген күн Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның қолы Т.А.Ә (болған жағдайда), Ф.И.О (при наличии), подпись лица проводив шегоисследование
25	26	27	28	29	30	31

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
255-қосымша

Приложение 255
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 255/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 255/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Өсімдік шаруашылығы өнімдерінің үлгілерін тіркеу және құрамында нитраттардың бар болуына зерттеу нәтижелерін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации образца и учета результатов исследования растениеводческой продукции на содержание нитратов

Басталуы (Начат) "____"_____20 ж.(г.)
Аяқталуы (Окончен) "____"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зертханалық нөмірі Лабораторный номер	Үлгілер алынған күн Дата отбора образцов	Сынаманың (үлгінің) атауы Наименование	Саны Количество	Алынған ауданы, орны Районы Место отбора	Анықталған нитраттар (мг/кг) Обнаруженное содержание	Рұқсат етілген нитраттың мөлшері(мг/кг) Допустимое содержан	Нәтижеберілген күн Дата выдачи результата	Зерттеу жүргізген адамның қолы,тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при

			пробы (образца)			нитратов (мг/кг)	и е нитратов (мг/кг)		наличии), подпись лица, проводив шего исследов ание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
256-қосымша
Приложение 256
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 256/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 256/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Безгекке тексерілгендерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации обследуемых на малярию

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

	Зертханаға препараттард	Тексерілушінің тегі, аты,				

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	ы Қабылданған күні Дата поступления препаратов в лабораторию	әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия имя отчество (при наличии) обследуемого	Туған жылы Год рождения	Мекен-жайы Адрес проживания	Жұмыс орны, лауазымы Место работы , должность	Алғашқы қойылған диагноз Первичный диагноз
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Келген жері (елі), болу кезеңі, айы, жылы ҚР-на келген күні. Откуда (страна) прибыл, период пребывания, Дата прибытия в РК	Зерттеулердің саны Количество исследований	Нәтижелер берілген күн Дата выдачи результата	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Зерттеу жүргізген адамның қолы , тегі, аты, әкесінің аты (при наличии), лауазымы Фамилия имя отчество (при наличии), должность и подпись проводившего исследование	Ескерту Примечание
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
257-қосымша
Приложение 257
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан

Форма

А4 Форматы

Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ __ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		№ ___бұйрығымен бекітілген № 258/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы			Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Паразитологиялық зертханалық бақылауды тіркеу (шайындылар) ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации внутрилабораторного контроля (смывы) в паразитологических лабораториях

Басталуы (Начат) "____"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Зерттеу жүргізілген күн, Дата проведения исследования	Үлгі алынған орын Место взятия образца	Зерттеу нәтижелері Результаты исследования	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты(при наличии), лауазымы қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность лица, подпись, проводившего исследование.
1	2	3	4	5	6

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
258-қосымша
Приложение 258
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген №258/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Гнус имангосы санының серпінін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета динамики численности имаго гнуса

Облыста (в области)_____ 20 ж. (г.)

Занды және жеке тұлғалардың толық атауы (Полное наименование юридического, физического лица) _____

Есепке алу тәсілі (20 минуттық "өзінен" аулау немесе өсімдіктерді шабу)_____

_____

(Способ учета (20-минутный облов "на себя" или кошение по растительности))

Буын аяқтылар тобы** Группа членистоногих**	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность												Орташа маусымдық көрсеткіш Средне сезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмыттар, соналар
Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
259-қосымша
Приложение 259
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 259/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 259/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Гнус дернәсілдері санының маусымдық серпінін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета сезонной динамики численности личинок гнуса

Шаруашылық жүргізуші объектінің толық атауы (Полное наименование хозяйствующего субъекта)

_____

_____

Су қоймасы № (№ водоема)_____

Есепке алу тәсілі (ебелек немесе кювета) (Способ учета (сачок или кювета))_____

(в) _____ауданында (районе), (в области) _____ облысында 20 ж.(г.)

Буынаяқтылар тобы Группа членистоногих**	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Он күн сайын және орташа айлық (бұдан әрі -ОА) саны Подекадная и среднемесячная (далее-СМ) численность												Орташа маусымдық көрсеткіш Средне сезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	см	1	2	3	см	1	2	3	см	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

* Әрбір он күндікті екі бағаншаға бөлеміз: бөлінгішінде – барлық құрттар, бөлгішінде - бір сынамаға келетін саны; Бір м2 су бетіне келетін санды қайта есептеуді зертханалық жағдайда жедел талдау мен материалды қорытындылау кезінде жүргізу керек.

Каждую декаду делим на две подграфы: в числителе – всего личинок, в знаменателе – численность на одну пробу; Перерасчет численности на один м2 водной поверхности осуществлять в лабораторных условиях при оперативном анализе и обобщении материала.

** Буынаяқтылар тобы: масалар, шіркейлер, құмыттар, соналар.

Группа членистоногих: комары, мошки, мокрецы, слепни.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
260-қосымша
Приложение 260
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 260/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 260/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Кенелер имагосы санының серпінін есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета динамики численности имаго клещей

(в) _____ауданында (районе), (в области)_____ облысында

Бақылау нүктесінің, орманды типологиялық бөліктің атауы, есепке алу тәсілі (мүйізді ірі қара маршрутында) Наименование контрольной точки, лесотипологического выдела, способ учета (маршрут на крупнорогатом скоте)	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Он күн сайын және айлық (бұдан әрі -А) саны Подекадная и месячная (далее-М) численность											
		Сәуір Апрель				Мамыр Май				Маусым Июнь			
		1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	1	2	3	СМ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Продолжение таблицы

Он күн сайын және айлық (бұдан әрі -А) саны	

Подекадная и месячная (далее-М) численность												Маусымдық көрсеткіш Сезонный показатель
Шілде Июль				Тамыз Август				Қыркүйек Сентябрь				
1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	1	2	3	СМ	
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
261-қосымша
Приложение 261
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 261/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 261/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №

Энтомофаунаны және кенелерді фенологиялық бақылауды есепке алу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ учета фенологических наблюдений за энтомофауной и клещами

Облыстың (Наименование области)_____ ауданның (района)_____
елді мекеннің атауы (населенного пункта)_____
Зерттеу әдістеменің НҚ-ры _____
(НД на метод испытаний)

№	Негізгі фендік құбылыстар Основные феноявления	Анофелес масасы Анофелес	Аедес	Куликс	Шіркейлер Мошки	Соналар Слепни	Үнсіз масалар Москиты	Шыбындар Мухи
	Жәндіктер Насекомые							
1.	Қыстаудан ұшып шығуының ңбасталуы Начало вылета с зимовок		X	X	X	X	X	
2.	Қыстаудан жаппай ұшыпшығуы Массовый вылет с зимовок		X		X	X	X	
3.	Қан сорған алғашқы ұрғашымасалар ервые самки с кровью		X	X	X	X	X	X
4.	Жаппай қан сорған ұрғашы масалар Массовость самок с кровью		X	X	X	X	X	X
	Ұрығы жетілген							

5.	алғашқы ұрғашы масалар Первые самки с созревшим яйцом		X	X	X	X	X	X
6.	1 - маусымдағы алғашқы құрттар Первые личинки 1-го возраста					X	X	
7.	2 - маусымдағы алғашқық ұрттар Первые личинки 2-го возраста				X	X	X	X
8.	3 - маусымдағы алғашқық ұрттар Первые личинки 3-го возраста				X	X	X	X
9.	4 - маусымдағы алғашқы құрттар Первые личинки 4-го возраста					X	X	X
10.	Бірінші қуыршақтар Первые куколки					X	X	
11.	Бірінші генерацияның ұшуы Вылет первой генерации							

12.	Жаппай қансорудың басталуы Начало массового кровососания							X
13.	Буынаяқтылар имагосы санының ең көбі Пик численности имаго							
14.	Жаппай қансорудың аяқталуы Конец массового кровососания		X					X
15.	Құрттар санының ең көбі Пик численности личинок					X	X	X
16.	Соңғы қан сорған ұрғашы жәндіктер Последние самки с кровью		X	X	X	X	X	X
17.	Су айдындарындағы соңғы құрттар Последние личинкив водоемах				X	X	X	X
18.	Бірінші диапаузадағы ұрғашыжәндіктер		X	X	X	X		X

	Первые диапаузирующие самки						X	
19.	Жаппай диапаузаға кетуі Массовый уход в диапаузу		X	X	X	X	X	X
20.	Соңғы тіркелу мерзімдері Сроки последней регистрации							
21.	Масалардың тез жұқтыру маусымының басталуы Начало сезона эффективной заражаемости комаров		X	X	X	X	X	X
22.	Масалардың тез жұқтыру маусымының соңы Конец сезона эффективной заражаемости комаров		X	X	X	X	X	X
23.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің басы Начало сезона		X	X	X	X		X

	передачи малярии человеку						X	
24.	Безгек ауруының адамға берілу мерзімінің соңы Конец сезона передачи малярии человеку		X	X	X	X	X	X
25	Жергілікті безгек ауруына байланысты уақытында тіркеу күні Дата возможной регистрации местного случая малярии							
	Кенелер Клещи	Маршруттарының нөмірлері Номера маршрутов						
1.	Маршруттағы бірінші кенелер Первые клещи на маршруте							
2.	Жаппай белсенділіктің басталуы Начало массовой активности							
3.	Кенелердің жоғары саны Пик численности клещей							

4.	Жаппай белсенділіктің соңы Конец массовой активности							
5.	Табиғаттағы соңғы кенелер Последние клещи в природе							
6.	Маусымдағы белсенділік кезеңі (күндермен) Период активности за сезон(в днях)							

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
262-қосымша
Приложение 262
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 262/е нысанды медициналық құжаттама	

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 262/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Аса қауіпті инфекциялар қоздырғыштарына дезинфекциялау құралдарының микробқа қарсы белсенділігінің сынақтарын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации испытаний антимикробной активности дезинфицирующих средств на возбудители особо опасных инфекции

Басталуы (Начат) "____"_____20 ___ ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "____"_____20 ___ ж. (г.)

Пайдаланылатын нормативтік құжаттама (бұдан әрі – НҚ)

Используемая нормативная документация (далее – НД):

1._____

2._____

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Дезинфекциялау құралының зертханаға келіп түскен күні Дата поступления дезинфицирующего средства в лабораторию	Зерттеу басталған күн, ай, жыл Дата, месяцгод начала исследования	Құралды жіберген мекеме Учреждение направившее средство	Құралдың атауы Наименование средства	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн ай, жыл Дата, месяц, год окончания исследования	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Зерттеу жүргізген Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы Ф.И.О (при наличии), подпись лица, проводившего исследование
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
263-қосымша
Приложение 263
к приказу Министра

здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 263/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 263/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Метеорологиялық факторларды өлшеу және зерттеу нәтижелерін беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ регистрации измерений и выдачи результатов исследований метеорологических факторов

Басталуы (Начат) "___" _____20 ж. (г.)
Аяқталуы(Окончен) "___" _____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Объектінің атауы Наименование объекта	Цех, бөлім Цех, отдел	Ауа температурасы 0С Температура воздуха 0С		Ауаның салыстырмалы ылғалдылығы % Относительная влажность воздуха в %	
				Өлшенген	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген	өлшенген	Нормалар бойынша оңтайлы/рұқсат етілген

				Измеренная	оптимальная/ допустимая по нормам	измеренная	доптимальная/ допустимая по нормам
1	2	3	4	5		6	

Ауаның қозғалыс жылдамдығы Скорость движения воздуха не более м/с		Жылу шығару Тепловое излучение				Өлшемдер саны/ оның ішінде РЕШД–дан жоғары Количество замеров/изних выше ПДУ	Өлшеуге арналған құралдар Приборы для измерения	Зерттеу жүргізген адамның қолы тегі,аты, әкесініңаты Фамилия, имя, отчество, подпись лица проводившего исследование	Хаттаманы алған адамның қолы, күні Дата и подпись лица, получившего протокол	Зерттеу әдістемесіңНҚ-ры НД на метод испытаний
Өлшенген Измеренная	Нормалар бойынша оңтайлы/ рұқсатетілген оптимальная/ допустимая понормам	Жылу шығару көзінің атауы Наименование источника излучения	Жылу көзінен арақашықтық, сантиметрмен Расстояние от источника всм	Өлшенген Вт/м2 Измереннаяя Вт/ м2	Нормалар бойынша рұқсат етілген Вт/м2 Допустимое понормам Вт/м2					
7		8				9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
264-қосымша
Приложение 264
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

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

		Код организации по ОКПО _____ _	
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 264/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 264/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___	

Жануарлардың тістеуінен, сілекейінің жұғуынан, тырнауынан зардап шеккен адамдарды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации пострадавших от укусов, ослюнений, оцарапывания животными

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Хабарламаның берілген күнімен уақыты, кім хабарлады Дата и час сообщения, кто передал	Хабарлама жіберуші медициналық ұйымының атауы Наименование медицинской организации, пославшей сообщение	Зардап шеккен адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии) пострадавшего	Жасы Возраст	Мамандығы Профессия	Мекен-жайы Домашний адрес
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы (Продолжение таблицы)

Күні Дата		Диагноз	Жануардың түрі Вид животного	Жануар иесінің мекен-жайы Адрес хозяина животного	Ветеринария анықтама нөмірі Номер ветеринарной справки	Ветеринария анықтаманы алған күні Дата получения ветеринарной справки
Тістелген Укуса	Көмек сұраған Обращения					
8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
265-қосымша
Приложение 265
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ __ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ №___ бұйрығымен бекітілген № 265/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 265/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №___

Сүтқоректілердің эктопаразиттерінің талшықтарын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации очесов эктопаразитов млекопитающих

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Ретті № № п/п	Күні Дата	Материалдың анықталған орны(елді мекеннің және әкімшілік ауданның аталуы) Место добычи материала (название административного района, населенного пункта, точки сбора)	Жануардың түрі Вид животного	Ұсақ сүтқоректілердің саны Количество мелких млекопитающих	
				эктопаразиттермен	эктопаразиттерсіз

				с эктопаразитами	без экзопаразитов
1	2	3	4	5	6

Иксодтық кенелер Иксодовые клещи		Гамазды кенелер Гамазовые клещи	Бүрге Блохи	Бит Вши	Ескерту Примечание
Личинки (L)	Нимфы (N)				
7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
266-қосымша
Приложение 266
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

		Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің2021 жылғы "___" _____ № ___бұйрығымен бекітілген № 266/е нысанды медициналық құжаттама

		Медицинская документация Форма № 266/у

		Утверждена приказом Министра
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		

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

Дефектоскоптарды, иондаушы сәулелену көздерін және спектрометрлерді дозиметриялық бақылауды есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета дозиметрического контроля дефектоскопов, источники ионозиционного излучения и спектрометров

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Кәсіпорын атауы Наименование предприятия	ИСК ИИИ	Зауыт нөмірі Завод номер	Альфа-бета және гамма рентген сәулелену дің өлшем саны Количество замеров альфа-бета и гамма рентген излучения	Өлшем диапазоны Диапазон измерений	Хаттама нөмірі Номер протокола	Радонды өлшеу саны Количество замеров радона	Өлшем диапазоны Диапазон измерений	Хаттама нөмірі Номер протокола	Бақыллау күні Дата контроля
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
267-қосымша
Приложение 267
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген №267/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы			Медицинская документация Форма № 267/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____ –

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау органдарының инфекциялық және паразиттік ауруларды есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета инфекционных и паразитарных заболеваний государственными органами санитарно-эпидемиологического контроля

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "__"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Эпидемиологиялық нөмірі (Эпидемиологический номер	Телефон арқылы алынған (берілген) айы, күні және сағаты алғашқы шұғыл хабарламаны жіберген (алған) адамның аты, жөні Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения кто передал, кто принял	Хабарлама берген медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации, передавшей сообщение	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного	Жасы (3 жасқа дейінгі балалардың туған айы мен жылын көрсетіңіз) Возраст (для детей до 3-х лет, указать месяц и год рождения)
1	2	3	4	5	6

жалғасы/ продолжение

	Жұмыс, оқу орнының атауы, мектеп жасына дейінгі балалар			

Мекен-жайы (қала, ауыл, көше, үй нөмірі, пәтер нөмірі) Домашний адрес (город, село, улица, номер дома, номер квартиры)	ұйымының (сынып, топ) атауы, соңғы барған күні Наименование места работы, учебы, детской дошкольной организации (класс, группа) дата последнего посещения	Ауырған айы, күні, жылы Дата заболевания	Диагноз және оның қойылған күні, айы, жылы Диагноз и дата его установления	Ауруханаға жатқызылған күні, айы, жылы және орны Дата, место госпитализации
7	8	9	10	11

жалғасы/ продолжение

Дәрігерге алғашқы қаралған күні Дата первичного обращения	Өзгертілген (нақтыланған) диагнозы, оның анықталған күні Измененный, (уточненный) диагноз и дата его уточнения	Эпидемиологиялық қарап-тексеру жүргізілген күн, инфекциялық ауру ошағында тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты Дата эпидемиологического обследования, фамилия, имя, отчество обследовавшего очаг инфекционного заболевания	Тұрақты мекенжай бойынша, балалар ұйымынан, оқу, жұмыс, орындары бойынша ауру оқиғасы туралы мемлекеттік санитариялық эпидемиологиялық органдарға хабарланған күн, ай, жыл Дата сообщения о заболевании в государственные органы санитарно эпидемиологического надзора по месту постоянного жительства, в детскую организацию, по месту учебы, работы	Зертханалық тексерулер, олардың нәтижелері Лабораторные исследования, результаты	Ескерту Примечание
12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
268-қосымша
Приложение 268
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан

от "____" _____ 2021 года № _____

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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 268/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 268/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Спектрометриялық зерттеулерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации спектрометрических исследований

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Журнал бойынша нөмірі Номер по журналу	Өлшеу жүргізілген күн Дата проведения измерения	Үлгінің атауы Наименование образца	Үлгінің салмағы (гр) Вес образца (гр)	Үлгіні өлшеу уақыты (сек) Время измерения образца (сек)
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Радионуклидтердің белсенділігі, Бк/кг/л/дм3 Активность радионуклидов					
					Басқа гамма сәулеленуші изотоптар / Меншікті тиімді белсенділігі

Радий- 226	Торий- 232	Калий- 40	Цезий - 137	Стронций - 90	Другие гамма – излучающие изотопы	Удельная эффективная активность
7	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
269-қосымша
Приложение 269
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген №269/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 269/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Өнеркәсіптік объектілерді зерттеп-қарауды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации обследований промышленных объектов

Тіркеу Нөмірі	Күні Дата	объектінің атауы	Өлшеу жүргізілген орын	Гамма сәулеленудің ЭМҚ мкЗв/с / МЭД гамма излучения мкЗв/час	
				Өлшем саны	Өлшеу нәтижелері

Регистрационный номер		Наименование объекта	Место проведения измерений	Количество измерений	Результаты измерений
1	2	3	4	5	6

Альфа бөлшектер/см2х мин Альфа частиц /см2х мин		Бета бөлшектер/см2х мин Бета частиц/см2х ми		Ауада радонның өлшенген, тең салмақты, баламалы, көлемді белсенділігі Бк/м3 (Измеренная, равновесная, эквивалентная, объемная активность радона в воздухе Бк/м3)		Топырақ бетінен алынған радон ағымының өлшенген тығыздығы (мБк/ш.м. ·сек) (Измеренная плотность потока радона с поверхности гранта (мБк/м2· сек)		Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә, қолы Измерения проводил
Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	
7	8	9	10	11	12	13	14	15

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
270-қосымша
Приложение 270
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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 министрінің2021 жылғы "___" _____ №_____ бұйрығымен бекітілген №270/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 270/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Рентген кабинеттерінде жүргізілген өлшемдерді тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации измерений проведенных в рентгенологических кабинетах

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер		Күні Дата		Объектінің атауы Наименование объекта	Өлшеу жүргізілген орын Место проведения измерений
1		2		3	4
Рентген сәулеленудің мкЗв/с /рентген излучениие мкЗв/час				Өлшеу жүргізген, Т.А.Ә (при наличии), қолы Измерения проводил Ф.И.О (при наличии), подпись	
Өлшем саны Количество измерений	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений	Өлшемнен асқан өлшемдер саны Количество измерений с превышением	Өлшеу нәтижелері Результаты измерений		
5	6	7	8	9	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
271-қосымша
Приложение 271
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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		Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы "___" ___

Республики Казахстан		_____ №_____ бұйрығымен бекітілген № 271/е нысанды медициналық құжаттама	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы			Медицинская документация Форма № 271/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____ –

Сапаны сырттай бағалау бойынша сынамаларды және зертханааралық салыстыру сынақтарын тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации проб по внешней оценке качества и межлабораторных сличительных испытаний

Басталуы (Начат) "___"_____20____ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20____ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Сынама атауы Наименование пробы	Зерттеу түрі Вид исследования	Қайдан жіберілді Откуда направлен	Қайда жіберілді Куда направлен

Кестенің жалғасы

Продолжение таблицы

Жіберілген препараттар саны Количество направленных препаратов	НҚ-ға сәйкес Нормалар Нормы в соответствии с НД	Зерттеудің нәимжесі Результат исслдований	Нәтижелер сәйкестігінің үлес салмағы Удельный вес совпадений результатов	Зерттеу жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы Фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись, проводившего исследование	Ескерту Примечание

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
272-қосымша
Приложение 272
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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 № 272/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 272/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Қоршау конструкцияларының дыбыс оқшаулауын өлшеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации измерения звукоизоляций ограждающих конструкции

Басталуы (Начат) "__"_____20 ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) " __"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі	Күні айы, жылы	Шаруашылық жүргізкш і субъектінің, ұйымның атауы Наименование хозяйствующего субъекта	Өлшеулер саны Количество замеров						Қолданылған құралдардың атауы Наименование использованных	Өлшеуле р жүргізген маманда рды Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы Ф.И.О (при наличии) и подпись специалистов проводи
			Фоновый шум	ревербе рации	Воздушный шум		Ударный шум			
			Барлығы Всего	Барлығы Всего	Барлығы Всего	Рұқсат етілген шегінен жоғары Выше ПДУ	Барлығы Всего	Рұқсат етілген шегінен жоғары		

Регистрационный номер	Дата, месяц, год	, организации						Выше ПДУ	приборов	вших измерения
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
273-қосымша
Приложение 273
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы	Медицинская документация Форма № 273/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы хаттамаларды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ регистрации протоколов об административных правонарушениях

№ п/п	Құқық бұзушылықты анықтаған орган Орган выявивший правонарушение	Әкімшілік істің нөмірі Номер административного дела	Жасалған күні Дата заведения	Аты-жөні хаттаманы толтырған, Хаттама жасаған адамның лауазымы Ф.И.О (при наличии) лица составившего протокол, Должность лица составившего протокол	Жеке тұлға, заңды тұлға, жеке кәсіпкер туралы мәліметтер (ЖСН, БСН, Т. А. Ә., мекенжайы) Сведения о физическом лице, юридическом лице, индивидуальном предпринимателе (ИНН, БИН, ФИО, адрес)	Жұмыс түрі, лауазымы, жұмыс орны, телефоны Род занятий, должность, место работы, телефон	Жасалған орны, мекен-жайы. Место совершения, адрес.	Қ Р ӘҚБтК біліктілігі Квалификация КоАП РК	Өндірісті қамтамасыз ету шаралары Меры обеспечения производства
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

жалғасы
продолжение

Тұлғаны әкімшілік жауапкершілікке бұрын тартылғаны туралы деректер Данные о раннем привлечении к административной ответственности лица	Өтінішхаттардың болуы Наличие ходатайств	Қарау күні мен нәтижесі, қабылданған шаралар Дата и результат рассмотрения, принятые меры	Танысу туралы мәліметтер Сведения об ознакомлении	Материал / хаттама бойынша шешім Решение по материалу/ протоколу	Төлеу күні (қысқартылған өндірісте) Дата уплаты (в сокращенном производстве)	Басқа белгілер Прочие отметки
11	12	13	14	15	16	17

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

Ескерту. Бұйрық 273-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 24 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 органа 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 расследований в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Басталды (Начат) "____" _____ж. (г.)

Аяқталды (Окончен) "____" _____ж. (г.)

		Субъектілердің (объектінің) атауы, өздеріне қатысты тергеп-тексеру басталған басшының (	Тексеру барысында				

№	Тергеп-тексеруді тағайындау, тергеп-тексеру мерзімдерін ұзарту туралы актісінің шығарылған күні мен нөмері (Дата и номер акта о акта о назначении расследования, продлении сроков расследования)	дара 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)	бұзушылық 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 и номер 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 имя отчество (при его наличии), должность лица, проводившего расследование)
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
274-қосымша
Приложение 274
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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 № 274/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 274/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Ұсақ сүтқоректілердің санын есепке алудың ДАЛАЛЫҚ ЖУРНАЛЫ ПОЛЕВОЙ ЖУРНАЛ учета численности мелких млекопитающих

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)

Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Күні Дата	Материалды алу орны (әкімшілік аймағының атауы мен зерттеу нүктесі) Место добычи материала (название административного района и точка обследования)	Аулау құралдарының саны Количество орудий улова		Ұсақ сүтқоректілердің саны Количество мелких млекопитающих	Ұрғашылардың генеративтік күйі және жынысы Пол и генеративное состояние самок	Биосынама № № биопробы	Сүтқоректілер санының пайыздық көрсеткіші Показатель численности мелких млекопитающих %
			торлар ловушки	қақпан капкан				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
275-қосымша
Приложение 275
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 275/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 275/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Кәсіптік ауруды (улануларды) есепке алу КАРТАСЫ КАРТА учета профессионального заболевания (отравления)

Толтырылған күні (Дата заполнения)	Тіркеу нөмірі (Регистрационный номер)	
Деректердің мазмұны (Содержание сведений)	Беттің № № (страницы)	Коды (Код)
Республика	1	
Облыс, қала (область, город)	2	
Сала түрі Вид отрасли	3	
Нысан атауы Наименование объекта	4	
Жұмыс орны, цех, бөлімше, учаске, лауазымы (Место работы, цех, отделение, участок, должность)	5	
Кәсіптік ауру (улану) туралы хабарлама Алынған күн (Дата получения извещения о профессиональном заболевании (отравление)	6	
Науқасты қоса санда, бір уақытта зардап шеккендер саны Число одновременно пострадавших, включая данное лицо	7	
Зардап шегушінің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пострадавшего)	8	
Жынысы (Пол): ер (мужской) – 1;		

әйел (женский) - 2	9	
Жасы (жыл саны) (Возраст (число лет))	10	
Кәсібі (Профессия)	11	
Осы кәсіптегі еңбек өтілі, жылдар (Стаж работы в данной профессии, лет)	12	
Кәсіптік ауруды тудырған зиянды өндірістік фактормен байланысты еңбек өтілі (Стаж работы в контакте с вредным производственным фактором, вызвавшим профзаболевание, лет)	13	
Кәсіптік ауруды (улануды) тудыруға себепкер болған зияды өндірістік факторлар (Вредные производственные факторы, послужившие причиной профзаболевания (отравления))		
1. Негізгі (Основной)	14	
2. Қосымша (Сопутствующий)	15	
Негізгі фактордың параметрлері (Параметры основного фактора)	16	
Қосымша факторлардың параметрлері (Параметры сопутствующих факторов)	17	
Кәсіптік ауруды тудырған жағдайлар (Обстоятельства возникновения профзаболевания)	18	
1.	19	
2.	20	
Кәсіптік аурудың түрі (Виды профзаболевания): ауру (заболевание) - 1; улану (отравление) – 2	21	
Кәсіптік аурудың түрі (Форма профзаболевания): жіті (острое) – 1; созылмалы (хроническое) - 2	22	
Диагноздары (Диагнозы): негізгі (основной)	23	
Қосымша (сопутствующий)	24	
Кәсіптік ауру (улану) анықталды (Профзаболевание (отравление) выявлено): медициналық тексеру кезінде (при медицинском осмотре) – 1; қаралғанда (при обращении - 2)	25	
Диагноз қойылды (Диагноз установлен): емдеу-алдын алу ұйымында (бұдан әрі –ЕААҰ) (лечебно-профилактической организацией (далее - ЛПО)) – 1; алдын алу бөлімшесінде (бұдан әрі – профбөлімше) (профилактическим отделением (далее - профотделение)) – 2;ғылыми -зерттеу институтында (бұдан әрі - ҒЗИ) (научно-исследовательским институтом (далее - НИИ)) - 3	26	
Аурудың ауырлығы (Тяжесть заболевания):		

1 - еңбекке қабілеттілігін жоғалтпай (без утраты трудоспособности); 2 - еңбекке қабілеттілігін жоғалтуымен (с утратой трудоспособности); 3 - қайтыс болуы (смерть)	27 28	
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органы қабылдаған шаралар (Меры принятые государственным органом санитарно-эпидемиологической службы)	29	

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің лауазымды тұлғасы (Должностное лицо санитарно-эпидемиологической службы) _____

_____

тегі, аты, әкесінің аты, қолы (фамилия, имя, отчество, подпись)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
276-қосымша
Приложение 276
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
Нысан
Форма
А4 Форматы

		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 министрінің2021 жылғы "___" ___ _____ № _____бұйрығымен бекітілген №276/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 276/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Инфекциялық және паразиттік ауру ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау КАРТАСЫ
КАРТА эпидемиологического обследования очага инфекционного и паразитарного заболевания №_____

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного) _____
_____

2. Жынысы (Пол)_____ науқас жергілікті (больной местный), сырттан келген (приезжий)

3. Туған күні, пациенттің ЖСН (Дата рождения, ИИН пациента)_____
___ толық жасы
(число полных лет) _____

4. Мекен-жайы (Домашний адрес)_____

5. Жұмыс, оқу орны, мектепке дейінгі балалар ұйымы (бұдан әрі - МБҰ)
(Место работы, учебы, детской дошкольной организации (далее -ДДО))

_____

6. Кәсібі (Род занятий) _____

7. Жұмыс, оқу орнына, БҰ-на соңғы рет барған күні (Дата последнего посещения места работы, учебы, ДО) _____

8. Медициналық ұйымы (бұдан әрі -МҰ), шұғыл хабарламаның түскен күні, уақыты (Медицинская организация (далее-МО), дата, время поступления
экстренного извещения)

_____
_____

1. МКБ-10 бойынша алғашқы диагноз (Первичный диагноз по МКБ-10) _____
_____

10. Аурудың клиникалық белгілері (Клинические симптомы болезни)

_____

11. Науқас диагностикалық қызметте анықталды (Больной выявлен с диагностической целью): дәрігерге қаралғанда (при
обращении), кәсіби зерттеп-тексеру кезінде (профессиональном обследовании), эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша зерттеп-қарау кезінде (обследовании по эпидемиологическим показаниям)

12. Эпидемиологиялық зерттеп-қарау жүргізу күні мен уақыты (Дата и время проведения эпидемиологического обследования) _____

13. Ауырған (Даты заболевания)_____ қаралған
(обращения) _____ ауруханаға жатқызылған күндері
(госпитализации)_____

14. Жатқызылған орны (Место госпитализации) _____

15. Ауруханаға жатқызылмаған себебі (Не госпитализирован по причине)

_____

16. Жазылған күні (немен аяқталды) (Дата выздоровления (исход))

_____

17. Науқасқа зертханалық зерттеулер жүргізу күні және орны (Дата и место проведения больному лабораторных исследований):

Зерттеу түрлері Виды исследования	Осы диагнозды растайтын тексеру нәтижелері (күні) Результаты обследования (даты), подтверждающие данный диагноз
Клиникалық Клинические	
Биохимиялық Биохимические	
Бактериологиялық Бактериологогические	
Серологиялық Серологические	
Вирусологиялық Вирусологические	
Басқалары Другие	

18. Ауырған адамның осы инфекцияға қарсы егілгендігі туралы мәлімет (күндерін көрсетіңіз) (Сведения о вакцинации заболевшего против данной инфекции (указать дни))

19. Иммундаудың жүргізілмеу себептері (Причины отсутствия иммунизации)

Инфекцияның көзі мен берілу факторларын іздеу (Поиск источника и факторы передачи инфекции)

20. Жұқтырудың болжамды мерзімдері (Ориентировочные сроки заражения)

(с)_____ бастап (по)_____ дейін

21. Жұқтыру мүмкін орын мен оған ықпал еткен жағдайлар мен шарттар (Предполагаемое место заражения, обстоятельства и условия способствующие этому):

	Жағдайлар Обстоятельства	Мерзімі Сроки
Басқа елді мекенде болуы Нахождение в другом населенном пункте		
Туыстарына, таныстарына баруы Посещение родственников, знакомых		
Табиғат аясында демалуы Отдых в природных условиях		
Сауықтыру ұйымында болуы		

Пребывание в оздоровительной организации		
Стационарда болуы Нахождение в стационаре		
Қан және оның препараттарын құю Переливание крови и ее препаратов		
Медициналық іс-әрекеттер, қандай екендігін көрсетіңіз Медицинские манипуляции, указать какие		
Жануарлармен, құстармен байланысы Общение с животными, птицами		
Су құбырларында, канализацияда апат болуы Аварии на водопроводе, канализации		
Басқалар (жазыңыз) Другие (вписать)		

22. Инфекцияның көзі болып табылуы мүмкін адамдар (Лица, которые могли явиться источником инфекции)

Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Пациенттің ЖСН ИИН пациента	Қарым-қатынас сипаты Характер отношений	Араласқан орны Место общения	Тексеру нәтижесі Результат обследования

23. Инфекцияның ықтималды берілу факторлары туралы мәліметтер (Сведения о наиболее вероятных факторах передачи инфекции)

Болжамды берілу факторлары Предполагаемые факторы передачи	Қолданған күні мен уақыты Дата и время употребления	Дайындалған (қолданған) орны Место приготовления (употребления)	Жұқтыруға ықпал еткен жағдайлар Обстоятельства, способствующие заражению

24. Инфекция ошағында тұрғылықты жері бойынша жүргізілген шаралар (мекен-жайы) (Мероприятия в очаге по месту жительства (адрес))

Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Туыстық жақындығы Степень родства	Байланыста болған адамдардың егу мәртебесі Прививочный статус контактных лиц	Жұмыс орны Место работы	Тексерілу күні Дата обследования	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар Выявлено больных, бактерио-носителей	Егілгендер, фагалғандар (күндері, препарат) Привито, профагировано (даты, препарат)	Дезинфекциялау түрі, күні Тип дезинфекции, дата

25.Жұмыс, оқу орнындағы инфекция ошағында жүргізілген шаралар (мекен-жайы) (Мероприятия в очаге по месту работы, учебы (адрес))

Ұжымның атауы Наименование коллектива	Қарым-қатынаста болғандар саны Число контактных	Зертханалық жолмен тексеріл гендер (күні, саны) Обследовано лаборато рно (дата, количество)	Анықталған науқастар, бактерия тасымалдаушылар Выявлено больных, бактерионосителей	Егілгендердің, фаг алғандардың саны (күндері, препарат) Привито, профагировано (даты, препарат)	Мерзімі (сроки)	Дезинфекциялау түрі (күні) Тип дезинфекции (дата)

Осы науқасқа байланысты ошақтардың санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасы

(Санитарно-эпидемиологическая характеристика очагов, связанных с данным больным)

Тұрғылықты жері бойынша

(По месту жительства)

26. Тұрғын үйінің жағдайы (Жилищные условия): жеке пәтер (отдельная квартира), жеке меншік үй (частный дом), ортақ пәтердегі бөлме (комната в общей квартире), жатақхана (общежитие), қонақ үй (гостиница), басқалар (прочие)

27. Сумен қамтамасыз етілу сипаты (Характеристика водоснабжения): су құбыры (водопровод), колонка, бұрғыланған, қазылған құдық, тасып әкелінетін су (привозная вода) Судың сапасы (качество воды) (айтуларынша (со слов)) _____

Су берудің тұрақтылығы (Регулярность подачи)

_____

Жүйедегі апаттар (Аварии в системе)

_____

28. Қалдықтарды жинау және шығару түрлері (Вид сбора и удаления нечистот): кәріз, тазаланатын шұңқыр (выгребная яма), ауладағы дәретхана (надворный туалет), басқасы (другое) _____

_____

29. Инфекциялық ауру пайда болуы тұрғысынан маңызы бар басқа факторлар (Значение других факторов в возникновении данного инфекционного заболевания) _____

30. Тұрғылықты жеріндегі ошақта сыртқы ортадан алынған материалдарды зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования материалов из внешней среды в очаге по месту жительства):

Күні	Үлгінің атауы	Үлгілер саны	Зерттеу мақсаты	Нәтиже және оның берілген күні

Дата	Наименование образца	Число образцов	Цель исследования	Результат и дата выдачи

Жұмыс, оқу, тәрбиелеу, демалу, емдеу және тағы басқа орындар
(По месту работы, учебы, воспитания, отдыха, лечения и так далее)
31. Науқас болған нысанның және оның құрылымдарының (цехтың, сыныптың, топтың) атауы (Наименование объекта, его структурного подразделения (цеха, класса, группы)), в котором находился больной

_____

сумен жабдықталуы (водообеспечение) _____
канализация _____
санитариялық жағдайы (санитарное содержание) _____
тамақтану шарттары (условия питания) _____
эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша нысанда қолға алынған шаралар (меры, принятые на данном объекте по эпидемиологическим показаниям)

_____

32. Жұмыс/оқу орындарындағы ошақтың сыртқы орталарынан алынған материалдарды зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования материалов из внешней среды в очаге по месту работы/учебы):

Күні Дата	Үлгі атауы Наименование образца	Зерттеудің түрі Вид исследования	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования

Санитариялық-эпидемиологиялық тексерудің
санитариялық-эпидемиологиялық қорытындысы
Санитарно-эпидемиологическое заключение
санитарно-эпидемиологического расследования
33. МКБ-10 бойынша қорытынды диагноз (Окончательный диагноз по МКБ-10) ___

_____

34. Қойылған күні мен орны (Дата и место установления)

_____

35. Диагноз қойылды (Диагноз установлен): клиникалық жолмен (клинически), зертханалық жолмен расталды
36. (подтвержден лабораторно), мынаған өзгертілді (изменен на):

_____

37. Инфекция жұқтырылған аумақ (Территория заражения) республика, облыс (область), аудан (район), қала (город),елді мекен (населенный пункт)

_____

38. Инфекцияны жұқтырған орын (Место заражения): тұрған жеріндегі БҰ, мектеп, оқу орны, МҰ (ДО, школа, учебное заведение, МО, по месту жительства) _____

39. Инфекция көзі (Источник инфекции) _____

40. Инфекцияның берілу факторы мен жолы (Фактор и путь передачи инфекции): су, тамақ арқылы, ауа-тамшылық, трансмиссивті және басқа жолмен (водный, пищевой, воздушно-капельный,трансмиссивный и другие)

_____

41. Инфекцияны жұқтыруға ықпал еткен жағдайлар: инфекция көзін (ауруды, бактерия

тасымалдаушыны) дер кезінде анықтамау және оқшауламау, науқаста осы инфекцияға қарсы екпелердің болмауы, жеке бас тазалығын сақтау жағдайларының болмауы, сапасыз ауыз су, шомылу, су құбырындағы, кәріз жүйесіндегі авария, анықталмады, басқа жағдайлар (Условия, способствующие заражению: несвоевременное выявление и изоляция источника инфекции (больного, бактерионосителя), отсутствие прививок у больного против данной инфекции, отсутствие условий для соблюдения личной гигиены, некачественная питьевая вода, купание, аварии на водопроводе, канализационной сети, не установлено, другие условия)

42. Осы ошақтағы ауырғандардың жалпы саны (Общее число заболевших в данном очаге)

_____

43. Ошақты бақылау аяқталған күн (Дата окончания наблюдения за очагом)

_____

Эпидемиологиялық тексеру жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты, лауазымы, қолы (Фамилия, имя, отчество,должность, подпись проводившего эпидемиологическое расследование)

_____

Бөлім бастығының тегі, аты, әкесінің аты, қолы (Фамилия, имя, отчество, подпись начальника отдела)

_____

Эпидемиологиялық карта тапсырылған күн. Осы жағдай № 1 есептік статистикалық пішінмен санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органы қай айда есепке алды. (Дата сдачи эпидемиологической карты. В каком месяце данный случай учтен государственным органом санитарно-эпидемиологической службы, в отчетной статистической форме № 1.)

_____

Ескертпе: барлық қайтыс болумен аяқталған жағдайларды Эпидемиологиялық тергеп- тексеру картасы толтырылады және мұндай жағдайлар

№ 1 (инфекциялық және паразиттік аурулар туралы есеп) нысан бойынша есепке алынуы тиіс.

(Примечание: на все летальные исходы должны также заполняться карты эпидемиологического расследования и данные случаи должны быть учтены в форме № 1 (отчет об инфекционных и паразитарных заболеваниях))

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), Фамилия, имя, отчество (при наличии),

должность исполнителя

_____

қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
277-қосымша
Приложение 277
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 277/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 277/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Зоонозды аурулар ошағын эпизоотологиялық-эпидемиологиялық зерттеп-қарау КАРТАСЫ
КАРТА эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага зоонозного заболевания

1. Нозологиялық түрі (Нозологическая форма) _____
2. Қоздырғыштың түрі (Вид возбудителя)_____
3. Ауырған немесе ауруға күдікті жануардың анықталғаны туралы хабарламаның алынған күні (Дата получения сообщения о выявлении заболевания животного или подозрение на него):
а) _____
_____ ветеренариялық ұйымға (в ветеринарную организацию)
б)_____ мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалаудың аймақтық органына (территориальный орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора)
_____
_____
4. Адамның ауырғаны туралы хабарлама алынған күн (Дата получения сообщения о заболевании человека):
_____ ТҚҚБ (УЗПП), _____ ветеренариялық бөлімге (ветотдел)
5. Алдын-ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз)
_____
Жануарда (у животного)
_____
Адамда (у человека)_____
6. Эпизоотологиялық-эпидемиологиялық тексеру күні (Дата эпизотолого-эпидемиологического обследования)
_____
_____
Ауру ошағы туралы мәліметтер (Сведения об очаге заболевания)
7. Жануарлардың немесе адамдардың ауырғаны туралы мәліметтер соңғы тіркелген жыл (Год регистрации последних случаев заболевания животных или людей) _____
8. Жануар (лар) дың ауруы анықталған күн (Дата выявления настоящего заболевания животного (ых))
_____
9. Ауру ошағының орналасуы (шаруашылық, елді мекен, ферма, отар, цех және басқалары) (Локализация очага (хозяйство, населенный пункт, ферма, отара, цех и другие))
_____

	Ірі қара мал	Ұсақ мал			Басқа ауыл шаруашылық мал					Жаңа ттәріз десит тер	Басқа жабайы	Жабай ы		Анық талма

	Крупный рогатый скот	Мелкий рогатый скот	Жылқылар Лошади	Шошқалар Свиньи	Другие сельскохозяйственные животные	Иттер Собаки	Мысықтар Кошки	Қасқырлар Волки	Түлкілер Лисицы	Енотовидные собаки	жыртқыштар Другие дикие хищники	тұяқтылар Дикие копытные	Кеміргіштер Грызуны	ғандар Неустановленные
Жеке(1) Личные														
Жалпы(2) Общие														
Жабайы (3) Дикие														

иесінің мекен-жайы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (адрес, Ф.И.О (при наличии) владельца)

10. Ауырған және өлген (өлтірілген) малдың түрі мен тиістілігі (Вид и принадлежность заболевших и павших (убитых) животных)

_____

күнін жазыңыз (вписать число)

11. Инфекцияның табиғи-ошақтық ошағындағы алдыңғы эпизоотологиялық жағдай (Предшествовашая эпизоотическая ситуация в очаге природно-очаговой инфекции)

_____

_____

жауабын қоршаңыз (ответ обвести)

Тұрғындарға жүргізілген сұрау деректері бойынша По данным опроса населения				Эпизоотологиялық тексеру деректері бойынша По данным эпизоотологического обследования					
Осы инфекция бойынша аумақ энзоотикалы Территория по данной инфекции энзоотична		Кеміргіштер санының ұлғаюы Увеличение численности грызунов		Тасымалдаушылар санының ұлғаюы Увеличение численности переносчиков		Кеміргіштер санының ұлғаюы Увеличение численности грызунов		Қансорғыш буынаяқтылардың болуы және санының өсуі Наличие и рост численности кровососущих членистоногих		Эпизоотияның болуы Наличие эпизотии	
						жабайы диких	синантропты синантропных				

иә да	жоқ нет	иә да	жоқ нет	иә да	жоқ нет	иә да	жоқ нет	иә да	жоқ нет	иә да	жоқ нет	иә да	жоқ нет

12. Жануарлардың осы ауруды тудыруға себепші болған жағдайлар (астын сызыңыз): анықтау мүмкін болмады (1), инфекцияны жұқтырған жануарлардың сырттан әкелінуі (02), инфекцияланған жем-шөптің сырттан әкелінуі (03), жабайы немесе қараусыз малдың пайда болуы (04), инфекцияланған тасымалдаушылардың пайда болуы (05), кеміргіштер санының өсуі (06), қайта топтастыру немесе ауру жануарлармен бірге ұсталуы (07), инфекцияланған жайылымдарды, суаттарды пайдалану (08), жер қазу жұмыстарын жүргізу (09), басқалары (10).
(Условия, способствовавшие возникновению настоящих заболеваний животных (подчеркнуть): выявить не удалось (01), завоз инфицированных животных (02), завоз инфицированных кормов (03), появление диких или безнадзорных животных (04), появление инфицированных переносчиков (05), рост численности грызунов (06), перегруппировка
или совместное содержание с больными животными (07), использование инфицированных пастбищ, водоемов (08),
проведение земляных работ (09), другие (10).)

13. Жануарлар мен сыртқы ортадан алынған материалды зертханалық зерттеу (Лабораторное исследование материала от животных и из внешней среды):

Жануардың түрі, зерттелген материалдың атауы Вид животного, наименование исследованного материала	Зерттеу күні Дата исследования	Зерттелген үлгілердің саны Число исследованных проб	Зерттеу әдісі Метод исследования	Нәтижелер (қоздырғыштың түрі, серовары., титрі) Результаты (вид, серовар, титр возбудителя)

14. Ауру жануарлар оқшауландырылды, өлді, өлтірілді, ошақтың сыртына шығарылды, қашып кетті, ошақта қалды, өлекселері өртелді, кәдеге жаратылды, көмілді, ауру жануардың өнімдері (шикізат): үйде қолданылды, жекеше түрде таратылды, қоймаға өткізілді, көтерме және бөлшек саудада сатуға, қоғамдық тамақтану объектілеріне жіберілді, жойылды (астын сызыңыз) (Больные животные изолированы, пали, убиты, вывезены за пределы очага, сбежали, остались в очаге, трупы сожжены, утилизированы, зарыты, продукты (сырье) от больного животного: использованы на дому, розданы частным образом, сданы на склад, отправлены на оптовую и розничную продажу, на объекты общественного питания, уничтожены (подчеркнуть))

15. Ауруды жұқтыруы мүмкін адамдар саны (ауырғандарды қоса) (Число лиц, имевших возможность заразится (включая заболевших))

16. Оның ішінде өндірістік жағдайлар (В том числе в производственных условиях)_____

17. Оның ішінде өздері келіп қаралғандар (в т.ч. обратились самостоятельно)_____

18. Оның ішінде белсенді түрде анықталғандар (в т.ч. выявлены активно) _____

19. Шұғыл профилактикалық немесе антирабиялық көмек алған адамдар саны (Число лиц, получивших экстренную профилактическую или антирабическую помощь)

_____

20. Ошақтағы ауырған адамдар саны (Число заболевших в очаге людей)

_____

2. Сол жағдайлар ауруды жұқтыруы мүмкін адамдарды бақылау (Наблюдение за лицами, имеющими возможность заразиться в тех же условиях)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Үй мекен-жайы Домашний адрес	Жұмыс орны, кәсібі Место работы, род занятий	Күні Дата		Болжамды жұқтырылу күні, орны, жағдайы Дата, место, условия возможного заражения
						Қаралу Обращения	Анықталу Выявления	

Кестенің жалғасы
Продолжение таблицы

Осы инфекцияға қарсы иммунизациялау алдын алдында жүргізілген иммунизациялау күні Дата предшествовавшей иммунизации против данной инфекции	Шұғыл алдын профилактика антирабиялық емдеу (күні, препараты, сериясы, схемелар) схема бұзылған жағдайда себебін көрсетіңіз Экстренная профилактика, антирабическое лечение (дата, препарат, серия, схемы) в случае нарушения схемы указать причину	Емдеуге жатқызу күні мен орны Дата и место госпитализации	Зертханалық тексеру күні және нәтижесі Дата и результат лабораторного обследования	Қатынаста болған адамдардың ауырған күні Дата заболевания контактных лиц

3. Ошақты жою жөніндегі іс-шаралар Мероприятия по ликвидации очага

21. Карантин (қолайсыз) жарияланды, жарияланбады (астын сызыңыз) (Карантин (неблагополучие) объявлен, не объявлен (подчеркнуть)), күні

(дата) басталуы (начала) _____ аяқталуы (окончания) _____

22. Жануарлардың өлекселерін кәдеге жарату (Утилизация трупов животных): күні (дата) _____

тәсілі (өртелді, көмілді, ветеренариялық-санитариялық зауытқа тапсырылды) астын сызыңыз (способ (сожжен, зарыт, сдан на ветеринарно-санитарный завод) подчеркнуть)

Жануарларға қатысты іс-шаралар Мероприятия в отношении животных		Күні Дата	Саны Количество	Өткізілу орны Место проведения
Профилактикалық екпелер (эпиэоотикалық көрсетімдері бойынша) Профилактические прививки (по эпизоотическим показаниям)				
Қараусыз қалған жануарларды аулау Отлов безнадзорных животных				
Жабайы аңдарды ату Отстрел диких животных				
Дерати- зация, м2	Табиғи ошақта В природном очаге			
	Өндірісте На производстве			
	Тұрмыста В быту			
Зерттеу Исследование				
Оқшаулау Изоляция				
Союға өткізу Сдача на убой				
Емдеу Лечение				
Шаралар жүргізілмеді Мероприятия не проводились				

	Саны Количество	Күні Дата	Әдісі, құралдары(жою, өңдеу, дезинфекциялау, дезинфекциялау-жазыңыз) Способ, средства (уничтожение, переработка, дезинфекция, дезинсекция - вписать)	Жүргізу орны Место проведения	Орындалуын бақылау және нәтиже Контроль исполнен

					ия и результат
Ет және ет өнімдері Мясо и мясные продуты					
Сүт және сүт өнімдері Молоко и молочные продукты					
Басқа да азық-түлік тағамдары Другие продукты питания					
Малшаруашылығы шикізаттары мен одан жасалатын бұйымдар Животноводческое сырье и изделия из него					
Су Вода					
Малдың қиы, топырақ Навоз, почва					
Түсіктер, өлі туған ұрықтар, малдың шаранасы және басқасы					

Абортированные, мертворожденные плоды, послед и другие					
Өндірістік үй-жайлар Производственные помещения					
Тұрмыстық үй-жайлар Бытовые помещения					
Басқа факторлар Другие факторы					

23. Инфекцияның берілу факторларын зарарсыздандыру бойынша шаралар
Меры по обезвреживанию факторов передачи инфекции

24. Ошақты жоюжөніндегі іс-шаралар туралы санитариялық-эпидемиологиялық және ветеринариялық қорытынды
Санитарно-эпидемиологическое и ветеринарное заключение о мероприятиях по ликвидации очага

Екпе егілген жануарлар Привито животных	Жойылған жануарлар Уничтожено животных	Союға өткізілгені Сдано на убой	Өңделген алаңдар Обработано площадей			Іс-шаралар жүргізілген жоқ Мероприятия не проводились
			Дезин-фекция	Дезин-секция	Дерати-зация	
1	2	3	4	5	6	7

25. Ошақ және жүргізілген іс-шаралар туралы қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения об очаге и проведенных мероприятиях):

_____

_____

_____

_____
_____
_____
_____
_____

Дәрігер-эпизоотологтың тегі, аты, әкесінің аты, қолы (Фамилия, имя, отчество, подпись врача эпизоотолога)

_____

Дәрігер-эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты, қолы (Фамилия, имя, отчество, подпись врача эпидемиолога)

_____

Зоонозды аурулар ошағын эпиэоотологиялық-эпидемиологиялық тексеру картасына (№ 329/е пішіні)
Қосымша парақ Вкладной лист
К карте эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага зоонозного заболевания (форма № 329/у)
1. Қорытынды диагноз (Окончательный диагноз)

_____
_____
_____

2. Қоздырғыштың серологиялық тобы, түрі (Вид, серогруппа возбудителя)

_____

3. Науқас (Больной): жергілікті (местный) (1), сырттан келген (приезжий) (2), қайдан келді (жазыңыз) (откуда прибыл (вписать))
4. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____

5. Мекен-жайы (Домашний адрес), елді мекен (населенный пункт)
_____ қала (город), ауыл (село) _____
6. Жасы (Возраст) _____
7. Жынысы (Пол) _____
8. Қысқаша эпидемиологиялық анамнез, болжамды жұқтырылу орны (Краткий эпидемиологический анамнез, вероятное место заражения)
9. Кәсібі (Род занятий) _____
10. Науқас туралы хабарлама алынды (Сообщение о больном получено) күні, сағаты (дата, час) _____
11. Хабарламаны кім жіберді (Кем направлено сообщение)

_____

12. Шұғыл хабарлама бойынша диагнозы (Диагноз по экстреннему извещению) _____

_____

13. Алғашқы қойылған диагнозы дұрыс, (дұрыс емес) (Первоначальный диагноз правильный, (неправильный))

_____

14. Науқас (Больной выявлен при): кәсіби тексеру (профессиональном обследовании) (1), эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша тексеру кезінде
(обследовании по эпидемиологическим показаниям) (2), медициналық көмек алуға келгенде (обращении за медицинской помощью) анықталды (3)

_____

_____

15. Эпидемиологиялық тексеру күні (Дата эпидемиологического обследования) _____

16. Ауырған күні Дата заболевания	17. Қаралған (анықталған) күні мен орны Дата и место обращения (выявления)	18. Ауруха наға жатқызылған күні Дата госпитализации	19. Шұғыл хабарлама жіберуге себеп болған диагнозының қойылған күні Дата установления диагноза, по поводу которого прислано экстренное извещение	20. Қорытынды диагноз қойылған күн Дата становления окончательного диагноза	21. Ауруха-надан шыққан күні (жазылып) (1), (қайтыс болды) (2) Дата выписки из стационара (выздоровление) (1), (смерти) (2)

22. Ауруханаға жатқызылған орны, көлік (Место госпитализации, транспорт) _____

_____

23. Үйінде қалдырылды (себебі) (Оставлен на дому (причина)):
клиникалық көрсетімдерінің болмауы
(отсутствие клинических показаний), ауруханада орын болмауы
(отсутствие мест в стационаре) ауруханаға жатудан бас тартуы (отказ от госпитализации) астын сызыңыз (подчеркнуть)
24. Ауруханаға кеш жатқызылу себебі (Причина поздней госпитализации):
ауруханада орын болмауы
(отсутствие мест в стационаре), кеш қаралуы (позднее обращение), диагноздың кеш қойылуы (поздняя диагностика), бас тартуы (отказ) астын сызыңыз (подчеркнуть)
25. Зертханалық зерттеулер (Лабораторные исследования)
жүргізілді (проводились) (1), жүргізілмеді (не проводились) (2)
26. Диагноз қойылды (Диагноз установлен): клиникалық (клинически)

(1), зертханалық жолмен (лабораторно) (2), кешенді (комплексно) (3), басқа әдістермен (другими методами) (4).

Клиникалық Клинически		Күні Дата	Тексеру нәтижесі Результат обследования
Зертханалық жолмен Лабораторно	Бактериологиялық (Бактериологически) (вирусологиялық (вирусологически))		
	Микроскопиялық (Микроскопическии)		
	Иммунологиялық (аллергиялық) (Иммунологически (аллергологически))		
	Биохимиялық (Биохимически)		
	Басқа әдістермен (Другими методами)		

27. Науқас бұрын егілген (1), егілмеген (2), оның ішінде эпидемиологиялық көрсетімдерінің, медициналық қарсы көрсетімдерінің салдарынан, бас тартуына, басқа себептерге байланысты (астын сызыңыз) (Больной ранее привит (1), не привит (2), в том числе из-за отсутствия эпидемиологических показаний, по медицинским противопоказаниям, из-за отказа, по другим причинам (подчеркнуть))

28. Шұғыл профилактикалық немесе антирабиялық қарсы көмек көрсету (Экстренная профилактическая или антирабическая помощь): жүргізілді (проводилась) (1), жүргізілмеді (не проводилась) (2), оның ішінде схеменың бұзылуымен (в том числе с нарушением схемы) (3)

29. Шұғыл алдын алу немесе құтырмаға қарсы көмек көрсетілгені туралы деректер (Данные об экстренной профилактике или антирабической помощи): күні (дата), препарат, дозасы (доза)

_____ сериясы (серия)

_____

жүргізілмеген немесе сызбасы бұзылған жағдайда себебін көрсетіңіз: бас тартуы, медициналық қарсы көрсетімдер, өз бетімен тоқтатуы, асқынулар _____

(в случае не проведения или нарушения схемы указать причину: отказ, медицинские противопоказания, самовольное прекращение, осложнения)

30. Клиникалық түрі (Клиническая форма)

_____

31. Зақымдану орны (Локализация поражения): басы, мойыны, беті,

денесі, қолының басы, иығы, аяқтары, көптеген орындар (астын сызыңыз) (Локализация поражения: голова, шея, лицо, туловище, кисти рук, плечо, нижние конечности, множественные (подчеркнуть))

32. Аурудың ауырлығы (Тяжесть заболевания): жеңіл (легкое), ауырлығы орташа (средней тяжести), (ауыр) тяжелое

33. Ауру (Заболевание): кәсіптік (профессинальное) (1), кәсіптік емес (не профессинальное) (2) астын сызыңыз (подчеркнуть)

34. Жұқтыру көзі туралы мәліметтер (Сведения об источнике заражения)

Ірі қара мал КРС	Ұсақ мал МРС	Жылқы Лошади	Шошқа Свиньи	Басқа да ауыл / малшаруашылығы Другие сель/ хоз. животные	Ит Собаки	Мысық Кошки
1	2	3	4	5	6	7

кестенің жалгасы
продолжение таблицы

Қасқырлар Волки	Түлкілер Лисицы	Жанат тәріздіиттер Енотовидные собаки	Басқа жабайы жыртқыштар Другие дикие хищники	Жабайы тұяқтылар Дикие копытные	Кеміргіштер Грызуны	Анықталмағандар Не установленные
8	9	10	11	12	13	14

35. Жануардың тиістілігі (Принадлежность животного): мемлекеттік ауылшаруашылық (сельскохозяйственное государственное) (1), жеке меншік (личное) (2), оқшауланған мысықтар, иттер (кошки, собаки изолированные) (3), иесіз мысықтар, иттер (кошки, собаки безнадзорные) (4), жабайы (дикие) (5), иесі анықталмаған (принадлежность не установлена) (6) астын сызыңыз (подчеркнуть)

36. Жануарларды бақылау нәтижелері (Результат наблюдения за животными): оқшауланды (изолировано), өлді (пало), өлтірілді (убито), ошақтың сыртына шығарылды (вывезены за пределы очага), қашып кетті (сбежало), үйірде, отарда, инфекция ошағында қалды (осталось в стаде, отаре, очаге) астын сызыңыз (подчеркнуть)

37. Жануардың диагнозы зертханалық жолмен (Диагноз у животного лабораторно): расталған (подтвержден) (1), расталмаған (не подтвержден) (2), зерттелмеген (не исследовалось) (3) астын сызыңыз (подчеркнуть)

38. Адамға жұғуына ықпал еткен жағдайлар (Условия, способствовавшие заражению человека) қоршап көрсетіңіз (обвести)

	Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил				
Анықталмады Не установлено	Тағам өнімдерін дайындау және сақтау Приготовления и хранение пищевых продуктов	Тағам өнімдерін сату Реализация пищевых продуктов	Жануарларды қолда ұстау мен күту Содержания и ухода за животными	Малды сою, өліктерінің ішін жару, терісін сыпыру Убоя скота, вскрытия трупов, снятия шкур	Малшаруашылығы шикізаты мен басқа да ауылшаруашылық өнімдерін тасымалдау, сақтау,өңдеу Транспортировки, хранения, переработки животноводческого сырья и других сельскохозяйственных продуктов
1	2	3	4	5	6

кестенің жалғасы
продолжение таблицы

Санитариялық-эпидемиологиялық режим мен қағидалардың бұзылуы Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и правил					
Ауылшаруашылығы және басқа да жұмыс түрлерін жүргізу Проведение сельскохозяйственных и других видов работ	Табиғи ошақ аумағында болуы Нахождение на территории природного очага	Жабайы және иесіз жануарлармен байланыста болуы Контакт с дикими и безнадзорными животными	Мал төлдету науқанына қатысуы Участие в окотной компании	Инфекцияланған су көздерін пайдалану Использование инфицированных источников	Басқалар Другие
7	8	9	10	11	12

39. Инфекцияның берілуі ықтимал факторлар (қоршап көрсетіңіз)
Вероятные факторы передачи инфекции (обвести)

Анықталмады Не установлено	Тағам өнімдері Продукты питания			Малшаруашылығы шикізаты мен олардан дайындалған бұйымдар Животноводческое сырье и изделия из него	Су Вода		
	Ет және ет өнімдері Мясо и мясные продукты	Сүт және сүт өнімдері Молоко о молочныепродукты	Басқалары Другие		Ашық су айдындарының Открытых водоемов	Құдықтардың Колодца	Су құбырының Водопровода
1	2	3	4	5	6	7	8

кестенің жалгасы
продолжение таблицы

Қи, топырақ Навоз, почва	Ауа Воздух	Тірі тасымалдаушылар Живые переносчики	Түсік болып түскен, өлі туған ұрықтар, малдың шараналары Абортированные, мертворожденные плоды, послед	Қан, несеп және басқа биологиялық субстраттар Кровь, моча и другие биологические субстраты	Басқа факторлар Другие факторы
9	10	11	12	13	14

40. Науқастың тұрғылықтаы орында жүргізілетін іс-шаралар

Мероприятия в месте жительства больного

Іс-шаралардың атауы Наименование мероприятий	Объекті, жүргізу орны, ауданы мІ Объект, место проведения, площадь мІ	Күні Дата	Тәсілі Способ	Құралдары Средства	Орындалуын бақылау және нәтиже Контроль исполнения и результат
Қорытынды дезинфекциялау Заключительная дезинсекция					
Дезинсекция Дезинсекция					
Дератизация Дератизация					
Басқа іс-шаралар Другие мероприятия					

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии),

должность исполнителя)_____қолы (подпись)

Қалалық (аудандық) ҚР АШМ аумақтық бөлімшесінің бас маманы

(маманы)

Главный специалист (специалист) гор (рай) территориального

подразделения МСХ РК

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (фамилия, имя, отчество (при наличии))__

_____

қолы (подпись)_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
278-қосымша

Приложение 278
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 278/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 278/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____ _

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау КАРТАСЫ
КАРТА эпидемиологического обследования очага бациллярной формы туберкулеза

Эпидемиологиялық нөмірі_____ Аудан (район)_____
(Эпидемиологический номер) Елді мекен (Населенный пункт)_____
Шұғыл хабарламаны алған күн_____ Көше, үй (Улица, дом)_____
(Дата получения экстренного Қала, ауыл (керегінің астын
извещения сызыңыз)
Нысан бойынша (по форме) №090/у _____
Нысан бойынша (по форме) №089/у) _____
Туберкулез ошағын алғаш рет (Город, село
тексеру күні_____ (нужное подчеркнуть))
(Дата первичного обследования очага туберкулеза)

Мекен-жайы: облыс (Адрес: область) _____
Эпидемиологиялық топқа жатқызылуы (Принадлежность к эпидемиологической группе)

_____

_____

Бір эпидемиологиялық топтан екінші эпидемиологиялық топқа ауыстыру күні (Дата перевода из одной эпидемиологической группы в другую)

_____

_____

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

—

2. Туған күні (Дата рождения)_____Жынысы (Пол):еркек (мужской), әйел (женский) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть))

3. Жұмыс, оқу орны, балалар ұйымы (Место работы, учебы, детской организации)_____

_____

4. Кәсібі (Род занятий)_____Соңғы рет қаралған күні (Дата последнего посещения)_____

5. Анықталды: қаралуы кезінде, профилактикалық тексеру кезінде (керегінің астын сызыңыз) (Выявлен: по обращаемости, при профилактических осмотрах (нужное подчеркнуть))_____

6. Ошақтағы оқиғалардың саны (Количество случаев в очаге)

_____

7. Ауырған күні (Дата заболевания)_____ Қаралған күні (Дата обращения)_____

8. Емдеуге жатқызылған күні (Дата госпитализации)

_____

Емдеуге жатқызу орны (Место госпитализации)

_____

9. Алғашқы диагнозы, қойылған күні (Первичный диагноз, дата установления)

_____

_____

_____

10. Қорытынды диагнозы, қойылған күні (Окончательный диагноз, дата установления)

_____

_____

_____

_____

11. Анықтау әдісі (Метод выявления)

_____

12. Туберкулез (БК+) диагнозы қойылған науқасты есепке алу күні (Дата взятия больного на учет с диагнозом туберкулез (БК+))

_____

13. Туберкулез микобактериясы бөлінген күн (Дата выделения микобактерии туберкулеза)

_____

_____

15. Қайталану себептері (Причины рецидива)

_____

16. Ауруды интенсивті фазада емдеуді бастаған күн (дата начала лечения в интенсивной фазе)

_____

_____

1) стационарлық (стационарно)

_____

2) амбулаторлық (амбулаторно)

_____

17. Қарқынды фазада емдеудің аяқталған күні (Дата окончания лечения в интенсивной фазе)

_____

18.Қолдау фазасында емдеу басталған күн (Дата начала лечения в поддерживающей фазе)

_____

1) стационарлық (стационарно)

_____

2) амбулаторлық (амбулаторно)

_____

19. Қолдау фазасында емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения в поддерживающей фазе)

_____

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения)

_____

21. Туберкулез диагнозы қойылғанға дейінгі науқас туралы деректер (Данные о больном, до установления диагноза туберкулез):
1) Науқасқа жасалған профилактикалық екпелері туралы мәліметтер

(Сведения о профилактических прививках больного)

_____

2) Науқасқа жасалған туберкулин диагностикасы туралы мәліметтер
(Сведения о туберкулинодиагностике больного)

_____

3) Науқасты рентгендік-флюорографиялық тексеру туралы мәліметтер
(Сведения о рентгено-флюорообследовании больного)

_____

4) Науқасты бактериоскопиялық тексеру туралы мәліметтер (Сведения о бактериоскопическом обследовании больного)

_____

5) Туберкулезбен ауыратын науқастың қоса өтетін аурулары
(Сопутствующие заболевания больного туберкулезом)

_____

_____

22. Инфекция жұқтырудың болжамды көзі (Предпологаемый источник заражения)

_____

23. Инфекция жұқтырудың болжамды орны (Предпологаемое место заражения)

_____

24. Берілу жолдары мен факторлары

_____

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын сауықтыру жоспары
План оздоровления очага бациллярной формы туберкулеза

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Іс-шаралар Мероприятия	Орындалу мерзімі С р о к исполнения	Орындаушы Исполнитель	Орындалуы туралы белгі Отметка об исполнении	Ескерту Примечание

Туберкулез диагнозы қойылған мезеттен бастап, науқасты бактериоскопиялық және рентгендік-флюорографиялық тексерулер туралы мәліметтер/Данные о бактерископическом и рентгено-флюорографическом обследовании больного с момента установления диагноза туберкулез

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жылдары Годы	Бактериоскопиялық Бактериоскопические	Рентгендік-флюорографиялық Рентгено-флюорографические

Туберкулездің бациллалық түрінің ошағында қарым-қатынаста болған адамдарды тексеру және оларға жүргізілген химиялық профилактика туралы деректер/ Данные об обследовании и химиопрофилактике контактных лиц из очага бациллярной формы туберкулеза

	Қарым-қатынаста болған				

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	адамдардың тегі, аты, әкесінің аты фамилия, имя, отчество контактных	Жасы Возраст	Манту реакциясының күні Дата реакции Манту	Манту реакциясының нәтижесі Результат реакции Манту	БЦЖ жасалған күндер Даты БЦЖ

кестенің жалгасы

продолжение таблицы

Бактериоскопия өткізілген күндер Даты бактериоскопии	Бактериоскопия нәтижелері Результаты бактериоскопии	Рентгенофлюороскопия өткізілген күндер Даты рентгенофлюороскопии	Ауруды жұқтырған балаларға, жасөспі-рімдерге жүргізілген химиялық профилактика Химиопрофилактика Инфицированным детям, подросткам		Шипажайлық топқа түскен күні Дата поступления в санаторную группу
			Басталуы Начало	Аяқталуы Окончание	

Ауыл шаруашылық және үй жануарлары мен құстарын туберкулезге тексеру туралы деректер

Данные об обследовании сельскохозяйственных и домашних животных и птиц на туберкулез

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Жануарлардың түрі мен саны Вид и количество животных	Туберкулезге тексерілген күн Дата обследования на туберкулез	Ауру жануарлар мен құстар анықталды Выявлено больных животных и птиц	Ауру малды союға жіберген күн Дата сдачи больного скота на убой	Ескерту Примечание

25. Науқасқа қосымша тұрғын үй алаңы қажетпе (Требуется ли больному дополнительная жилая площадь)

_____

26. Мектеп жасына дейінгі ұйымдарда және мектеп жасындағы оқшаулауды қажет ететін балалар

саны (Количество детей, нуждающихся в изоляции в дошкольных организациях и интернатные организации школьного возраста) _____

_____

27. Науқасты бациллярлық есептен шығару күні (Дата снятия больного с бациллярного учета)

_____

28. Бациллярлық ошақты есептен шығару күні (Дата снятия бациллярного очага с учета)

_____

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) должность исполнителя) _____ қолы (подпись) _____ ___

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
279-қосымша
Приложение 279
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 279/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 279/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Іш сүзегінің, А,В паратифтерінің бактерияларын тасымалдаушыларды есепке алу КАРТАСЫ КАРТА учета носителя бактерий брюшного тифа, паратифов А,В №_____ _

1. Тегі (Фамилия)_____ Аты (Имя)_____ Әкесінің аты (болған жағдайда) (Отчество) (при наличии),

_____ _____

2. Туған күні (Дата рождения)_____

3. Мекен-жайы (Домашний адрес)_____

4. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы)_____
_____
5. Кәсібі (Профессия)_____
6. Қысқаша анамінездік деректері (Краткие анамнестические данные): іш сүзегімен, паратифтермен қашан және қайда ауырды, ауырған жоқ (когда и где переболел брюшным тифом, паратифами, заболевание отрицает)_____
7. Бактерия тасымалдаушылығының тексерудің қандай түрінде анықталғаны туралы деректер (Данные выявления бакносительства, при каком виде обследования) диагноз қою үшін, профилактикалық (для диагностики, профилактическое), өсірінді қандай материалдан бөлініп алынды (нәжіс, несеп, өт) (материал из которого выделена культура (кал, моча, желчь))_____
_____
_____
_____
8. Есе, А,В паратифтері қоздырғышының түрі (Вид возбудителя брюшного тифа, паратифов А,В)
_____
10. Есептен шығарылған күні мен себебі (Дата и обоснование снятия с учета) _____
11. Тасымалдаушының айналасындағы ауру жұқтырғандарды есепке алу (Учет заразившихся в окружении носителя)_____

Тегі Фамилия	Ошақтың сипаты (жанұя, пәтер, жұмыс орны және басқалар) Характеристика очага (семья, квартира, место работы и другие)	Ауырған күні Дата заболевания	Фаготүрі Фаготип

Мекен-жайы ауысқанда бұл туралы қайда және кімге хабарланғанын көрсетіңіз (При перемене жительства указать, куда и кому сообщено об этом) _____
12. Бактерия тасымалдаушының тұрған үй және коммуналдық жағдайлары (пәтер, үй, жатақхана, су құбыры, канализация және басқалар) (Жилищные и коммунальные условия проживания бактерионосителя (квартира, дом, общежитие, водопровод, канализация и др.))
_____
13. Тасымалдаушыға қатысты шаралар (Мероприятия в отношении носителя) түсіндіру жұмыстары, санитариялық режимді жақсарту, күнделікті здезинфекциялау, фагтау, ауруханаға жатқызу,емдеу мен

б.-күндер бойынша (разъяснительная работа, улучшение санитарного режима, текущая дезинфекция, фагирование, госпитализация, лечение и др. – по датам)

_____

_____

_____

14. Бактерия тасымалдаушыны зертханалық зерттеудің нәтижелері (Результаты лабораторных исследований носителя бактерий)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Бактериологиялық Бактериологические				Серологиялық Серологические			
	күні дата	зерттеу материалы (өт,несеп, нәжіс) материал исследования (желчь ,кал, моча)	нәтиже результат	фаготүр фаготип	күні дата	Іш сүзегі Брюшной тиф		
						Н	О	ВИ

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность исполнителя) _____ қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
280-қосымша
Приложение 280
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 280/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 280/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Жануардың тістеуінен, сілекей жұғуынан, тырнауынан адам зардап шеккен оқиғаны эпидемиологиялық тергеп-тексеру КАРТАСЫ КАРТА эпидемиологического расследования случая укуса, ослюнения, оцарапывания пострадавшего животным

1. Қалалық (аудандық) ТҚҚБ (Гор (рай) УЗПП)

_____

2. Зардап шеккен адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) пострадавшего) _____

_____

3. Жасы (Возраст) _____

4. Мекен-жайы, (Домашний адрес,) телефон № _____

5. Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы), телефон №

_____

6. Тістеген күні (Дата укуса) _____

7. Бірінші рет қаралған күні, алғашқы көмек көрсеткен ұйымның атауы (Дата первичного обращения, наименование организации, оказавшего первую помощь) _____

8. Шұғыл хабарлама берілген күн, кім жолдады (ұйым) (Дата подачи экстренного извещения, кем направлено (организация))

_____

_____

9. Қалалық (аудандық) ТҚҚБ шұғыл хабарламаны алған күн (Дата получения экстренного извещения, гор (рай) УЗПП)

_____

_____

10. Эпидемиологиялық тергеп-тексеру басталған күн (Дата начала эпидемиологического расследования)

_____

_____

11. Медициналық ұйымға келген күні (Дата явки в медицинскую организацию)_____

_____

_____

12. Қандай жағдайда тістелді (Обстоятельства укуса)

_____

_____

13. Зақымның сипаты, оның орналасуы (Характер повреждения, его локализация)

_____

_____

_____

14. Емдеу шаралары (Лечебные мероприятия): егу курсы – антирабиялық вакцина (КОКАВ) сериясы
(курс прививок – антирабическая вакцина (КОКАВ) серия)

_____

жарамдылық мерзімі (срок годности)_____өндіруші фирма (фирма-производитель)

_____

А) толығын бастады (полный начат) _____ аяқтады (окончен)

_____

Б) толық емесі басталды (неполный начат) _____аяқталды (окончен)_____
Ауруханаға жатқан күні (Дата госпитализации)_____орны (место)

_____

Иммуноглобулинді енгізу күні (Дата введения иммуноглобулина)_____
дозасы (доза)_____ сериясы
(серия)_____

_____

Жарамдылық мерзімі (срок годности)_____өндірішу фирма (фирма-производитель)_____

_____

Өз еркімен егуді тоқтатуы (Самовольное прекращение прививок)_____
Бас тартуы (отказ)_____
Асқынулар (осложнения)_____
15. Жануар туралы мәліметтер (Сведения о животном)_____
Түрі (Вид)_____
Иесінің Т.А.Ә (болған жағдайда) және мекен-жайы (Ф.И.О (при наличии), и адрес владельца)_____

_____

_____

16. Мемлекеттік ветеринариялық қызметке хабарлама жіберілген күн

(Дата направления извещения в государственную ветеринарную службу)_____

17. Жануарды бақылаудың нәтижесі (өлді, өлтірілді, белгісіз, сау)
(Результат наблюдения за животным
(пало, убито, неизвестно, здорово))

_____

_____

18. Құтырма клиникалық, зертханалық жолдармен белгіленеді (Бешенство установлено клинически, лабораторно)

_____

_____

19. Ошақта жүргізілген шаралар, санитариялық-ағарту жұмыстары
(Мероприятия, проведенные в очаге,
санитарно-просветительная работа)

_____

20. Қосымша мәліметтер (Дополнительные сведения)

_____

_____

21. Эпидемиологиялық тергеп-тексерудің аяқталған күні (Дата окончания эпидемиологического расследования)

_____

Орындаушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность исполнителя_____

қолы (подпись)_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
281-қосымша
Приложение 281
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 281/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 281/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Инфекциялық ауру ошағында ағымдық дезинфекцияларды бақылау картасы Карта контроля текущей дезинфекции в очаге инфекционного заболевания

1. Алғашқы және соңғы диагноз (Диагноз – предварительный, окончательный) _____

2. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного) _____

_____

3. Жасы (Возраст) _____ 4. Мамандығы (Профессия)

_____

5. Жұмыс, оқу орны (Место учебы, работы)

_____

6. Мекен-жайы (Адрес)

_____

7. Науқас аурудан жазылғанға, ауруханаға жатқызылғанға дейін қалдырылды (астын сызыңыз) (Больной оставлен до выздоровления, догоспитализации (подчеркнуть))

8. Медициналық ұйым (Мед.организация) _____

9. Ауырған күні (Дата заболевания)

_____

Жүгінген күні (Дата обращения) _____

Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза) _____

_____

Дезинфекция басталған күн (Дата начала проведения дезинфекции)

_____

10. Режимнің бұзылғандығы анықталды (Выявлены нарушения режима)

11. Қолданылған дезинфектанттар (Использованные дезинфектанты)

Бактериологиялық бақылау Бактериологический контроль			Химиялық бақылау Химический контроль		
Күні Дата	Алынған үлгілердің саны Число отобранных образцов	Олардың ішінде қанағаттанарлықсыз Из них неудовлетворительных	Алынған үлгілер саны Число отобранных образцов	Олардың ішінде Из них	
				Концентрациясы төмен Заниженных концентраций	Концентрациясы жоғары Завышенных концентраций

12. Ағымдық дезинфекциялауды бақылау күні (Дата контроля текущей дезинфекции) _____

13. Дезинфекциялау тоқтатылды (науқас аурудан сауықты, диагнозы өзгертілді, емдеуге жатқызылды, қайтыс болды) (Дезинфекция прекращена (больной выздоровел, изменен диагноз,госпитализирован, умер)) _____

Бақылау жүргізген адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) және қолы(Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись исполнителя) _____ _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
282-қосымша
Приложение 282
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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 "___" _____ №__ _____ бұйрығымен бекітілген

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		№ 282/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 282/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Медициналық және басқа ұйымдарда ағымдық дезенфекцияларды ұйымдастыру мен жүргізуді бақылау КАРТАСЫ КАРТА контроля организации и проведения текущей дезинфекции в медицинских и других организациях № _____

Басталуы (Начат) "__" _____ 20 ж.(г.)

Аяқталуы (Окончен) "___" _____ 20 ж.(г.)

1. Мекен-жайы (Адрес): _____

көше,үйінің № (улица, дом №) _____ телефон_____

Шаруашылық объектісінің немесе оның құрылымдық бөлімінің атауы (Полное наименование хозяйствующего субъекта или его структурного подразделения)_____

_____

_____

2. Су құбырымен, канализациямен, газбен қамтамасыз етілуі (астынсызыңыз) (Обеспеченность водопроводом, канализацией, газомподчеркнуть)) _____

Механикаландырылған, жартылай механикаландырылған, қолмен кір жуу орны (астын сызыңыз, жазыңыз) (Прачечная механизированная, полумеханизированная, с ручным трудом (подчеркнуть, вписать))

_____

_____

Дезинфекциялау камерасы (Дезинфекционная камера), маркасы (марка)_____ жұмыс істейді/істемейді

(астын сызыңыз, жазыңыз) (работает/не работает (подчеркнуть,вписать))

_____

Дезинфекциялау құралдарының болуы (атауы, кг) (Наличие дезсредств(наименование, кг)) _____

3. Ұйымның (бөлімшенің) жетекшісі Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О (при наличии)

Руководителя организации (отделения))

_____

4. Дезинфекциялау іс-шараларын ұйымдастыруға жауапты адам (Ответственный за организацию дезинфекционных мероприятий)

_____ _____

тегі, аты, әкесінің аты, лаузымы (фамилия, имя, отчество, должность)

6. Бактериологиялық және химиялық талдаулардың нәтижелері (Результаты бактериологических и химических анализов)

Объектіге бару күні (айы, күні) Дата посещения объекта (месяц, число)	Бактериологиялық бақылау Бактериологичекий контроль		Химиялық бақылау Химический контроль		
	Алынған үлгілер саны Число отобранных образцов	Оның ішінде қанағаттанарлықсыз нәтижемен Из них с неудовлетво- рительным результатом	Дезинфекциялау ерітінділерінен алынған үлгілер саны Число отобранных проб дезрастворов	Олардың ішінен Из них	
				Концентрациясы төмен Заниженной концентрации	Концентрациясы жоғары Завышенной концентрации
1	2	3	4	5	6

Тексеру кезінде анықталды При проверке установлено	Ұсынылды (мерзімдері нақтылана отырып) Предложено (с уточнением сроков)	Орындаушының қолы (тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), лауазымы) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) исполнителя
7	8	9

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
283-қосымша
Приложение 283
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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 "___" _____ №___ _____ бұйрығымен бекітілген

Министерство здравоохранения Республики Казахстан		№ 283/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 283/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Дезинфекцияға, дератизацияға берілетін НАРЯД НАРЯД на дезинсекцию, дератизацию №_ _____

1. Шаруашылық жүргізуші объектінің (Полное наименование хозяйствующего объекта)_____
2. Мекен-жайы (Адрес) _____
3. Жәндіктің, кеміргіштің түрі (Вид насекомого, грызуна)_____
4. Алаңда шарт өтінім бойынша дезинсекциялау, дератизациялау жүргізілген алаңның көлемі
(Выполнена дезинсекция, дератизация по договору или заявке на площади) _____м2
5. Өңдеу күні (Дата обработки) _____

Өнделген заттар, үй-жайлар,аумақтар Обработаны вещи, помещения,территории	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний	Жұмсалған инсектицидтер, ратицидтер Расход инсектицидов, ратициды	
		Атауы Наименование	Саны (кг) Количество (кг)
1	2	3	4

Дезинсекциялауды, дератизациялауды орындаған адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии), лица выполнявшего дезинсекцию, дератизацию)_____ Қолы (Подпись)

Жұмыс орындалды, наразылық жоқ (Работа выполнена, претензий нет)_____

Тапсырыс беруші өкілінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) мен қолы (Фамилия,имя, отчество (при наличии) и подпись ответственного представителя заказчика) _____

Қолы (подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
284-қосымша
Приложение 284
к приказу Министра

здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 284/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 284/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Қорытынды дезинфекцияға берілетін НАРЯД НАРЯД на заключительную дезинфекцию №_ ___(от) "__"_____ 20 ж. (г.) ____сағ. (час) ___мин

Дезинфекциялауға өтінім қабылданды (Заявка на дезинфекцию принята)_____
ұйымның атауы (наименование организации)
Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество больного)_____ жасы (возраст)_____
Мекен-жайы (Адрес)_____
Диагнозы (Диагноз)_____
Емдеуге жатқызылды (Госпитализация состоялась) 20___ ж.(г.) _____сағ. (час) _____мин
Ауруханаға (В больницу)_____
Үйде қалдырылды (оставлен дома)

_____

Көшіру наряды (Наряд на эвакуацию) № _____

Дезинфекциялауға (Наряд на дезинфекцию вручен) 20____ ж.(г.) ____сағ. (час)____мин. Тапсырылды

Дезинфекциялауға наряд тапсырған лауазымды тұлға (аты-жөні, қолы) (ФИО должностного лица, вручившего наряд за дезинфекцию)_____

_____

Осы жерде бөлшектерді белгілеу

Дезинфекция жасайтын мекемелерге қатысты бөлшегі

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____

_

Дезинфекциялау бригадасы (Дезбригада)_____

Дезинфекциялау нұсқаушысы (Дезинструктор)_____

Дезинфекциялаушы (Дезинфектор)_____

Диспетчер_____

Нарядтың орындалуы (Выполнение наряда)

Дезинфекциялаудың жүргізілмеу

20 ж. (г.) немесе кеш орындалуының себебі_____сағ. (час)_____ мин дезинфекциялау басталды

(Причины не состоявшейся или поздней (дезинфекция начата) дезинфекции):_____

_____сағ. (час)_____ мин. Аяқталды (окончена)

Объектілер тізбесі Перечень объектов	Өлшем бірлігі Единица измерения	Орындалды Выполнено	Жұмсалған дезинфекциялау заттарының атауы Наименование израсходованых дезинфицирующих средств	Мөлшері, кг Количество вкг
Тұрғын үй-жайлар Жилых помещений	мI			
Жалпы пайдалану орны Место общего пользования	мI			
Ауладағы дәретханалар Уборных дворовых	шт.			
Қоқыс салатын жәшіктер Мусорных ящиков	шт.			
Ыдыс-аяқжиынтығы	шт.			

Комплект посуды				

Камералық дезинфекциялау үшін заттардың саны (Количество вещей для камерной дезинфекции) кг_____

Санитариялық өңделуге жататын (Подлежат санитарной обработке) _____адамдар (человек) _____ Қазақстан Республикасы

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
285-қосымша
Приложение 285
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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 № 286/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 286/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Иммундық-ферменттік талдау НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ иммуно-ферментного анализа №_____ "____" _____ 20___ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого)_____

_____

2. Жасы (Возраст)_____

3. Мекен жайы (Домашний адрес)_____

4. Жұмыс орны (Место работы) _____

5. Диагнозы (Диагноз)_____

6. Үлгіні жіберген мекеменің атауы (Наименование учреждения направившего образец)_____

7. Сынама атауы (Наименование пробы)_____

8. Сынаманы бірінші рет немесе қайталап зерттеу (первичное или повторное исследование пробы)_____

9. Материал алу күні және уақыты (Дата и время забора материала) _____

_____

10. Сынама жеткізілген күні, уақыты (Дата и время доставки пробы)_____

11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)_____

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований):

14. Қоздырғышқа антиденелер (антитела к возбудителю)_____

15. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры

НД на метод испытаний

_____

Антигендер (антигены)_____

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод исследования/испытаний) _____

_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при наличии), должность специалиста проводившего исследование)		_____ _____ _____ _____
Қолы (Подпись)		_____ _____
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О (при наличии), подпись заведующего лабораторией)		_____ _____
Мөр орны	Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы	_____ _____
Место печати	Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О (при наличии), подпись)	_____ _____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
286-қосымша
Приложение 286
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 286/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 286/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Адамдардан алынған материалдарды бактериологиялық зерттеу НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ бактериологических исследований материала от людей №_____ "____" _____ ____ 20___ж. (г.)

1. Тексерушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого) _____ _____

2. Жасы (Возраст)_____

3. Мекен жайы (Домашний адрес)_____

4. Жұмыс орны (Место работы)_____

5. Диагнозы (Диагноз)_____

6. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец) _____

7. Сынаманың атауы (Наименование пробы)_____

8. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора материала) _____ _____

9. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____ ____

10. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____ _____

11. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)_____

№	Өсіріп алынған өсірінді Выделенная культура	Микробқа қарсы препараттардың атаулары (Наименование антимикробных препаратов)	өсуінің тежелу аймағының диаметрі(мм) диаметр зоны задержки роста (мм)	Сезімтал Чувствительный (S)	Сезімталдығы төмен Умеренно резистентный (I)	Төзімді Резистентный (R)	Зерттеу әдістеменің НҚ-ры НД на метод испытаний
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод исследования/испытаний) _____ _____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (при наличии), лауазымы (Ф.И.О (при наличии), должность специалиста проводившего исследование) _____ _____ _____

Қолы (Подпись) _____ _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____ _____

Мөр орны

Место печати

Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____ _____

Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О (при наличии), подпись) _____ _____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
287-қосымша

Приложение 287
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 287/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 287/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____ _

Адамдардан алынған материалдарды серологиялық зерттеулер НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ серологических исследований материала от людей №_____ "____" _____ 20___ж. (г.)

1. Тексерушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого)_____
_____

2. Жасы (Возраст)_____

3. Мекен жайы (Домашний адрес)_____

4. Жұмыс орны (Место работы)_____

5. Диагнозы (Диагноз)_____

6. Үлгіні жіберген мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец) _____

7. Сынаманың атауы (Наименование пробы)_____

8. Бірінші рет н/е қайталап (первичное или повторное)_____

9. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора материала) _____

____

10. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____

_____

11. Тексеру мақсаты (Цель обследования) _____

12. Зерттеу әдістеменің НҚ-ры

НД на метод испытаний

13. Қоздырғыштарға қарсы денелерді анықтаудағы серологиялық зерттеу нәтижелері (Результаты серологических исследований при выявлении антител к возбудителям):

1) Иерсиниоз (Иерсиниоз)_____

2) Жалған туберкуллез (Псевдотуберкулез)_____

3) Лептоспироз _____

4) Листериоз _____

5) Пастереллез _____

6) Бөртпе сүзек (Сыпной тиф) _____

7) Туляремия _____

8) Сарып (Бруцеллез) _____

9) Хедльсон реакциясы (Реакция Хедльсона) _____

10) Райта реакциясы (Реакция Райта)_____

11) РБП _____

12) КБР (РСК)_____

13) Күйдіргі (Сибирская язва) _____

__

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при наличии), должность специалиста проводившего исследование) _____

Қолы (Подпись) _____

Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы. (Ф.И.О (при наличии), подпись заведующего лабораторией) _____

Мөр орны

Мекеме басшысы (орынбасары) Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы _____

Место печати

Руководитель организации (заместитель) (Ф.И.О (при наличии), подпись) _____

Хаттама __ данада толтырылды (Протокол составлен в ___ экземплярах)

Сынау нәтижелері тек қана сыналуға жататын үлгілерге қолданылады/Результаты исследования распространяются только на образцы, подвергнутые испытаниям

Рұқсатсыз хаттаманы жартылай қайта басуға ТЫЙЫМ САЛЫНҒАН/Частичная перепечатка протокола без разрешения ЗАПРЕЩЕНА

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
288-қосымша
Приложение 288
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 288/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 288/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____ _

Микробтарға қарсы қолданылатын препараттарға сезімталдықты анықтау НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ определения чувствительности к антимикробным препаратам №_____ от "____" _____ 20___ж. (г.)

1. Зерттелушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии)

обследуемого)_____

2. Жасы (Возраст)_____

3. Мекен жайы (Домашний адрес)_____

4. Диагнозы (Диагноз)_____

5. Үлгіні жолдаған мекемелердің атауы (Наименование учреждений направивший образец)_____

6. Көлемі (Объем)_____

7. Топтамалар нөмірі (Номер партий)_____

8. Өндірілген мерзімі (Дата выработки)_____

9. Сынама атауы (Наименование пробы)_____

10. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала) _____

11. материалды алу күні және уақыты (Дата и время забора материала)_____

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

_____

13. Зерттеу нәтижесі (Результат исследования)_____

№	Микробтарға қарсы қолданылатын препараттардың атауы Наименование антимикробных препаратов	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Препараттардың сезімталдығын анықтау Определение чувсвительности к препаратам			
			Сезімталдылығы жоғары Высокочувств.	Сезімталды Чувствительный	Сезімталдығы төмен Слабо чувств.	Төзімді Устойчив
1	2	3	4	5	6	7

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы "____" _____
№____бұйрығына
289-қосымша

Приложение 289
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года
№ _____

Нысан
Форма
А4 Форматы
Формат А4

Ескерту. 289-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 05.04.2023 № 60 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

		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 № 289/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының және мекеменің атауы Наименование государственного органа и организации санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 289/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Полимераздық тізбектеу реакциясы НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ полимеразной цепной реакции
Сынама нөмірі ___ (жылғы) _____ № ____ № ___ от_____ (г.) Номер пробы
1. Тексерушінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
(Фамилия, имя, отчество обследуемого (при наличии))

_____

2. ЖСН (ИИН)

_____

3. Жасы (Возраст)

_____

4. Үй мекенжайы (Домашний адрес)

_____

5. Жұмыс орны (Место работы)

_____

6. Байланыс телефоны (Контактный телефон)

_____

7. Үлгіні жіберген мекеменің атауы

_____

(Наименование организации направившего образец)
8. Сынаманың атауы (Наименование пробы)

_____

9. Материалды жеткізу күні және уақыты (Дата и время доставки материала)

_____

10. Сынама алынған күні, уақыты (Дата и время забора)

_____

11. Тасымалдау жағдайы (Условия транспортировки)

_____

12. Тексеру мақсаты (Цель обследования)

_____

13. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследований): ПЦР на /указать вид инфекции

_____

Зерттеу жүргізген маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), специалиста проводившего исследование)

_____

Қолы

_____

(Подпись)
Зертхана меңгерушісінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при наличии), заведующего лабораторией)

_____

Қолы_____

(Подпись)
Мөр орны (болған жағдайда)
Место печати (при наличии)
2 данада толтырылады (составляется в 2-х экземплярах)

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 102-бабының 3-тармағына сәйкес инфекциялық және паразиттік аурулармен ауыратын адамдар, сондай-ақ инфекциялық және паразиттік аурулармен ауырады деп күдік туғызатын адамдар, бактерия таратушылар оқшаулануға және (немесе) емделуге, ал олармен қарым-қатынаста болған адамдар - медициналық байқауға алынуға және қажет болған кезде оқшаулануға және (немесе) емделуге жатады.

В соответствии с пунктом 3 статьи 102 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" лица, больные инфекционными и паразитарными заболеваниями, а также лица с подозрением на инфекционное и паразитарное заболевания, бактерионосители подлежат изоляции и (или) лечению, а находившиеся в контакте с ними лица – медицинскому наблюдению и при необходимости изоляции и (или) лечению.

НАЗАР АУДАРЫҢЫЗ:

ПТР әдісімен COVID-19 тестінің оң нәтижесі бар адамдар күнтізбелік 14 күнге үйде оқшаулануға (үй карантині) жатады.

COVID-19-ға полимеразды тізбекті реакцияның оң нәтижесі болған жағдайда, полимеразды тізбекті реакцияның нақты нәтижесін алу Сізді:

1) COVID-19-дың эпидемиялық тәуекелі жоғары адам ретінде үйде оқшаулану режимін (үй карантині) міндетті түрде сақтау туралы;

2) отбасының/үй шаруашылығындағы кез келген мүшесінде температура немесе өзін жәйсыз сезіну белгілері пайда болған кезде дереу COVID-19 бойынша колл-орталығына жүгіну немесе карантин туралы хабардар етіп және өтініштің себебін көрсете отырып, жедел жәрдем шақыру қажеттілігі туралы;

3) халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы заңнама талаптарын бұзғаны үшін "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасының Кодексіне сәйкес әкімшілік жауаптылықтың болуы туралы хабардар етудің расталғаны болып табылады.

ВНИМАНИЕ:

Лица, с положительным результатом теста на COVID-19 методом ПЦР подлежат изоляции на дому (домашний карантин) на 14 календарных дней.

В случае положительного результата полимеразной цепной реакции на COVID-19 получение настоящего результата полимеразной цепной реакции является подтверждением информирования Вас:

1) об обязательном соблюдении режима изоляции на дому (домашний карантин) как лицо с высоким эпидемическим риском COVID-19;

2) о необходимости при появлении температуры или признаков недомогания у любого члена семьи/домохозяйства незамедлительно обратиться в колл-центр по COVID-19 или вызвать скорую помощь, уведомив о карантине и указав причину обращения;

3) о наличии административной ответственности в соответствии с Кодексом Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" за нарушение требований законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
290-қосымша
Приложение 290
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 290/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 290/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Санитариялық-эпидемиологиялық ҚОРЫТЫНДЫ Санитарно-эпидемиологическое ЗАКЛЮЧЕНИЕ №_____ "_____" _____20___ ж. (г.)

1. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптау (Санитарно-эпидемиологическая экспертиза)

_____
_____

(2020 жылғы 07 шілдедегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың 20-бабына сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің толық атауы)

_____
_____

_____
_____

(полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан от 07 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения") Жүргізілді (Проведена)

_____
_____

өтініш, ұйғарым, қаулы бойынша, жоспарлы және басқа да түрде (күні, нөмірі) ____
_____
_

по обращению, предписанию, постановлению, плановая и другие (дата, номер)

2. Тапсырыс (өтініш) беруші (Заказчик) (заявитель) _____
_____

_____
_____

_____
_____

Шаруашылық жүргізуші субъектінің толық атауы (тиесілігі), объектінің мекенжайы / орналасқан орны, телефоны, басшысының тегі, аты, әкесінің аты (полное наименование хозяйствующего субъекта (принадлежность), адрес/месторасположение объекта, телефон, фамилия, имя, отчество руководителя)

3. Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің қолданылу аумағы (Область применения объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы)

_____
_____

_____
_____

сала, қайраткерлік ортасы, орналасқан орны, мекенжайы (сфера, вид деятельности, месторасположение, адрес)

4. Жобалар, материалдар әзірленді (дайындалды) (Проекты, материалы разработаны (подготовлены)

_____
_____

_____
_____

5. Ұсынылған құжаттар (Представленные документы) _____
_____

_____
_____

6. Өнімнің үлгілері ұсынылды (Представлены образцы продукции) _____
_____

_____
_____

_____
_____

7. Басқа ұйымдардың сараптау қорытындысы (егер болса) (Экспертное заключение других организации (если имеются)

_____
_____

_____

_____

Қорытынды берген ұйымның атауы (наименование организации выдавшей заключение)

8. Сараптама жүргізілетін объектінің толық санитариялық-гигиеналық сипаттамасы мен оған берілетін баға (қызметке, үрдіске, жағдайға, технологияға, өндіріске, өнімге) (Полная санитарно-гигиеническая характеристика и оценка объекта экспертизы (услуг, процессов, условий, технологий, производств, продукции)

_____ _____

_____

_____

_____

9. Құрылыс салуға бөлінген жер учаскесінің, қайта жаңартылатын объектінің сипаттамасы (өлшемдері, ауданы, топырағының түрі, учаскенің бұрын пайдаланылуы, жерасты суларының тұру биіктігі, батпақтану, желдің басымды бағыттары, санитариялық-қорғау аумағының өлшемдері, сумен, канализациямен, жылумен қамтамасыз ету мүмкіндігі және қоршаған орта мен халық денсаулығына тигізер әсері, дүние тараптары бойынша бағыты) (Характеристика земельного участка под строительство, объекта реконструкции; размеры, площади, вид грунта, использование участка в прошлом, высота стояния грунтовых вод, наличие заболоченности, господствующие направления ветров, размеры санитарно-защитной зоны, возможность водоснабжения, канализования, теплоснабжения и влияния на окружающую среду и здоровью населения, ориентация по сторонам света;) _____ __

_____

____

_____

_____

10. Зертханалық және зертханалық-аспаптық зерттеулер мен сынақтардың хаттамалары, сонымен қатар басжоспардың, сызбалардың, суреттердің көшірмелері (Протоколы лабораторных и лабораторно-инструментальных исследований и испытаний, а также выкопировки из генеральных планов, чертежей, фото) _____

_____ _____

11. ИСК-мен жұмыс істеуге рұқсат етіледі (разрешаются работы с ИИИ)

ИСК түрі және сипаттамасы (вид и характеристика ИИИ)	Жұмыстар түрі және сипаттамасы (Вид и характер работ)	Жұмыстар жүргізу орны (Место проведения работ)	Шектеу жағдайлары (Ограничительные условия)
1	2	3	4
I. Ашық ИСК-мен			

жұмыстар (работы с открытыми ИИИ)			
II. Жабық ИСК-мен жұмыстар (Работы с закрытыми ИИИ)			
III. Сәуле өндіретін құрылғылармен жұмыстар (Работы с устройствами, генерирующими излучение)			
IV. ИСК-мен басқа жұмыстар (другие работы с ИИИ)			

Санитариялық-эпидемиологиялық қорытынды

Санитарно-эпидемиологическое заключение

_____

_____

(2020 жылғы 07 шілдедегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың 20-бабына сәйкес санитариялық-эпидемиологиялық сараптама жүргізілетін объектінің толық атауы) (полное наименование объекта санитарно-эпидемиологической экспертизы, в соответствии со статьей 20 Кодекса Республики Казахстан от 07 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения")

_____

_____

(санитариялық-эпидемиологиялық сараптама негізінде) (на основании санитарно-эпидемиологической экспертизы)

_____

_____

Санитариялық қағидалар мен гигиеналық нормативтерге (санитарным павилам и гигиеническим нормативам) сай (соответствует) _____ керектің астын сызыңыз (нужное подчеркнуть)

Ұсыныстар (Предложения) _____

_____

(2020 жылғы 07 шілдедегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодекстың негізінде осы санитариялық-эпидемиологиялық қорытындының міндетті күші бар. /На основании Кодекса Республики Казахстан от 07 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" настоящее санитарно-эпидемиологическое заключение имеет обязательную силу

Мөр орны (Мемлекеттік санитариялық бас дәрігер, қолы (орынбасар) _____ _____

Место печати (Главный государственный санитарный врач (заместитель)) _____ _____ тегі, аты, әкесінің аты, қолы (фамилия, имя, отчество,подпись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
291-қосымша
Приложение 291
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 291/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 291/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Жұмыскерде кәсіптік аурудың (уланудың) бар болуына күдіктену кезіндегі еңбек шарттарының санитариялық-эпидемиологиялық сипаттамасы
Санитарно-эпидемиологическая характеристика условий труда работающего при подозрений у него профессионального заболевания (отравления) № _____

Жылы, айы, күні (число, месяц, год)
Жұмыскер
(Работник):_____

Аты-жөні (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Туған датасы (дата рождения): _____

Диагнозды анықтаған кездегі жұмыскердің мамандығы мен лауазымы

Профессия или должность работника в момент установления диагноза:_____

Кәсіпорынның (жұмыс берушінің) толық атауы

(Полное наименование предприятия) (работодателя):

_____

Мекенжайы, меншік формасы

Адрес, форма собственности:_____

Цехтың, учаскенің,шеберхананың және тағы сондайлардың атауы

Наименование цеха, участка мастерской и прочие:_____

Жалпы жұмыс өтілі (Общий стаж работы):_____

Осы мамандық (лауазым) бойынша өтілі (Стаж работы в данной профессии (должности)):_____

Өндірістік ортаның қандай зиянды факторларымен бұрын байланыс болған

(С какими вредными факторами производственной среды имел контакт ранее)

Жұмыскердің сөзінен немесе бар болған материалдардың негізінде факторлар тізбесі, қандай өндірісте, байланыс ұзақтығы

(перечень факторов, на каком предприятии, длительность контакта со слов работающего или на основании имеющихся материалов)

Зиянды өндірістік фактормен байланыс тоқтатылғаннан кейін ауырудың пайда болуы кезінде

(При возникновении заболевания после прекращения контакта с вредным производственным фактором),

Цехты, кәсіпорынды жою, оны реконструкциялау жағдайларында, зиянды факторлар

туралы еңбектің зиянды жағдайларына байланысты мамандыққа тиесілігін растайтын

басқа құжаттар ұсынылады

(в случае ликвидации цеха, предприятия, его реконструкции, о вредных факторах

предоставляются другие документы, подтверждающие принадлежность к профессии,

связанной с вредными условиями труда):

_____

_____

_____

_____

Кәсіптік аурудың (улану) пайда болу мүмкіндігі бар, қауіпті, зиянды заттар мен қолайсыз өндірістік факторлардың әсері жағдайларындағы жұмыс өтілі
(Стаж работы в условиях воздействия опасных, вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, которые могли вызвать профессиоанльное заболевание (отравление)).

_____
_____
_____
_____

Кәсіптік бағыты (Профессиональный маршрут) (жұмыс жасаған әр бір мамандығы бойынша еңбек кітапшасындағы жазбаларға сәйкес)
(согласно записям в трудовой книжке по каждой профессии,в какой работал)
Ескертпе: жұмыскердің еңбек қызметін сипаттау, маманның нақты жұмыс орнын тексеруі негізінде, лауазымдық міндеттер мен әкімшіліктен немесе жұмыскердің өзінен алынған мәліметтерді ескере отырып беріледі.
Примечание: описание трудовой деятельности работающего дается на основании обследования специалистом конкретного рабочего места с учетом должностных обязанностей и сведений, полученных от администрации и самого рабочего.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Зиянды өндірістік факторлардың тізбесі
(Перечень вредных производственныхфакторов):

_____
_____
_____
_____

Өндірістік ортаның барлық зиянды факторлары мен еңбек процесін көрсете отырып

,

өндірістік қызметтің орындалатын технологиялық операцияларын егжей-тегжейлі

сипаттау,олардың әсер ету уақытының ұзақтығы %
(Детальное описание выполняемых технологических операций производственной деятельности с указанием всех вредных факторов производственной среды и трудового процесса, длительность времени их воздействия, %)

Технологиялық және техникалық құжаттама, хронометраж, технологиялық режим, жұмыс орнын аттестаттау материалдары
(технологическая и техническая документация, хронометраж, технологический режим, материалы аттестации рабочего места):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Жұмыс орындарында зиянды өндірістік факторларға байланысты өндірістік ортаның жағдайы (Состояние производственной среды в зависимости от вредных производственных факторов на рабочих местах).

Зертханалық және аспаптық зерттеулердің деректері ауырған адамның жұмыс жылдары бойынша мүмкіндігінше динамикамен келтіріледі (Данные лабораторных и инструментальных исследований по возможности приводятся в динамике за годы работы заболевшего). Оларды өткізген ұйымның атауы (Наименование организации, их проводившей):_____ _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____

_____

Зиянды өндірістік факторлар (вредные производственные факторы):

1. Шаң (Пыль): сапалы сипаттамасы (качественная характеристика) (табиғи немесе жасанды (природная или искусственная), минералды немесе органикалық (минеральная или органическая), % химиялық құрам (химический состав в %). Химиялық заттардың газдары мен буларының болуы (Присутствие газов и паров химических веществ). Дисперсиялық құрам: конденсаттық немесе дезинтеграциялық аэрозоль (Дисперсный состав: аэрозоль конденсации или дезинтеграции). Шаңның физикалық-химиялық қасиетінің сипаттамасы (Характеристика физико-химических свойств пыли).

_____

_____

_____

_____

_____

Жұмыс аймағы ауасының шаңдануының сандық көрсеткіштері (Количественные показатели запыленности воздуха рабочей зоны):

жылдар (годы)	Шоғырлануы (Концентрация), мг3	
	ең көп–бір реттік (максимально-разовая)	орташа ауысымдық (среднесменная)

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

2. Химиялық заттар, биологиялық факторлар (Химические вещества,биологические факторы):

Жұмыскердің үнемі немесе уақытша болатын жерлерде, қолданылатын шикізатты, аралық және соңғы өнімдерді, реакция мен олардың өзгеру мүмкіндігін (тотығу, гидролиз) ескере отырып, шығарылатын зиянды заттардың тізбесі

Перечень выделяющихся вредных веществ в местах постоянного и временного пребывания работающего с учетом применяемого сырья,промежуточных и конечных продуктов, реакции и возможности их превращения (окисление,гидролиз и др.)

_____

_____

_____

_____

Шығарылатын зиянды заттардың сандық сипаттамасы (Количественная характеристика выделяющихся вредных веществ):

заттың атауы (наименование вещества)	рұқсат етілген шекті шоғырлануы мг3 (Предельно допустимая концентрация), мг3		жылдар (годы)	сынама саны (количество проб)	шоғырлануы, (концентрация), мг3		рұқсат етілген шекті шоғырланудан шегінен артатын сынама үлесі (процент проб, превышающих предельно допустимую концентрацию)	
	ең көп-бір реттік (макси-мальноразовая)	орта ауысымдық (средне-сменная)			ең көп-бір реттік(макси-мальноразовая)	орта ауысымдық (среднесменная)	ең көп-бір реттік (макси-мальноразовая)	орта ауысымдық (средне-сменная)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

3. Иондалмаған сәулелену. (Неионизирующие излучение):

4. Иондалған сәулелену (Ионизирующее излучение):

5. Шу, діріл (Шум, вибрация):

Сандық сипаттамасы (Количественная характеристика):

жылдар (годы)	ауысымдағы баламалы деңгейі (эквивалентный уровень за смену)	жұмыс өтіліндегі экспозиция (экспозиция за рабочий стаж)

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

6. Микроклимат (Микроклимат): температура (температура), салыстырмалы ылғалдылық, (относительная влажность), ауа қозғалысы жылдамдылығы (скорость движения воздуха), жылумен сәулелену қарқындылығы (интенсивность теплового излучения).Үнемі немесе уақытша әсер ету, жылумен сәулелену көздері (Постоянное или непостоянное воздействие, источники теплового излучения).

жылдар (годы)	Температура,оС		Салыстырмалы ылғалдылық,% (Относительная влажность,%)		ауа қозғалысы жылдамдылығы, м/с (Скорость движения воздуха,м/с)		жылылық сәулелену қарқындылығы (Интенсивность теплового излучения)	
	ШРД ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт	РДШ ПДУ	Факт

Ескертпе (примечание):

Қорытынды (заключение):

Сандық сипаттама (Количественная характеристика): рұқсат етілген мәндер шегінен шыққан көрсеткіштер тізбесі, олардың шамасы мен әсер ету ұзақтығы (перечень показателей, выходящих за пределы допустимых значений, их величины и продолжительность воздействия):

_____

7. Еңбек процесінің факторлары (Факторы трудового процесса): жұмыс орынын ұйымдастыру, физикалық жүктеме, көзге түсетін салмақ, еңбек және демалыс режимі (организация рабочего места, физическая нагрузка, зрительное напряжение, режим труда и отдыха). Жұмыс қалпы (Рабочая поза): бос, мәжбүрлі (свободная, вынужденная). Ауысымның жұмыс уақытынан пайызбен мәжбүрлі қалыпта болуы пайызбен (Нахождение в вынужденной позе в процентах от рабочего времени смены). Корпустың еңкейюі (жоқ, мәжбүрлі) (Наклоны корпуса)(отсутствуют,вынужденные), градуспен корпустың еңкею бұрыштары (углы наклона корпуса в градусах). Операция, ауысым кезінде еңкеюлердің саны (Количество наклонов за операцию, за смену):

_____

_____

_____

_____

Физикалық жүктеме факторларының сипаттамасы (Характеристика факторов физической нагрузки): қолмен тасымалданатын жүктің салмағы килограммен (масса груза, перемещаемая вручную в килограммах). Жүк қайдан тасымалданады (жер бетінен, жұмыс бетінен) (Откуда перемещается груз (с пола, с рабочей поверхности). Операция, ауысым кезінде жүкті көтеру арақашықтығы мен орын ауыстыруы. Ауысымдық жүкайналымы (тоннада) (Расстояние подъема и перемещения груза за операцию, за смену. Сменный грузооборот(тонн)):

_____

_____

_____

_____

Көзге салмақ түсу факторларының сипаттамасы (Характеристика факторов зрительного напряжения): оптикалық аспаптармен жұмыс жасау немесе соларсыз (работа с оптическими приборами или без них). Объектілердің өзгешелік көлемі, мм., контраст, фонның сипаттамасы (Размеры объекта различия в мм., контраст, характеристика фона: Еңбек және демалыс режимдерінің сипаттамасы (Характеристика режимов труда и отдыха): ауысымдылығы, ұзақтығы және регламенттелген үзілістерді сақтау, солардың ауысым кезінде ұзақтығы, түскі үзіліс ұзақтығы (сменность, продолжительность и соблюдение регламентированных перерывов, их длительность за смену, продолжительность обеденного перерыва):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

8. Жеке қорғаныш құралдарын пайдалану (ЖҚҚ) (Использование средств индивидуальной защиты (СИЗ)): маркасы, қолайсыз өндірістік факторға сәйкес қамтамасыз етілуі, қолдану жүйелігі, пайдалану ережелерін бұзу. Бар болған зиянды факторға ЖҚҚ сәйкессіздігі (марки,обеспеченность с учетом соответствующего неблагоприятного производственного фактора, систематичность применения, нарушение правил использования. Несоответствие СИЗ действующему вредному фактору).

9. Санитариялық-эпидемиологиялық сипаттама жасалып жатқан жұмыскердің кәсіптік топқа жататын тобында кәсіптік ауырулардың бар болуы немесе болмауы. Осы цехте, учаскеде, кәсіптік топта кәсіптік ауырулардың немесе уланулардың бар болуы (Наличие или отсутствие профессиональных заболеваний в той профессиональной группе, к которой относится рабочий, на которого составляется санитарно-эпидемиологическая характеристика.Наличие профессиональных заболеваний или отравлений в данном цехе, участке,профессиональной группе):_____ _____

_____

_____

_____

10. Жұмыскердің еңбек шарттары санитариялық-эпидемиологиялық нормалау жүйесінің құжаттары талаптарына сәйкестігі мен пайда болған кәсіптік ауырудың (уланудың) зиянды өндірістік факторларымен байланысы туралы қорытынды (Заключение о соответствии условий труда работающего требованиям документов системы санитарно-эпидемиологического нормирования и связи вредных производственных факторов с возникшим профессиональным заболеванием (отравлением))

_____

Санитариялық-эпидемиологиялық сипаттаманы жасаған

(Санитарно-эпидемиологическую характеристику составил (а)):

_____ Т.А.Ә (болған жағдайда), лауазымы (Ф.И.О (при наличии), должность)

"____" ____ 20___ ж.г.

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы

№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
292-қосымша
Приложение 292
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 292/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 292/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Наряд бойынша дезинфекция жүргізу туралы АНЫҚТАМА СПРАВКА о проведении дезинфекции по наряду

(от) "__" _____ күні 20__ ж. (г.)
сағ. (час) ____ мин ____
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (Фамилия, имя, отчество (при наличии))
_____
Жасы (Возраст) _____
Мекен-жайы (Адрес) _____
Диагнозы (Диагноз) _____
Дезинфекциялау жүргізген адам
(Дезинфекцию проводил) _____
_____
лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), (должность, фамилия, имя, отчество (при

наличии))

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний) _____ _____

Қолы (Подпись)_____

Пәтер иесінің наразылығы жоқ,_____ сағ. (час) _____ ин жадынамамен таныстырылды.

(Владелец квартиры претензий не имеет,_____ с памяткой ознакомлен)

Пәтер иесінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда),

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) владельца квартиры)

_____

_____ Қолы (Подпись) _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығына
293-қосымша
Приложение 293
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 №293/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного		Медицинская документация Форма № 293/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан

органа санитарно-эпидемиологической службы		от "____" _____ 2021 года №_____

Заттарға берілетін түбіртек Квитанция на вещи

№_____

_____

Наряд бойынша (По наряду) № _____

Азаматтан қабылданды (Приняты от гражданина)_____

Мекен-жайы (Адрес) _____

Дезинфекциялау себептері (Для дезинфекции по поводу) _____

Зерттеу әдістеменің НҚ-ры (НД на метод испытаний)

_____

№	Заттардың атауы (Наименование вещей)	Саны (Количество)
1		
2		

"__" _____ 20 ж.(г.) заттар Дезинфекциялауға тапсырылды

(вещи сдал в дезинфекцию) _____

_____

азаматтың қолы (подпись гражданина)

Заттарды камералық дезинфекциялауға қабылдады (Вещи для камерной дезинфекции принял) _____

_____

Дезинфекциялаушының қолы (подпись дезинфектора)

Наразылығым жоқ (Претензий не имею)_____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
294-қосымша
Приложение 294
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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 № 294/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 294/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

СУ ҚОЙМАСЫ ПАСПОРТЫ №_____ ПАСПОРТ ВОДОЕМА № _____ _____

1. Су қоймасының орналасқан жері (ауданы, елді мекеме)
Место расположения водоема (район, населенный пункт)
2. Паспорттың толтырылған күні "___" _____
Дата заполнения паспорта
3. Шаруашылық мақсаты_____
Хозяйственное назначение
4. Арақашықтық тұрғын үй құрылысынан_____м,
Расстояние от построек жилых
мал шаруашылығынаң_____м
животноводческих
5. Су қоймасы карта-схемасы (паспорттың сыртқы бетіне салынады)
Карта-схема водоема (рисуется на обратной стороне паспорта)
6. Су қоймасының сипаттамасы:
(Характеристика водоема):
Су қоймасының түрі_____
(Тип водоема)
Физикалық ауданы_____
(Физическая площадь)
Су қоймасының жағалаудағы терендігі,
_____ортасында_____
(Глубина водоема у берега) (в середине)
Су қоймасының қоректену көзі _____
(Источник питания водоема)
Өсімдік сипаты _____

(Характер растительности)

Су өсімдігі ауданы (%)_____

(Площадь, покрытая водной растительностью (в %)

7. Тексеру және өңдеу үшін қол жетімділік_____

(Доступность для обследования и обработки)

8. Анофелогенді су қоймасы: ИЯ, ЖОҚ_____

(Водоем анофелогенный: ДА, НЕТ.)

Анофелогенды ауданы _____

(Анофелогенная площадь)

Тексеру күні Дата обследования	Су қоймасының ауданы Площадь водоема		Дәрнесілдің түрлік құрамы Видовой состав личинок	Зерттеу әдістемесінің НҚ-ры НД на метод испытаний	Ұсынылатын іс-шаралар Рекомендуемые мероприятия			
	Жалпы Общая	Анофелогенды Анофелогенная			Санитариялық-гидротехникалық (тазалау, кептіру) Санитарно-гидротехнические (осушение, расчистка)	Биологиялық (гамбузирлеу, басқа да биологиялық агенттер) Биологические (гамбузирование, др. биологические агенты)	Химиялық (инсектицидтер, даминги биторлар) Химические (инсектициды, ингибиторы развития)	Физикалық (мұнай өнімдері) Физические (нефтепродукты, ВЖС и ВЖК)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Паразитолог _____

Энтомолог _____

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
295-қосымша
Приложение 295
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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 № 295/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 295/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Аса қауіпті инфекцияларды тасымалдаушы иксодты кенелердің аумақта бар болуын барлаушылық тексеріп-қарау нәтижесін есепке алудың жиынтық ведомосы Сводная ведомость учета результатов рекогносцировочных обследований территорий на наличие иксодовых клещей-переносчиков особо опасных инфекций 20____ ж. (г.)

Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Аумақтың ландшафтты сипаты Ландшафтная характеристика территории	Кезеңдер түрі (ашық, жабық) Тип стадии (открытый, закрытый)	Жиналған кенелер Собрано клещей		
			Барлығы Всего	Кенелердің түрі Виды клещей	%
1	2	3	4	5	6

Кенелер санының көрсеткіштері (флаго-сағат) Показатели численности клещей на (флаго-часов)		Зертханалық зерттеу деректері Данные лабораторного исследования			
Имаго	Басқа фазалар Другие фазы	Тексерілген қорлар саны Число обследованных пулов	Бөлінген өсірінділер Выделено культур	ПЦР/%	Бөлінген өсірінділер/ % Выделено культур /%
7	8	9	10	11	12

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы

296-қосымша
Приложение 296
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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 № 296/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 296/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органына келу туралы ШАҚЫРУ ҚАҒАЗЫ ПОВЕСТКА о явке в государственный орган санитарно-эпидемиологической службы

Тұлға (Лицо)
Мекенжайы (Адрес)_
(адрес)

Сізге ҚР ӘҚБК-ның 812-823-баптарына сәйкес 2020_жылғы " " хаттаманың халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы ҚР заңнамасы талаптарының бұзылу фактілерін қарау үшін _____ _____20_____ж. (г.) " " _____ сағат _____кабинетке келуіңіз қажет.

Дәлелсіз себеппен келмеген жағдайда ҚР ӘҚБК _____негізінде Сіздің полицияның мәжбүрімен келуіңізге тура келеді.

В соответствии ст. ст. 812-823 КоАП РК Вам необходимо явиться _____ _____по адресу: _____ " " _____ 20_

_____ года к часам _____ мин. _____ в кабинет № _____ для рассмотрения фактов нарушения законодательства РК в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В случае неявки без уважительных причин, Вы можете быть подвергнуты принудительному приводу полицией на основании ст. _____ КоАП РК, для рассмотрения административного дела.

М.О. Мекеме басшысы _____

М.П Руководитель учреждения _____

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органына келу туралы ШАҚЫРУ ҚАҒАЗЫНЫҢ ТҮБІРТЕГІ КОРЕШОК КВИТАНЦИИ ПОВЕСТКА о явке в государственный орган санитарно-эпидемиологической службы

Тұлға (лицо)

Мекенжайы (Адрес)

(адрес)

20_____ ж. " " _____ сағат _____ мекенжайы бойынша орналасқан _____ _____шақыру туралы қағазды алдым.

Повестку о явке " _____" _____ 20_____ года к _____ час.__ _____ мин. _____ _____ _____по адресу: _____ _____ получил.

20_____ ж. (г.) " "_____ _____

Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О (при наличии), роспись)

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
297-қосымша
Приложение 297
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____

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 № 297/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 297/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Істі өндіріске қабылдау және қарауға тағайындау туралы АНЫҚТАМА ОПРЕДЕЛЕНИЕ о принятии дела к производству и назначении к рассмотрению

2020 жылғы "_____" _____ 20_____ года

Басшы (орынбасар) Руководитель (заместитель) _____

_____

_____

қатысты "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің бабының бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы істі қарауға дайындау кезінде

при подготовке к рассмотрению дела об административном правонарушении, предусмотренного частью статьи Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" в отношении

_____

Анықтады: Установил:

Әкімшілік құқық бұзушылық туралы осы іс ведомстволық бағынысты

Данное дело об административном правонарушении подведомственно

_____

_____

Осы істі қарау мүмкіндігін болдырмайтын мән-жайлар жоқ.

Обстоятельств, исключающих возможность рассмотрения данного дела, не имеется.

Іс бойынша іс жүргізу тілі ретінде _ _ (орыс, қазақ, басқа) анықталсын.

Языком производства по делу определить _ _ (русский, казахский, другой).

Баяндалғанның негізінде, "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 701, 812 - 814-баптарын, 816-бабының 1-бөлігін басшылыққа ала отырып,

Анықтады:

На основании изложенного, руководствуясь статьями 701, 812 - 814, частью 1 статьи 816 Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях"

Определил:

_____,

_____

қатысты "Әкімшілік құқық бұзушылық туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің ____бабының _____ бөлігінде көзделген әкімшілік құқық бұзушылық туралы іс өндіріске қабылдансын және _____

_____

мекенжайында орналасқан ғимаратта 202 жылғы " " сағат минутта қарауға тағайындалсын.

Принять к производству дело об административном правонарушении в отношении_

_____,

_____

предусмотренного частью _____статьи _____ Кодекса Республики Казахстан "Об административных правонарушениях" и назначить к рассмотрению на часов

минут " " 202___ года_в здании _____

__, расположенного по адресу: _____

_____

тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің

сапасы мен қауіпсіздігін бақылау басқармасының

Басшысы (орынбасары)

Руководитель (заместитель)

_____

управления контроля качества и

безопасности товаров и услуг _____ Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О (при наличии))

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
298-қосымша
Приложение 298
к приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от "____" _____ 2021 года № _____
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 № 298/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 298/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Полиомиелит немесе жедел енжар паралич жағдайын эпидемиологиялық тергеп-тексеру
Эпидемиологическое расследование случая полиомиелита или острого вялого паралича

1-бөлім. Жағдайды дереу тергеп-тексеру 1-часть. Немедленное расследование случая					
1. Сәйкестендіру деректері Идентификационные данные					
Эпидемиологиялық нөмір Эпидемиологический номер		Тергеу күні Дата расследования	күн день	ай месяц	жыл год
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)					

Фамилия, имя, отчество (при наличии)				Елді мекен атауы, мекенжайы Наименование населенного пункта, адрес				
Облыс Область				Район Район				
Туған жылы Дата рождения				Туған жылы белгісіз болған жағдайда, шамамен жасын көрсетіңіз Если дата рождения не известна, то укажите примерный возраст		жыныс пол	Ә Ж	
	күн день	ай месяц	жыл год				Е М	
Әкесінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) отца				Анасының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) матери				
2. Регистрация Регистрация								
Жағдайды тіркеу күні Дата регистрации случая					күн день	ай месяц	жыл год	
Науқастың ауруханаға жатқызу күні Дата госпитализации больного					күн день	ай месяц	жыл год	

Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации		Ауру тарихы № История болезни №	
Клиникалық диагноз Клинический диагноз		Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии)	

Науқас осы ауру бойынша басқа медициналық ұйымдарға медициналық көмекке жүгінген бе? (белгілеу) Обращался ли за медицинской помощью больной по поводу данного заболевания в другие медицинские организации (отметить)	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Науқас жүгінген болса, медициилық ұймның атауы мен жүгінген күнін көрсету Если больной обращался, то указать наименование медицинской организации и дату обращения			
2. Ауру тарихы мен симптомдары История болезни и симптомы			
Сал ауруы (парез) басталған күн Дата начала паралича (пареза)	күн день	ай месяц	жыл год
Науқас қайтыс болған жағдайда, өлім уақытын көрсету Если больной умер, то указать дату смерти	күн день	ай месяц	жыл год
Егер науқаста сал ауруы, тырысу немесе басқа неврологиялық бұзылулар – бұлшықет гипотензиясы болса, көрсету Если у больного в анамнезе параличи, судороги или другие неврологические расстройства – мышечная гипотония, то укажите	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Көрсетіңіз Укажите — Солғын сал (жылдам дамитын) паралич вялый (быстропрогрессирующий)	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Солғын (атоникалық) вялый (атонический)	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно

Егер сал ауруы жедел және енжар емес болса, онда тергеп-тексеруді тоқтату. Диагнозын көрсету: Если паралич не острый и не вялый, то прекратите расследование. Укажите диагноз:	
Егер сал ауруы жедел және енжар болған жағдайда, тергеп-тексеруді жалғастыру Если паралич острый и вялый, то продолжайте расследование	

Аурудың бастапқы кезеңінде (сал) дене температурасының көтерілуі болды ма? Было ли повышение температуры тела в начале заболевания (паралича)?	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Асимметриялық сал ауруы? Паралич асимметричный?	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Сал ауруы басталып толық дамуына дейін қанша күн өтті? Сколько дней прошло от начала заболевания до полного развития паралича?			

Сал ауруы орны Место паралича:								
Сол аяқ Левая нога	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Тыныс алу бұлшықеті Дыхательная мускулатура	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Оң аяқ Правая нога	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Мойын бұлшықеті Мышцы шеи	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Сол қол Левая рука	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Бет бұлшықеті Мышцы лица	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Оң қол Правая рука	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	Басқа (көрсету) Другие (укажите)	ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Қол сал ауруы Паралич рук		проксимальды проксимальный		дисталды дистальный	Екеуі де оба	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Аяқ салы Паралич ног		проксимальды проксимальный		дисталды дистальный	Екеуі де оба	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Жүйке функциясының сезімталдығын жоғалту Утрата чувствительности функции нерва					ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Аурушаңдылыққа дейін 28 күн ішінде науқас басқа елді мекендерге (мемлекет) болды ма? Выезжал ли больной в другие населенные пункты (страны) в течение 28 дней до заболевания?					ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
Барған болса көрсету Если выезжал, то укажите	с	күн день	ай месяц	жыл год	дейін до	күн день	ай месяц	жыл год
Қайда (мемлекет, елді мекен) Куда (страна, населенный пункт)								
60 күн ішінде науқастың айналасында салдың басқа жағдайлары болды ма? Были ли другие случаи параличей в окружении больного за последние 60 дней?					ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно	
4. Екпелік анамнез Прививочный анамнез								

Иммундау кезінде алынған ауызша полиомиелитті вакцина (АПВ) саны Количество доз оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ), полученных в ходе иммунизации	жоспарлы плановая		
	қосымша дополнительная		
АПВ соңғы екпесінің күні Дата последней прививки ОПВ	күн день	ай месяц	жыл год
5. Нәжіс талдамасын жинау Сбор образцов фекалия			
Бірінші нәжіс талдамасының алынған күні Дата взятия первого образца фекалия	күн день	ай месяц	жыл год
Екінші нәжіс талдамасының алынған күні Дата взятия второго образца фекалия	күн день	ай месяц	жыл год
Нәжіс талдамасының вирусологиялық зертханаға жіберілген күні Дата отправки образцов фекалия в вирусологическую лабораторию	күн день	ай месяц	жыл год
Эпидемиологиялық тергеп-тексеру жүргізген мамандар Специалисты, проводившие эпидемиологиологическое расследование:			
Эпидемиологтың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) эпидемиолога			
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) клинициста			
2-бөлім. 60 (90) күннен кейінгі науқас жағдайын бағалау 2-часть. Оценка состояния больного через 60 (90) дней			

Эпидемиологиялық нөмір Эпидемиологический номер		Тексеру күні Дата расследования	күн день	ай месяц	жыл год
Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) больного		Елді мекен, мекенжай Населенный пунк			

				т, адрес			
Облыс Область				Район			
Туылған күні Дата рождения				Туған жылы белгісіз болған жағдайда, шамамен жасын көрсетіңіз Если дата рождения неизвестна, то укажите примерный возраст			Ә Ж
	күн день	ай месяц	жыл год			жыныс пол	Е М
60 (90) күннен кейін қарау жүргізілді ме? Проведен ли осмотр через 60 (90) дней?					ия да	жоқ нет	белгісіз неизвестно
Қаралмаған жағдайда, себебін көрсету Если не проведен, то укажите причину					Науқас бақылаудан шықты больной выбыл из-под наблюдения		
					Науқас қайтыс болды больной умер		
Қаралған жағдайда салды (сал) көрсеті Если проведен, то укажите наличие параличей (парезов)					ия да	жоқ нет	басқа другое
Науқастың жағдайын бағалау жүргізілген медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации, где проведена оценка состояния больного							

Бағалауды жүргізген мамандар Специалисты, проводившие оценку:	
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) клиниците	
Клиницисттің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при наличии) эпидемиолога	

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрінің
2021 жылғы 20 тамыздағы
№ ҚР ДСМ-84 бұйрығы
299-қосымша
Приложение 299
приказу Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от " " _____ 2021 года № _____
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 № 299/е нысанды медициналық құжаттама
Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органының атауы Наименование государственного органа санитарно-эпидемиологической службы		Медицинская документация Форма № 299/у Утверждена приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от "____" _____ 2021 года №_____

Сүтқоректілер санын есепке алу бойынша стационарлардағы жұмысты есепке алу күнделігі
Дневник учета работы на стационарах по учету численности млекопитающих

Басталуы (Начат) "___"_____20 ж. (г.)
Аяқталуы (Окончен) "___"_____20 ж. (г.)

		Аулау үшін құрылған құралдар саны, дана	Ұсақ сүтқоректілерд	Сұртышқандар

Дата Күні	Стационардың № № стационара	Количество орудий улова, штук		ің жалпы саны, бірлік Общее количество мелких млекопитающих, единиц	Полевки			
		торлар ловушки	қақпан капкан		Табынды қ Стадная	Қызыл сібірлік Красносибирская	Экономка Экономка	Кәдімгі Обыкновенная
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Су полевкасы Водяная полевка	Ондатра Ондатра	Тышқандар Мыши					Құртқоректілер (бурозубкалар) Насекомоядные (бурозубки)			Пасюк Пасюк	Атжалман Хомяк
		Орман Лесная	Малютка Малютка	Мышевка Мышевка	Үй Домовая	Егістік Полевая	Қарапайым Обыкновенная	Арктикалық Арктическая	Кіші Малая		
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Күнделік жүргізуге жауапты тұлғаның Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) лица ответственного за ведение дневника) _____

Қолы _____

(Подпись)

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК